

ISBN: 978-84-95287-58-8



9 788495 287588



A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría



Junta Directiva AEN:

Presidenta: María Fe Bravo Ortiz

Vicepresidenta: Pilar Balanza Martínez

Secretario General: José Carmona

Vicesecretaria: Elena Redondo Vaquero

Tesorera: Carmen Bayón Pérez

Director de Publicaciones: Óscar Martínez Azumendi

Vocales: Eudoxia Gay Pamos, Manuel Gómez Beneyto, Juan Francisco Jiménez Estévez.

Presidentes de Asociaciones Autonómicas: Fermín Pérez (Andaluza), Antonio Tarí García (Aragonesa), Paz Arias García (Asturiana), Catalina Sureda García (Balear), Francisco Rodríguez Pulido (Canaria), Juan A. Estévez Salinas (Castellano-Manchega), Roberto Martínez de Benito (Castellano-Leonesa), Francisco Villegas (Catalana), Alfonso García-Ordás (Extremeña), Pedro Cuadrado (Madrileña), María José Lozano Semitiel (Murciana), Ana Sánchez Guerrero (Valenciana), Iñaki Markez Alonso (Vasco-Navarra).

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Informe descriptivo de la situación de la
atención a la salud mental en las
comunidades autónomas.

COORDINADOR

Juan Fco. Jiménez Estévez



CUADERNOS TÉCNICOS, 15
MADRID, 2011

Coordinador

- Juan Fco. Jiménez Estévez

Responsables Autonómicos

- | | |
|-------------------------------|--|
| • Aragón | Daniel Pérez Tausía |
| • Andalucía | Antonio García López |
| • Asturias | Paz Arias García |
| • Baleares | Maite García Soriano y Mariluz Pradana Carrión |
| • Canarias | Margarita Hardisson Duque |
| • Cantabria | Oscar Vallina Fernández |
| • Castilla León | Martín L. Vargas |
| • Castilla la Mancha | Celia Penedo Cobo |
| • Cataluña | José García Ibáñez |
| • Euskadi, La Rioja y Navarra | Eva Garnica de Cos |
| • Extremadura | Ana García Nieto |
| • Galicia | Fernando Márquez Gallego |
| • Madrid | José Morales Zamorano |
| • Murcia | M ^a José Lozano Semitiel |
| • Valencia | Mikel Munárriz Ferrándiz |

Asesores

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| • Asesora Epidemiológica | Berta Moreno Küstner |
| • Asesor Rehabilitación | Francisco Villegas |

© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011

*Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
C/ Magallanes, 1 Sótano 2 local 4. 28015 Madrid.
www.aen.es - www.observatorio-aen.es*

ISBN: 978-84-95287-58-8

Depósito Legal: BI-1627/2011

Impreso en España. Unión Europea.

Accesible en formato digital en <http://www.aen.es/docs/CTecnicos15.pdf>
Solicitud de copias en papel en www.tienda-aen.es

ÍNDICE

Introducción	5
Andalucía	11
Aragón	25
Asturias	43
Baleares	53
Canarias	65
Cantabria	79
Castilla La Mancha	85
Castilla y León	91
Cataluña	97
Extremadura	113
Galicia	127
La Rioja	137
Madrid	143
Murcia	151
Navarra	165
País Vasco	173
Valencia	183

1. Introducción

Tal y como se ha reflejado en la Estrategia de Salud Mental, los sistemas de atención a la salud mental de las distintas comunidades autónomas se han desarrollado en los últimos veinticinco años en el marco propuesto por la Ley General de Sanidad y el Documento de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, pero lo han hecho a ritmos y con planteamientos no siempre coincidentes. Tampoco ha existido un acuerdo en cuanto a nomenclaturas de dispositivos, recursos o programas, ni un sistema de información público que permita la construcción de un registro de la actividad de los recursos sanitarios públicos dedicados a la atención a la salud mental en España. Esta última situación, afortunadamente, ha comenzado a cambiar tal como se refleja en los datos aportados por la Evaluación de la Estrategia de Salud Mental, publicada a finales de 2009.

Sin embargo, ya en 2002 dada la ausencia de sistemas de información sobre salud mental, la Asociación Española de Neuropsiquiatría tomó la iniciativa de desarrollar y poner en marcha el Observatorio de Salud Mental con el objetivo de recoger periódicamente, mediante una encuesta, información relevante sobre los distintos sistemas de salud mental autonómicos y seguir su evolución y desarrollo. La primera edición recogió información relativa a 2003¹ y supuso una referencia de consulta obligada tanto para la elaboración de planes de salud mental autonómicos como para la elaboración de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ante la gran aceptación y expectativas que el proyecto recabó tanto ante las administraciones sanitarias como en la comunidad profesional, la Asociación Española de Neuropsiquiatría consideró la oportunidad de dar continuidad y avanzar en el proyecto, habiéndose publicado con posterioridad los observatorios con la información del estado de los servicios de salud mental relativos a 2005² y 2007³.

El instrumento principal del observatorio es una encuesta, diseñada por un equipo de expertos, que es cumplimentada con los datos recabados por los responsables autonómicos del Observatorio AEN. En cada una de las ediciones el equipo de responsables del Observatorio ha revisado y actualizado el contenido de la encuesta con el objetivo de que la información recogida sea exhaustiva y pertinente.

Para las últimas ediciones hemos desarrollado un sistema web <<http://www.observatorio-aen.es>> que permite de una forma ágil y dinámica, mediante una base de datos interactiva, acceder a todos los datos recogidos y obtener informes personalizados que respondan a las necesidades de información de gestores sanitarios, profesionales, familiares y usuarios de los servicios de salud mental. Este proyecto web ha sido desarrollado con financiación del Ministerio de Sanidad.

Una vez publicada la primera Evaluación de la Estrategia de Salud Mental a principios de 2010, consideramos que los datos que la AEN viene recogiendo

en su Observatorio de Salud Mental, siguen siendo igual de pertinentes y complementarios de los publicados en la Evaluación de la Estrategia. Con ellos consideramos que estamos avanzando y contribuyendo al desarrollo de sistemas de información sobre la atención a la salud mental en el SNS. Por ello, durante el año 2010 hemos reanudado nuestro proyecto y recogido de forma sistemática los datos relativos a la organización de la asistencia a la salud mental, relativos a 2009.

Metodología

Para el desarrollo de este proyecto se ha actualizado la red de expertos e informadores autonómicos del Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Los responsables autonómicos del Observatorio de Salud Mental han sido designados por cada sección autonómica de esta asociación y seleccionados como asociados de conocido prestigio e implicación con los objetivos y finalidades de la AEN. El grupo de responsables autonómicos ha sido completado por una especialista en epidemiología en salud mental y un especialista en rehabilitación. El grupo de responsables del observatorio ha actualizado el cuestionario y el glosario de términos mediante el procedimiento del panel de expertos y ha realizado el trabajo de campo obteniendo la información tanto de la administración sanitaria autonómica, como directamente de los propios servicios de salud mental cuando así ha sido necesario.

El Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2010 se ha realizado a partir de la encuesta que ha sido remitida a todos los responsables autonómicos de los servicios de salud mental. Esta encuesta fue distribuida con la instrucción de ser cumplimentada con los datos de los servicios a fecha de 31 de diciembre de 2009.

Cada uno de los responsables autonómicos del Observatorio, ha facilitado a los responsables de salud mental la información y el asesoramiento necesario, con el objetivo de garantizar una óptima homogeneización en la recogida de los datos en todo el territorio nacional. Es necesario en este punto agradecer la colaboración prestada por la mayoría de las instituciones sanitarias y sus responsables, al facilitarnos la cumplimentación de la encuesta, proporcionando los datos y la información necesaria en coordinación con el responsable autonómico del Observatorio. Pero también hay que señalar que en algunos casos esta colaboración ha sido escasa, e incluso nula, por lo que, en estos últimos, la información no ha podido ser obtenida directamente de la administración autonómica correspondiente, sino recabada directamente y laboriosamente de los servicios por nuestros asociados.

La encuesta consta de tres grandes apartados sobre las redes de servicios de atención pública a la salud mental: modelo organizativo, red asistencial y formación

e investigación. Los puntos principales de estos apartados son los siguientes:

1. Modelo de organización de la red de atención a la salud mental.
 - a. Planificación
 - b. Gestión
 - c. Financiación
 - d. Organización de la red de salud mental
 - e. Registros de información
 - f. Sistemas de calidad
 - g. Planes sociosanitarios
2. Red asistencial (Adultos e Infanto-Juvenil).
 - a. Unidades/Centros de Salud Mental
 - b. Unidades de Hospitalización Breve
 - c. Hospitalización parcial
 - d. Rehabilitación
 - e. Hospitalización prolongada
 - f. Alternativas residenciales
 - g. Psicogeriátricos
 - h. Recursos de ocio y tiempo libre
 - i. Drogodependencias
 - j. Continuidad de cuidados y atención domiciliaria
3. Docencia, Formación Continuada e Investigación.

De todos ellos se ha recogido una exhaustiva información cuantitativa y cualitativa. Para los datos cuantitativos relativos a recursos se han calculado las tasas correspondientes para comprender mejor la provisión de recursos según los pesos poblacionales.

Presentación de los datos

1. La web del Observatorio de Salud Mental de la AEN

Dado el gran volumen de datos generado a partir del cuestionario y la complejidad de su análisis derivada de aquella, hemos considerado oportuno dar un salto adelante y utilizar el enorme potencial tecnológico que nos concede internet y la denominada WEB 2: la posibilidad de desarrollar una plataforma web construida sobre una base de datos interactiva y ofrecer todos los datos recabados sobre la organización de la atención a la salud mental a usuarios, profesionales y administradores sanitarios de una forma amigable e intuitiva. El proyecto ha sido

desarrollado posibilitando la construcción de un registro acumulativo que permita comparar diferentes cortes temporales y observar tendencias. La base de datos está alojada en un servidor web y su acceso y consulta es público mediante un sistema web modular y una serie de formularios y filtros diseñados para su utilización por usuarios no expertos.

La web <<http://www.observatorio-aen.es/>> está organizada en varias secciones, siendo las principales:

1. Observatorio:
 - a. Presentación
 - b. Objetivos
 - c. Metodología
 - d. Grupo de Trabajo
2. Datos:
 - a. Cuestionario
 - b. Generador de estadísticas
 - c. Guía para consultas estadísticas
 - d. Glosario
 - e. Informes.

El corazón del Observatorio web lo constituye el Generador de estadísticas al que puede accederse desde la dirección electrónica <<http://www.observatorio-aen.es/es/generador-de-estad-sticas.html>> o más fácilmente a través del icono gráfico del Generador de Estadísticas desde la página de inicio de la web <<http://www.observatorio-aen.es/>>. Esta es una herramienta que permite acceder a todos los datos recabados y generar informes personalizados según las necesidades del demandante. El usuario, mediante un sistema de filtros solicita a la base de datos la información que requiere. La información puede ser devuelta mediante informes en forma de tabla de datos, o en forma de gráficos, como el mapa de comunidades, los gráficos de barras, o los gráficos de sectores. Cuando los datos pueden ser presentados en forma de tasas, el sistema web devuelve los datos informando de las tasas x 100.000 habitantes. Los informes pueden ser exportados en formato Excel para su explotación estadística o utilización en presentaciones.

2. *Los informes descriptivos*

Además de la publicación de datos, básicamente cuantitativos, mediante la web del Observatorio, para la edición de 2010 hemos considerado la necesidad de elaborar y publicar informes descriptivos por comunidades autónomas que per-

mitiera trascender de la mera presentación de datos para transmitir una valoración cualitativa de los servicios de salud mental, de sus fortalezas y debilidades, tal como son valorados por las diversas asociaciones autonómicas de la AEN. Estos informes, que se presentan a continuación, han sido elaborados por los responsables autonómicos del Observatorio y ratificados por las asociaciones autonómicas correspondientes.

Juan Fco. Jiménez Estévez
Responsable del Observatorio AEN

Bibliografía

1. Salvador Sánchez, I. (coord.) El Observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005, N° monográfico 93, 1-85.
<http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-n-esp-a/observatorio-salud-mental-2003/download.html>
2. Salvador Sánchez, I. (coord.) El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Cuadernos Técnicos, 7. Madrid: AEN, 2007.
<http://www.observatorio-aen.es/es/informes/observatorio-de-salud-mental-de-la-asociaci-n-esp-a/observatorio-salud-mental-2005/download.html>
3. Jiménez Estévez, JF. (coord.). Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007. Web del Observatorio de Salud Mental de la AEN.
<http://www.observatorio-aen.es>

Informe descriptivo

ANDALUCÍA

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría**

Elaborado por
Antonio García López

Andalucía

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo:

El Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental, fue el primer marco normativo que definió la regulación, composición y funciones de los dispositivos de atención a la salud mental en Andalucía, así como los mecanismos de coordinación entre ellos. Sirvió, políticamente, para afianzar la Reforma Psiquiátrica y dar una orientación eminentemente pública y comunitaria a la atención a la Salud Mental. En Andalucía existe el Programa de Salud Mental¹, dependiente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, encargado de la coordinación autonómica y responsable de la elaboración y seguimiento de los Planes Integrados de Salud Mental en Andalucía. El primero de ellos², Plan Integrado de Salud Mental de Andalucía 2003 a 2007 (PISMA I), fue uno de los objetivos del III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Los objetivos propuestos en este I Plan Integral fueron:

1. Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad andaluza.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como la de sus cuidadores.
3. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población, de manera efectiva y eficiente.
4. Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
5. Potenciar el conocimiento -formación e investigación- de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

Para la consecución de dichos objetivos se plantearon 9 líneas estratégicas, siendo esta la metodología que se volvió a aplicar en adelante. Una de las valoraciones que de este I Plan hizo la AAN es que aunque supuso una mejora, no consiguió eliminar las carencias y desigualdad de recursos entre las distintas, entonces, Áreas de Salud Mental de Andalucía. El II Plan Integral de Salud Mental de

¹ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=grsmmental_23

² http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/300/pdf/SM_And0708.pdf

Andalucía 2008-2012³ (PISMA II), viene a incluir los mismos objetivos, añadiendo aspectos preventivos, hábitos de vida saludables, fomentar la sensibilización social, la participación activa de colectivos de pacientes, familias, profesionales y, por primera vez, “Desarrollar sistemas de información (...) para reorientar los servicios según las necesidades de la población”. Enumera 15 líneas estratégicas, que se están viendo desarrolladas con numerosos grupos de trabajo de profesionales de SM.

Ya en el PISMA I se planteaba la necesidad de la reordenación de servicios de Salud Mental después de 20 años de su diseño inicial y en consonancia con las actuales necesidades de la población, las nuevas formas de gestión y la evidencia científica. En 2008 se publicó el “Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del servicio andaluz de salud”⁴, actualmente en vigor, que ya en su preámbulo señala dos de los aspectos fundamentales de cambio:

1. Regula la ordenación de la atención a la salud mental y
2. Contempla la creación de unidades de gestión clínica de salud mental en todas las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria del Servicio Andaluz de Salud; esto es, la transformación de las “áreas de SM” en “UGC de SM” en todo el territorio andaluz, proceso ya culminado.

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental queda organizada, en el Servicio Andaluz de Salud, a través de los siguientes dispositivos asistenciales:

- Unidad de salud mental comunitaria.
- Unidad de hospitalización de salud mental.
- Unidad de salud mental infanto-juvenil.
- Unidad de rehabilitación de salud mental.
- Hospital de día de salud mental.
- Comunidad terapéutica de salud mental.

Planificación y gestión:

Como hemos señalado, la planificación y evaluación en Salud Mental está encargada al Programa de Salud Mental, con un Coordinador Autonómico al fren-

³ http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/PISMA_2008_2012.pdf

⁴ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_normativas3_22

te apoyado por varios profesionales y técnicos de gestión. Anterior a la promulgación del Decreto 77/2008, en dicho Programa se integraban los Coordinadores de Área de SM que actualmente permanecen en su mayor parte como Directores de Unidades de Gestión Clínica.

No existe un presupuesto específico para Salud Mental y el Programa de SM no tiene capacidad ejecutiva ni de gestión directa de los recursos pero sí es interlocutor con la Dirección de Atención Sanitaria del SAS, la Consejería de Salud y los Gerentes de Hospitales y Distritos de Atención Primaria, por lo que hablamos de capacidad parcial de gestión.

No existe una cartera de servicios de SM definida. Las directrices de la Consejería de Salud llegan mediante los Acuerdos de Gestión Clínica, anuales, que el Programa de SM firma con la Dirección General de Atención Sanitaria y cuyo contenido habrán de tener en cuenta los diferentes órganos locales de gestión, Hospitales y Distritos de AP, que a su vez firman Acuerdos de Gestión con las Unidades de Gestión Clínica de SM de su zona. En dichos acuerdos se fijan Objetivos Comunes y Objetivos Específicos a cada UGC, con distinto peso según la prioridad concedida. La consecución o no de dichos objetivos se traducirá en incentivos para la UGC. Del mismo modo, la UGC acuerda objetivos individuales para todos sus profesionales, que, al fin, tendrán una remuneración añadida (anteriormente llamada “productividad”) que dependía, en 2009, en un 80% según objetivos conseguidos por la UGC y en un 20% según objetivos individuales pactados.

La red sanitaria es prácticamente pública en su totalidad, tanto en la financiación (no existe copago más que en la prescripción farmacéutica a no pensionistas) como en la provisión de servicios, a cargo del SAS (Servicio Andaluz de Salud), siendo ésta una de las características de nuestra Comunidad Autónoma. Únicamente existen como centros privados de Salud Mental, concertados con la Consejería de Salud, 2 Comunidades Terapéuticas, cada una con 25 camas (50 en total) pertenecientes al complejo hospitalario de San Juan de Dios en Málaga. El acceso se realiza a través de una comisión regional donde se estudian individualmente las derivaciones desde las distintas Unidades de Gestión Clínica de SM y se destinan a pacientes, en general con perfil HMG, de especial complejidad.

También en lo sociosanitario, donde una fundación pública, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM⁵), en la que participan las Consejerías de Salud, Educación, Economía y Hacienda, Justicia,

⁵ <http://www.google.es/url?q=http://www.faisem.es/&sa=U&ei=f0JmTY4SiIKFB8qI3e8N&ved=0CAsQFjAA&usg=AFQjCNF8FPWIwFP2Za229cnAMn96YrriYw>

Igualdad y Bienestar, Empleo y Administraciones Públicas, las Diputaciones y corporaciones locales, así como asociaciones de familiares y usuarios, gestiona las necesidades residenciales, de formación, laborales y de ocio.

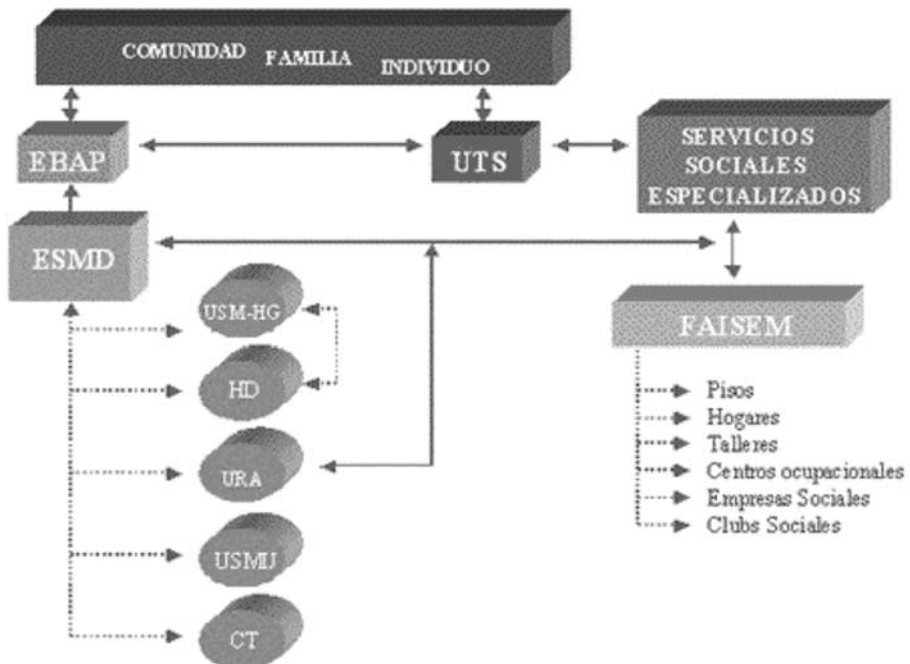
La red de atención a las drogodependencias no está integrada en los Servicios de Salud Mental y aunque la financiación y provisión son mayoritariamente públicos, a través de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, sí tiene muchos recursos concertados con entidades privadas.

2. Red asistencial:

La atención a la Salud Mental se viene a estructurar en 3 bloques:

- Dispositivos de Salud Mental propiamente dichos, dependientes del Servicio Andaluz de Salud.
- Recursos sociosanitarios, que se concentran en FAISEM.
- Drogodependencias, psicodeficientes y plazas de psicogeriatría (Consejería de Igualdad y Bienestar Social)

Red sanitaria



En el gráfico, tomado de la web del Servicio Andaluz de Salud, se recoge el Organigrama de atención en Salud Mental. Dicha atención pivota sobre las Unidades de Salud Mental Comunitaria, en coordinación con Atención Primaria, el resto de dispositivos de Salud Mental y recursos sociosanitarios (FAISEM) y de drogodependencias.

El total de Unidades queda reflejado en la siguiente tabla:

USMC	USMI-J	URSM	UHSM	CTSM	HDSM	UHSM Infantil	HDSM Infantil
77	14	9	20	14	15	3	13

- EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria

- USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria (antes denominada ESMD) y, en nuestro estudio, adjetivado “de adultos”, si bien existe un primer nivel de atención a niños en la mayoría de ellas mediante un Programa de Infantil llevado fundamentalmente por Psicología.

Hay 77 USMC que, en 2009, llevaron a cabo 151.131 primeras consultas, con una demora media de 24 días, siendo el total de consultas de 1.021.944.

- UHSM: Unidad Hospitalaria de Salud Mental (antes denominada USM-HG). Unidades de Hospitalización Breve / Agudos, de adultos. Son 20 Unidades con un total de 558 camas que han tenido 11.059 ingresos (2009), con un porcentaje de ocupación del 85%.

Los perfiles de pacientes corresponden, según GDR del total de hospitales, a 1.- Psicosis (GRD 430), 2.- Trast. de personalidad, impulsividad (GRD 428), 3.- Reacción Aguda, T. Adaptación (GRD 425), 4.- Retraso Mental (GRD 429) y 5.- N. Depresiva (GRD 426).

- USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. En la mayoría de ellas (13 de las 14 existentes) se ha desarrollado Hospitalización Parcial (de Día) infantil y sólo en 3 Hospitalización Breve (completa).

Ha habido dificultad para la concreción de los recursos humanos para cada nivel, porque en la generalidad de los casos la Hospitalización de Día se ha ido creando como extensión, por las tardes, de las consultas de USMI, modificando horarios, turnos, adscripciones,... del personal. Para las 3 Unidades de hospitalización completa ha ocurrido algo similar y el personal suele ser común para consultas externas y HD, salvo en lo referente a enfermería.

La edad límite es de 17 años. Las USMIs realizaron 9.122 primeras consultas en 2009, con una demora media de 11,3 días y un total de 146.682 consultas.

- URSM: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (antes denominada URA). Dispositivos de Rehabilitación Ambulatoria / Centros de Rehabilitación Psicosocial. Sólo horario de mañana, 9 Unidades con 300 plazas y donde en 2009 se atendieron a 2.005 pacientes.

- HDSM: Hospital de Día de Salud Mental (antes denominada HD). Hospitalización Parcial /de Día, de Adultos. Disponemos de 15 HD de adultos (al igual que en CT y USM-HG, la edad de inicio es los 18 años), con 320 plazas donde se atendieron en 2009 a 1.505 pacientes.

- CTSM: Comunidad Terapéutica de Salud Mental (antes denominada CT). Dispositivos de Hospitalización Prolongada / Unidades de Media Estancia. 14 CT, 240 camas, que en 2009 atendieron a 339 pacientes, con un perfil predominante de TMG. Como señalamos, hay 2 CT más, privadas concertadas, con 25 plazas cada una.

No existen Unidades específicas por patologías, Hospitalización a Domicilio (al menos como un programa implantado y asumido por el Programa de Salud Mental), Servicios específicos de atención a las urgencias psiquiátricas, ni las denominadas Unidades de Larga Estancia. No queda en Andalucía ningún manicomio.

La atención tiende a guiarse cada vez más por los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs). En Salud Mental disponemos de los siguientes procesos:

- Trastorno Mental Grave (TMG)
- Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA)
- Trastorno Depresión, Ansiedad, Somatizaciones (DAS)

En cuanto a programas de Tratamiento Asertivo Comunitario están iniciándose en nuestra Comunidad. Sólo disponemos de 5 Programas de TAC que se desarrollan en 2 Equipos específicos, 2 USMC y 1 CT. Se han atendido 113 pacientes en 2009 y el tipo de población atendida es TMG, personas sin hogar y TLP.

Para la ordenación y evaluación de la actividad asistencial existen en el SAS varios Sistemas de Registro. Desde el punto de vista informático hay varias aplicaciones desarrolladas por Hospitales y de aplicación local en muchos casos, y otras tantas que se dirigen a determinados niveles asistenciales (Hospitalización, consultas,...). En lo que respecta a Salud Mental la Hospitalización se nutre de las aplicaciones comunes al resto de especialidades y las consultas, prácticamente capitalizadas por USMC y USMI-J, de un sistema propio, el SISMA (Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía), actualmente en proceso de cambio a otro DIRAYA ⁶ (“Conocimiento” en árabe). La diferencia fundamental entre ambos está en que, a diferencia del SISMA, el DIRAYA se nutre de la base de datos

⁵ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_diraya

única del total de población andaluza (con Tarjetas Sanitarias Individuales desde el nacimiento) y es compartido con todos los Servicios Sanitarios del SAS.

Red sociosanitaria

La fundación FAISEM, ya mencionada, desarrolla 4 programas (residencial, ocupacional-laboral, ocio y tiempo libre y tutelar) que abarca todas las necesidades no estrictamente sanitarias de nuestros pacientes. Su peso en la Salud Mental de nuestra comunidad es alto, tanto por las funciones que lleva a cabo como por el número de recursos que gestiona (de los que depende en gran medida el flujo de pacientes por los servicios) y las instituciones con las que debe relacionarse.

En la siguiente tabla se especifican dichos programas con los recursos disponibles para cada uno de ellos:

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
RESIDENCIAL	Casas hogar	49	802
	Viviendas supervisadas	197	753
	Pensiones (con plazas en convenio)	2	11
	Residencias generales (con plazas en convenio)	30	122
OCUPACIONAL-LABORAL	Talleres Ocupacionales	124	2740
	Empresas Sociales	9	256
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo	8	841
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales	52	1750
TUTELAS	Entidades Tutelares	8	671

Existen en Andalucía 8 agencias tutelares, una por provincia. Se han hecho constar como públicas en el sentido de que no están, financiadas ni gestionadas privadamente, sino de forma mixta, es decir financiadas en su mayor parte con fondos públicos pero gestionadas por colectivos de familiares y pacientes, FAISEM (a su vez pública) y otros organismos públicos.

No ha sido posible obtener datos fiables y homogéneos de Psicogerítricos. No son dispositivos que pertenezcan al SAS, tienen varias posibilidades de dependencia, corporaciones locales, fundaciones, Servicios Sociales,... y no son las únicas que asumen pacientes de este tipo sino que también existen muchas plazas concertadas en residencias normalizadas que son difíciles de contabilizar. Las

Unidades de Salud Mental acceden a estas plazas a través de gestiones individualizadas de los/las Trabajadores/as Sociales.

3. Recursos humanos

Quedan reflejados en las siguientes tablas:

Red sanitaria

	Psiquiatría	Psicología Clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupac.	Auxiliar Enferm.	Monitor Ocupac.	Auxiliar Admin.
USMC	296	144	156	83	0	128	1	110
USMIJ	34.5	35	49	12.5	13	38	6	14
UHSM	93.8	18.5	245	6	9	364	10	19.5
HDSM	26.7	20.5	34	2	11	18	19	10.5
URSM	8.5	16	12	7	10	26	16	8
CTSM	30	25	117	11	12	177	41	12
TOTAL	489.5	259	613	121.5	55	751	93	174

Red sociosanitaria:

Hablamos de los recursos de FAISEM

Profesionales	P. Técnico	P. de Programas	P. Advo	P. Servicios y mantenimiento	Otros
nº	113	800	36	65	4

4. Atención a las Drogodependencias

La red asistencial a las drogodependencias se gestiona por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.

En su Memoria de Gestión 2008 (2009)⁷ señala que “los objetivos que en su momento se marcaron en el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (II PAS-DA)... pueden resumirse en dar cobertura a todo el territorio andaluz, aumentar la implicación de los agentes que actúan en el ámbito educativo y consolidar la propuesta conceptual, metodológica y organizativa del trabajo iniciado en años anteriores”. Existen varios programas preventivos en los colegios, que abarcan de los 10 a los 18 años, también a nivel comunitario, que han aumentado su implantación en los últimos años.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº (2008)	PLAZAS (2008)
ATENCIÓN SOCIOSANTARIA	Centros de encuentro y acogida	7	1374 pac. en programa
	Centros de tratamiento ambulatorio	119	21007 admisiones
	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	3	24 (543 ingresos)
	Comunidades Terapéuticas	22	472 (1388 pacientes)
	Viviendas de apoyo al tratamiento	5	22 (54 pacientes)
	Viviendas de Apoyo a Enfermos de Sida	3	31 (41 pacientes)
INCORPORACIÓN SOCIAL	Viviendas de Apoyo a la Inserción	12	91 (233 ingresos)
	Centros de Día	26	

Si bien la mayoría de los recursos son públicos, hay mayor porcentaje de centros privados concertados, como ejemplo de los 119 Centros de tratamiento ambulatorio, 95 son públicos y 24 concertados, de las 22 Comunidades Terapéuticas 9 son públicas y 13 concertadas, la mayoría de plazas en viviendas de apoyo a la reinserción son también concertadas y, por último, de los 26 Centros de Día 11 son concertados y 15 públicos.

La relación con los Servicios de Salud Mental se articula en base a un Protocolo de Coordinación en el que, básicamente, se establecen 4 grupos de pacien-

⁷ <http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/IN>

tes con patología dual según la predominancia de “síntomas psiquiátricos” o “de adicción” y que, en consonancia, serían atendidos preferentemente por una red u otra. Pese a este protocolo, la comunicación en muchas ocasiones no es lo suficientemente fluida y existen recelos y visiones distintas del mismo problema.

5. *Valoración global*

Sin duda, la característica fundamental del Sistema Sanitario Andaluz es su financiación y provisión públicos en su gran mayoría, lo que permite que los planes sanitarios lleguen con mayor garantía y equidad a toda la población. En Salud Mental, los defensores de lo comunitario vemos en este sistema un gran valor.

En esta línea, la Atención Primaria es un nivel fundamental y las posibilidades de coordinación son mayores. Otra cosa es que estos programas de coordinación estén implantados muy desigualmente en base tanto a prioridades de gestión como a las características de cada zona.

Igualmente puede aplicarse a la gestión de recursos sociosanitarios, psicogerátricos, drogodependencias, mayoritariamente públicos.

El Programa de Salud Mental, con las carencias señaladas (sin financiación propia y capacidad ejecutiva), es una oportunidad de desarrollo homogéneo, de distribución de recursos y de atención a la Salud Mental. La búsqueda de participación de los profesionales, ausente en algunos momentos de la breve historia del PSM, es actualmente muy relevante y uno de los pilares del PISMA II.

No obstante, el PSM no ha podido en cierta medida conseguir dicho desarrollo, tanto en la dotación de personal y consecución de ratios por población, como manteniendo una distribución desigual de recursos, programas, procesos, en las distintas zonas o UGC. Ejemplos son la implantación del Proceso Depresión Ansiedad Somatizaciones, la distribución de camas de hospitalización o recursos humanos o el sistema informático Diraya con implantación muy desigual y, lo que puede ser más difícilmente subsanable, con conceptualización de tareas, actividades, agendas, no homogeneizada.

Respecto al nuevo Decreto 77/2008 de ordenación de los servicios de salud mental, que el PISMA II pretende desarrollar, ha conseguido la transformación “formal” en Unidades de Gestión Clínica de todos los recursos sanitarios pero no la “funcional”, aún pendiente en 2009, por ejemplo, la doble adscripción del personal a Hospitales (personal facultativo) y Distritos de Atención Primaria (personal de enfermería, trabajo social y administrativo). Tampoco permite la autonomía de gestión de las UGC que se esperaba, obligadas a adaptarse a los recursos,

materiales y humanos, que los órganos de gestión finales, Hospitales y Distritos de A Primaria, imponen.

El control del gasto farmacéutico, el más relevante en el conjunto del sistema, supone conflictividad, expresada en el Visado que se exige para determinados grupos de fármacos, en nuestro caso los llamados Antipsicóticos Atípicos o en las presiones para la prescripción por Principio Activo o de determinados principios activos dentro de un grupo terapéutico. En el primer caso, el Visado ha creado desigualdad con ciudadanos de otras Comunidades y malestar entre psiquiatras por la restricción de uso de fármacos no incluidos cuando existen indicaciones de uso en otros procesos además de los marcados, plasmadas en recomendaciones y guías clínicas. También es de difícil asimilación, por ejemplo, el objetivo de usar 4 anti-depresivos “de elección” (con un peso importante, que se traducirá en incentivos), incongruente con el nivel de atención especializada en el que nos situamos.

Aún queda tiempo para poder evaluar el PISMA II y debemos ser conscientes de la época de crisis económica actual. Es deseable su desarrollo ya que entendemos que su planteamiento y objetivos son en general acertados. Queda mucho en cuanto a autonomía de las UGC y del propio programa de SM, recursos materiales y humanos (también su distribución), y coordinación y consenso (cartera de servicios, sistemas de información,...). Las mayores amenazas parecen estar situadas en el exterior, en la crisis económica actual y el devenir político que pueda cuestionar el enfoque comunitario.

AGRADECIMIENTOS:

Pablo García Cubillana

Programa de Salud Mental

Informe descriptivo

ARAGÓN

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Aragonesa de Neuropsiquiatría**

Elaborado por

Daniel Pérez, Antonio Tarí y Ana Martínez

Aragón

1. Modelo de atención a la Salud Mental:

El “PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010 DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN” es el documento que recoge las directrices que han guiado la asistencia a la enfermedad mental en nuestra CA durante dicho periodo. El principal organismo proveedor de servicios es el Salud, quien tiene por ley regulada una cartera de servicios para cada especialidad. Actualmente está en discusión un proyecto de Decreto de organización de la asistencia a la salud mental de la población aragonesa.

De acuerdo con la estructura de “Sector sanitario” del Salud, Aragón distribuye sus recursos en 8 sectores: 3 en Zaragoza capital y 1 en Calatayud en la provincia de Zaragoza; sector Huesca y sector Barbastro en la provincia de Huesca; y sector Teruel y sector Alcañiz en la provincia de Teruel. A partir de ahí, cada dispositivo se incluye en su sector respectivo si bien hay dispositivos suprasedimentales (UMES, Ules, dispositivos ocupacionales, laborales, ocio y tiempo libre...) Existe un contrato de gestión para cada recurso.

No existe como tal la figura de Responsable Autonómico de Salud Mental, pero sí existe una persona designada como tal que hace las funciones. No existe la figura oficial de Responsable Autonómico de SM pero sí hay una persona designada como tal.

La red de asistencia a la enfermedad mental es pública fundamentalmente de gestión propia, si bien el desarrollo de los dispositivos de rehabilitación comunitarios se ha realizado mediante concertación. En los dispositivos públicos de rehabilitación institucional hay formas de copago en la Unidades de Larga Estancia, de tal forma que cada usuario paga un porcentaje de su pensión.

2. Red de Atención a la Salud Mental

Con el último cambio de legislatura (2007) desapareció la Dirección de Salud Mental Regional. En el año 2006 se crea mediante una Orden la figura del Coordinador de Sector siendo definidas sus funciones y competencias (cumplimiento de directrices y análisis de necesidades de provisión de programas y de servicios), si bien en la práctica no ha podido desarrollar sus funciones de forma adecuada, sin capacidad ejecutiva.

En el momento actual básicamente su función se reduce a la Coordinación de la Comisión Sectorial de ingresos y seguimiento en los dispositivos de Rehabilitación y su participación en la Comisión de Ingresos dependiente del Departamento de Salud (Planificación y Aseguramiento). Dicha comisión sirve para la resolu-

ción de aquellos casos en los que no se llega a acuerdo en las Subcomisiones de Ingresos de cada Sector.

En la actualidad la mayoría de los servicios que se detallan (excepto los privados) pertenecen a una única red sanitaria de salud mental.

Servicios hospitalarios, Hospitales de día, Unidades de Psicopatología y CSM

Sector	UCE	Psicopatología	Hosp.de Día	CSMs	USMIJ	UASA
Huesca	Si	No	Si	4+1/2	Si	Si
Barbastro	No	No	No	3	Si	Si
Servet_(ZGZ)	Si	Si	Si	6	Si	
Clínico_(ZGZ)	Si	Si	Si	5	Si	
Royo Villanova_(ZGZ)	Si	Si	No	1	Si	
Teruel	si	No	No	1	Si	
Alcañiz Calatayud	no	no	-	-	-	-

Servicios de rehabilitación tipo Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.), también denominados Centros de Día:

Recursos sanitarios de asistencia ambulatoria, terapéuticamente orientados a promover la contención, rehabilitación y reinserción sociocomunitaria de personas adultas que padecen un Trastorno Mental Grave (TMG).

INFORME DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ZARAGOZA			
Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
Centro de Día Romareda	60	Subcomisión Ingresos del SALUD	Servicio Público/SALUD
C.R.H. y Apoyo Social Rey Ardid	70	Subcomisión Ingresos del SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Centro de Día Calatayud Fundación Rey Ardid	20	Subcomisión Ingresos del SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Centro Día ASAPME (FEAFES) Zaragoza	60	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. 58 plazas concertadas con el SALUD
C.R.P. San Carlos (Cáritas)	43	Subcomisión de Ingresos SALUD y las privadas por Comisión Interna	Entidad Privada. 20 plazas concertadas con SALUD. 23 plazas privadas (pago proporcional a nivel de ingresos)
Centro Día Adunare	40	Subcomisión de Ingresos SALUD	Entidad Privada. 30 plazas concertadas con SALUD.
Centro Día El Encuentro-La Caridad	30 (personas sin hogar; ingresos breves y crónicos)	Subcomisión Ingresos SALUD o derivación de S.Sociales	Entidad Privada. 29 plazas concertadas con SALUD.
Centro de Día Ejea de los Caballeros/Tarazona	56 (46 en Ejea y 10 en Tarazona)	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Centro de Día PRISMA	50	Gestión privada	Entidad Privada
HUESCA			
Centro Día Arcadia. Fundación Agustín Serrate	75	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
C.R.P. ASAPME Huesca-Monzón	44	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. 27 plazas concertadas con SALUD
TERUEL			
Centro Día San Juan Dios	20	Subcomisión Ingresos SALUD	Servicio Público/SALUD

*ASAPME (Asociación Aragonesa Pro-Salud Mental, integrante de FEAFES)

*SALUD (Servicio Aragonés de Salud)

*IASS (Instituto Aragonés de Servicios Sociales)

Unidades de hospitalización rehabilitadora, denominados en nuestra comunidad autónoma Unidades de Media Estancia (U.M.E) o Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P/C.R.P.S):

Unidades de rehabilitación hospitalaria, que implican un régimen de estancia a tiempo completo con asistencia y supervisión psiquiátrica de 24 horas al día durante los 7 días de la semana. En cada provincia existe un dispositivo de hospitalización rehabilitadora, de carácter público, instalados dentro de las dependencias de los antiguos Hospitales Psiquiátricos.

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
ZARAGOZA			
UME" Alonso V". Hptal Psiq. "Ntra Sra del Pilar"	40+1	Subcomisión Ingresos del SALUD	<u>Servicio</u> Público/SALUD. Copago
UME Profesor Rey Ardid	39	Subcomisión Ingresos del SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Neuropsiquiátrico "Ntra Sra del Carmen"	290 (ULE, UME y UCE)	Comisión Interna	Entidad Privada. 44 plazas de larga estancia concertadas con SALUD. Nºplazas no concretado de media estancia concertado con IASS ("TMG con Retraso Mental de base")
Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba (C.R.P)	43 (ULE)	Subcomisión Ingresos del SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
ULE Hospital Psiquiátrico "Ntra Sra del Pilar"	78	Subcomisión Ingresos del SALUD	Servicio Público/SALUD. Copago
Centro Hospitalario Rehabilitación PRISMA	23(UCE, UME y ULE)	Gestión privada	Entidad Privada
HUESCA			
U.M.E "Sto Cristo Milagros". Hptal Psiquiátrico	19	Subcomisión Ingresos del SALUD	Servicio Público/SALUD. Copago
U.L.E "Sto Cristo Milagros". Hptal Psiquiátrico	50	Subcomisión Ingresos del SALUD	Servicio Público/SALUD. Copago
TERUEL			
UME "San Juan Dios". Hptal Psiquiátrico Teruel	15	Subcomisión Ingresos del SALUD	Servicio Público/SALUD. Copago
ULE "San Juan Dios". Hptal Psiquiátrico	70	Subcomisión Ingresos del SALUD	Servicio Público/SALUD. Copago

*ULE: Unidad de Larga Estancia

*UME: Unidad de Media Estancia

Servicios o programas de inserción laboral:

Centros Ocupacionales (C.O.): dispositivo a medio camino entre los proyectos laborales y los recursos de rehabilitación.

Centro Especial de Empleo (C.E.E.): dispositivo a medio camino entre los centros ocupacionales y el medio normalizado de trabajo. Estaría pensado para usuarios con experiencias laborales en el mercado normalizado de trabajo, y que previamente han participado en un C.O de la red de salud mental.

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
Centros Especiales de Empleo Zaragoza			
CEE "El cierto y la Retama" de Sádaba + Rey Ardid	10	Interna	Entidad mercantil autónoma. Contratos normalizados para personas con discapacidad Competencia INAEM
CEE Rey Ardid, SL	6	Programa Rehabilitación Laboral	Entidad mercantil autónoma. Contratos normalizados para personas con discapacidad Competencia INAEM
CEE Parque Delicias Fundación Adunare	20	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. 10 plazas concertadas con SALUD
Centros Especiales de Empleo Huesca			
CEE Arcadia (8)	48	Interna prelaboral	Entidad Privada/Financiación INAEM
Centros Especiales de Empleo Teruel			
CEE Alcañiz	12	Filtro INAEM con voz de asociación	Entidad Privada/Financiación INAEM

INFORME DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
Programas de Inserción Laboral			
ZARAGOZA			
Programa Rehabilitación Laboral Rey Ardid	30	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Programa de Inserción y apoyo laboral ASAPME Zaragoza	Propios usuarios de ASAPME	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. No conciertos con entidades públicas para este programa. Plazas integradas en C.R.P
HUESCA			
Servicio de acompañamiento al empleo ordinario F. Agustín Serrate	15	Subcomis. Ingresos SALUD+de manda interna	Entidad Privada. No conciertos con entidades públicas para este programa.
Programa de Rehabilitación Laboral ASAPME Huesca	17	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
TERUEL			
Programa ASAPME Teruel	18	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD

INFORME DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
Centros Ocupacionales Zaragoza			
C.O. Romareda	Los mismos usuarios que asisten al C.Día Romareda (60)	Subcomis. Ingresos SALUD	Servicio Público/SALUD. Plazas integradas dentro del CRP Romareda
C.O. Rey Ardid (3 C. O. + 1 recurso de Integración Laboral en Barbastro)	79	Derivación desde el IASS y gestión interna	Entidad Privada. Financiación IASS (entre 40-50 plazas; aproximadamente 10 plazas concertadas en cada C.O)
C.O. Adunare	Los mismos usuarios que asisten al C.Día (25 plazas)	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. Plazas integradas dentro del Centro de Día Adunare
C.O. Sádaba+Prog. Inserc. Laboral	Usuarios que asisten al C.R.P Sádaba (60 plazas)	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. Financiación SALUD/IASS. Plazas del C.O integradas dentro del C.R.P Sádaba 10 plazas concertadas con SALUD y aprox. 10 plazas concertadas con IASS (pacientes con TMG y RM)
C.O Ntra Sra Carmen	Propios usuarios de la residencia (50 plazas)	Interna	Entidad Privada. Plazas integradas en el Centro Psiquiátrico. No conciertos con entidades públicas para este programa
Centros Ocupacionales Huesca			
Centro "El Remós". Asociación Guayente (Benasque)	7	Desde CSM	Entidad privada. Todas las plazas concertadas con IASS
C.O Arcadia (8 actividades)	76	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. 66 plazas concertadas con SALUD
Centro Ocupacional Teruel			
C.O. ASAPME Teruel	47	Subcomis. Ingresos SALUD	Entidad Privada. No conciertos con entidades públicas para este programa
C.O. ASAPME Alcañiz	13	Interna	Entidad Privada. No conciertos con entidades públicas para este programa

Programas específicos de tiempo libre: Clubes Sociales:

Recurso facilitador de la inserción social, lugar de encuentro y autoayuda en el que se organizan y desarrollan actividades de ocio y tiempo libre que se llevarán preferentemente a cabo fuera del centro sanitario, o bien dentro en aquellos casos en los que haya personas que requieran de un mayor nivel de protección.

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
ZARAGOZA			
Club Social C.Día Romareda	30	Abierto a todos TMG de AFAR	Entidad Privada. Asociación familias
Club Social ASAPME Zaragoza	Abierto a todos usuarios	Interna	Entidad Privada. No conciertos con entidades públicas para este programa
Club Social Rey Ardid	75	Abierto a todos TMG	Financiación de todas las plazas en base a programas, no a plazas. Desde IASS y otras Instituciones
Asociación usuarios "El Encuentro"	Abierto a todos los usuarios	Interna	Entidad Privada. Asociación de usuarios.
Programa de acompañamiento a la Integración Social no laboral 2AVIA	30 (TMG y menores entre 12 y 18 años)	Entidades sanitarias, sociales y educativas	Entidad privada. Financiación privada y colaboración INAEM y Zaragoza vivienda
Programa de acompañamientos Sociales de Fundación Rey Ardid	30	Desde entidades sanitarias, sociales y educativas	Entidad Privada. Financiación Ayuntamiento Zaragoza a través de convenio por prestación de servicio
HUESCA			
Fundación Agustín Serrate. Programa de dinamizac. Social	Los mismos que acuden a Centro de Día (65)	Interna	Entidad Privada. No conciertos con entidades públicas para este programa. Plazas integradas dentro del Centro de Día
TERUEL			
Club Social ASAPME Teruel	45	Interna	Entidad Privada. Asociación de familias
Club Social ASAPME Alcañiz	21	Interna	Entidad Privada. Asociación de familias

Equipamientos de vivienda asistida (residencias, pisos o programas de apoyo domiciliario):

Alojamientos supervisados, pisos protegidos o pisos sociales: pisos para usuarios con habilidades y nivel aceptable en su autonomía personal, con capaci-

dad entre uno a cuatro residentes. La supervisión, organización y funcionamiento dependerá de cada recurso, pero debería ser mínima y realizada desde dispositivos menos intensivos.

Piso de transición, terapéutico o piso escuela: dispositivo terapéutico y residencial de carácter temporal cuyo objetivo es ser un taller de aprendizaje centrado en actividades de autocuidado y convivencia social, como entrenamiento previo al paso a otro tipo de dispositivo residencial más autónomo si supera con éxito el programa o menos autónomo si no lo hace.

Programas de apoyo comunitario/domiciliario: intervención individualizada de carácter terapéutico, en el domicilio u entorno socio-comunitario general de cada usuario/a, con diferentes objetivos en cada caso y que se realiza en coordinación con los profesionales que le atienden en otros contextos.

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
PISOS			
ZARAGOZA			
Cooperativa Zavia	11	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Unidad pisos de Rehabilitación Rey Ardid	14 pisos y 35 plazas Concertadas con SALUD SALUD dice qe 35	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Unidad pisos asistidos Sádaba	30	NO	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Pisos Fundación "La caridad"	15 plazas (personas sin hogar)	Subcomisión de Ingresos SALUD	Entidad privada. 14 plazas concertadas con SALUD
Neuropsiquiátrico del Carmen	28	Comisión interna	Entidad Privada. 4 plazas concertadas con SALUD
Piso protegido PRISMA (en realidad, "piso de transición")	Abierto a Usuarios de Centro de Rehabilit.	Gestión Privada	Entidad Privada
HUESCA			
Fundación Agustín Serrate. Programa pisos(4) Arcadia	18	Sucomisión de Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD

INFORME DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
PROGRAMAS APOYO DOMICILIARIO/SO CIOCOMUNITARIO			
ZARAGOZA			
Equipo de Apoyo Social Comunitario "Punto de Apoyo"	25	Subcomisión de Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Programa de Acompañamiento a domicilio C.Día S.Carlos	Para algunos de los 43 usuarios de C.R.P. San Carlos	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. Plazas integradas dentro del C.Día S.Carlos. No conciertos con entidades públicas para este programa
Equipo de apoyo socio-comunitario Cooperativa 2avia	12	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
Programa de atención domiciliaria ASAPME Zaragoza	Usuarios atendidos por la asociación, cuya tutela asuma la DGA	Derivación de Instituciones del IASS	Entidad Privada. Plazas concertadas con IASS (número no concretado), (servicio tutelado)
HUESCA			
Programa de Apoyo Comunitario ASAPME Huesca	17	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. Todas las plazas concertadas con SALUD
TERUEL			
Programa Apoyo Domiciliario ASAPME Teruel	28	Subcomisión Ingresos SALUD	Entidad Privada. 10 plazas concertadas con SALUD
Programa Apoyo Domiciliario ASAPME Alcañiz	20	Filtro Interno	Entidad Privada. No conciertos con SALUD por el momento.

Otros Programas:

Nombre del Dispositivo	Nº plazas	Derivación	Red pertenencia/financiación
ZARAGOZA			
C.Día Infanto-Juvenil	15	Comisión específica de Salud Mental y Educación	Servicio Público (SALUD Y EDUCACIÓN)
Unidad Psicogeriatría "Ntra Sra del Pilar"	92	Subcomisión Ingresos SALUD	Servicio Público/SALUD
Programa Sensibilización STOP_estigma	20	Abierto a todos usuarios	Entidad Privada. Colaboración INAEM(subvención de costes de puestos laborales) y entidades públicas (Universidad, ayuntamiento..., a través de la cesión de espacios, etc) y privadas
HUESCA			
Unidad Psicogeriatría "Sto Cristo de los Milagros"	40	Subcomisión Ingresos SALUD	Servicio Público/SALUD
TERUEL			
Unidad Psicogeriatría "San Juan de Dios"	85	Subcomisión Ingresos SALUD	Servicio Público/SALUD

3. *Recursos Humanos*3.1. *Distribución según provincias (U.C.E. y C.S.M.)*En la provincia de *Huesca*:

Nombre del Recurso	PSQ	PSI	ENF	TRAB. SOCIAL	AUX. DE ENFERMERIA	AUX. ADMIN.	TERAP. OCUPACIONAL
UCE San Jorge de Huesca	3	0		1 (común con el Hospital)		1	0
CSMs	6+ 1/2	5	1	1 (común con el Centro)	0	1	0
Hosp. de Día de Huesca	1	1/2	1+ 1/2	172	3	1/2	1
USMIJ-Huesca	1	1	1	1 (común con el Centro Pirineos)	0	0	0

En la provincia de *Teruel*:

DISPOSITIVO	PSQ	PSI	ENF	TRAB. SOCIAL	AUX. DE ENFERMERÍA	AUX. DE ADMINIS	TERAP. OCUPACIONAL
UCE Teruel	2	2.5					
CSM Teruel	2.5	1.5	1			1	
USMIJ Teruel	1	1	1				

En la provincia de *Zaragoza*:

DISPOSITIVO	PSQ	PSI	ENF	TRAB. SOCIAL	AUX.DE ENFERMERIA	AUX.DE ADMINIS	TERAP. OCUPACIONAL
Hosp. Clínico	17	3	15	3	13	3	1
Hosp. Miguel Servet	16	10					
Hosp. Royo Villanova	12	6		1			
Sector"5Villas"	6	5	4	3	16		2
SectorCalatayud							
Hosp. Provincial	7	3.5		1			

C.R.P.

Dispositivo	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermería	Aux.Enf	Trab. Social	Terap. Ocup
CRP DE HUESCA	3	1			1+1/2	2
CRP DE ZARAGOZA	8 (2 a tiempo parcial)	2			3	
CRP DE TERUEL	5	2	5		1	3

4. Atención a las Drogodependencias

Esta atención se ha caracterizado por la falta de unificación de criterios y escasez de dispositivos específicos que han venido funcionando de modo aislado en unidades dependientes de la DPZ o el Ayuntamiento, sin criterio sectorial ni de incorporación a la red de salud mental. Hasta el año 2010, incluidas las drogodependencias en la cartera de servicios de Salud Pública, los CAP son los otros recursos de salud sobre los que ha recaído la atención a drogodependencias, sin instrumentos definidos para ello.

Es a partir del pasado año en que pasa a depender de Salud Mental, de tal forma que actualmente las labores de Atención y Prevención, que venían realizándose

se de forma conjunta, se han escindido hacia dos tipos de dispositivos; así, serán las UASAs (Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones) las encargadas de la Atención, y por otro lado, los CPCs (Centro de Prevención Comunitario) los encargados de la parte de Prevención. No existe sin embargo, un modelo único de recurso, de tal forma que cada Centro dispone de características propias, así, hay Centros coordinados por 1 psiquiatra, otros por un especialista en Familia.

DISPOSITIVOS	FACULTATIVO	PSICOLOGO	DUE	T.O.	Trab.Soc
UASA Ramón y Cajal (ZGZ)	3 Médicos de A.P.	si			si
Cinco Villas	1/2 Psiquiatra				
UASA Cruz Roja					
UASA Centro Solidaridad (Proyecto Hombre)					
UASA CMAPA	SI	SI	SI	SI	SI
UASA Calatayud					
UASA Huesca	1/2 psiquiatra	No	_	No	no
UASA Monzon	1/2 psiquiatra	2	Si	No	no
UASA Alcañiz					
UASA Cruz Roja Teruel					

No existen Unidades de Hospitalización para adicciones ni para patología dual.

5. Valoración Global

Es cierto que desde la aprobación del Plan Estratégico 2002-10 de Salud Mental se ha ido transformando la situación asistencial, consolidándose algunos cambios ya iniciados antes de la publicación del Plan. Entre las modificaciones producidas encontramos la transformación de los antiguos hospitales psiquiátricos, la creación de Unidades diferenciadas de rehabilitación (UMEs, ULEs y Psicogeriatría), la incorporación de nuevos Centros de Día a la red, así como de diversos recursos ocupacionales-laborales y otros dispositivos de apoyo comu-

nitario en las tres provincias; destacando muy especialmente en Teruel, donde prácticamente no existían recursos en rehabilitación.

Pero también es cierto que ha sido un desarrollo insuficiente: Centros de Salud Mental infradotados, ausencia general de programas específicos en los CSM para la atención a pacientes con TMG y TMC, pérdida de la atención comunitaria y de figuras de referencia para los pacientes.

A nivel de recursos, si bien observamos la falta de ellos, sobre todo en el campo de la rehabilitación y la atención precoz, podemos decir que las ratios sobre todo de psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales necesarios en los dispositivos de apoyo comunitario son escasas prácticamente en toda la red asistencial de salud mental. Si miramos la red actual de recursos a nivel de rehabilitación, vemos que la mayoría son eminentemente concertados, es decir, se ha producido un debilitamiento del Sector Público como proveedor de servicios y a su vez, ha existido una desigual política de concertación en los distintos territorios. Eso sin nombrar la precariedad de la mayoría de los puestos de los profesionales que trabajan en entidades concertadas, así como de una dotación profesional en comparación con dispositivos similares del resto de Estado muy deficitaria.

Si bien existe el riesgo de que algunos recursos de rehabilitación pasen a depender del IASS (Instituto Aragonés de Servicios Sociales), la posición respecto a esto de todas las asociaciones profesionales de Aragón es clara en contra de cualquier posible desvinculación de la red sanitaria de atención.

Entre las carencias que encontramos destacaríamos en primer lugar la ausencia de un sistema de acreditación de servicios que homogenice los criterios de funcionamiento de los diferentes recursos. No existe tampoco un modelo de gestión clínica, ni estructural entre los profesionales, por lo que es difícil medir resultados e implantar planes de mejora si no existe una adecuada cultura asistencial entre dichos profesionales de SM. Ejemplo de estas fallas en cuanto a la planificación son 2 Hospitales de Día creados en nuestra Comunidad, que ya existen físicamente, han sido dotados y acondicionados y sin embargo, ninguno está en activo.

Por último, tampoco existe una única red informática propia que permita el intercambio y acceso de información que facilite una buena práctica clínica y una correcta coordinación entre diferentes dispositivos.

Nuestra asociación en cooperación con el resto de asociaciones de Salud Mental de Aragón (AARP; SARP; SAPC) viene colaborando con la Dirección de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo en la

discusión de un Borrador de Decreto por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de salud mental en el ámbito del Sistema de Salud de Aragón. En términos generales el posicionamiento de la Asociación respecto a la organización ha sido apostar por una red unificada de salud mental, la defensa de los dispositivos públicos de rehabilitación existentes, una importancia fundamental en la asistencia al paciente con TMG, unas ratios suficientes y dignas de profesionales, una organización asistencial que tenga en cuenta los siguientes ámbitos de gestión clínica, hospitalario, comunitario, de rehabilitación o infanto-juvenil. No podemos dejar de destacar el riesgo de “insalutización” de jerarquía y organización asistencial con el peligro de que desaparezca la especificidad de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica que tantos años hemos estado defendiendo.

AGRADECIMIENTOS:

Muy especialmente a Carmen Castán y Alejandra Reboreda (FEARP) por facilitarnos datos de su magnífico observatorio territorial. Gracias también por su desinteresada colaboración a Javier Serrano, Javier Navarro Aznar, Alfonso Pérez Poza, Maite Lanzán, Ana Gonzalez e Inmaculada Ascaso.

Informe descriptivo

ASTURIAS

Elaborado por

Paz Arias García

Asturias

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo:

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) es desde el año 2.002 el organismo responsable de prestar la asistencia sanitaria pública a los asturianos.

En Asturias sigue vigente el Plan Estratégico de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias del 2005-2007, revisión y actualización del Plan Estratégico para el Desarrollo de los SS de Salud Mental del 2001-2003. En el año 2010 se elabora un nuevo Plan para los años 2011-2016, pendiente de presentación.

La Red de Salud Mental viene regulada por la Ley 1/92, de 2 de julio del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por el Decreto 256 /2007, de 27 de noviembre que regula la estructura orgánica básica, cuyo artículo 12 recoge el funcionamiento de la Unidad de Coordinación de Salud Mental y por el Decreto 66/2009 de 14 de julio que regula la estructura y funcionamiento de las áreas y Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Estas últimas pendientes de desarrollar.

Planificación y gestión:

Existe una Unidad de Coordinación de Salud Mental, dependiente de la Subdirección Asistencial del SESPA cuyas funciones son:

a) La definición de objetivos asistenciales de los centros y servicios de la Red de Salud Mental, así como la coordinación, evaluación y control de los mismos.

b) El desarrollo de todas aquellas acciones de coordinación intersectorial encaminadas a la rehabilitación y reinserción social y laboral.

c) El impulso de las actividades de docencia en el marco de las políticas de formación especializada de la Red de Salud Mental.

Cada dispositivo cuenta con contratos programas definidos por el SESPA a través de la Unidad de Coordinación de Salud Mental y las Gerencias de Área de las que dependen.

La Red de Salud Mental, su gestión y financiación es pública y cuenta con un presupuesto anual de 24.902.390 €.

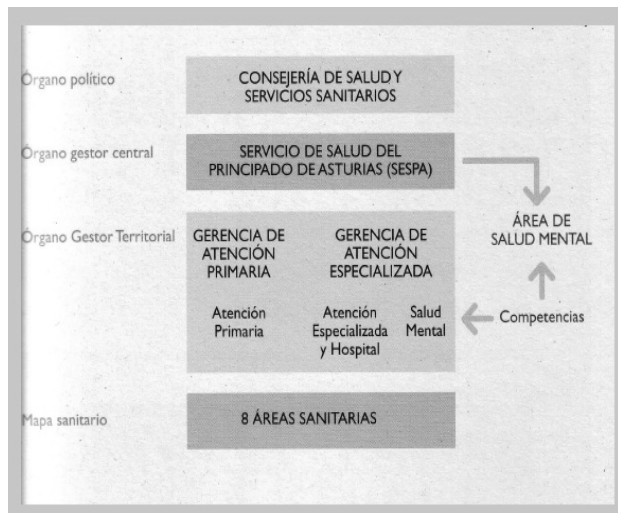
INFORME DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

		Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Área VII	Área VIII	Asturias
Recursos de la Red de Salud Mental	<u>Centros de Atención Ambulatoria</u>									
	C.S.M. Adultos	1	1	2	5	4	1	1	1	16
	C.S.M. Infanto-Juvenil			1	1	1		1		4
	<u>Estructuras Intermedias TMG</u>									
	Atención de Día	1		1	2	1	1	1	1	8
	Atención de 24 horas	1		1	2	2	1		1	8
	U. Residencial				1 ³					1
	E.T.A.C.			1	1					2
	<u>Estructuras Intermedias TCA</u>									
	Atención de Día				1	1				2
Atención Psicosocial a la Mujer				1 ³					1	
Servicios en los Hospitales Generales de la red Pública	<u>Atención Hospitalaria</u>									
	U.H.P. Adultos			1 ²	1 ²	1		1 ²	1	5
	U.H.P. Adolescentes				1 ³					1
	U.H.P. TCA				1 ³					1
	Psiquiatría de Enlace e Interconsulta				1	1				2

Servicios de la red de Salud Mental	<u>Programa de Adicciones</u>									
	Atención en CSM	1	1	2	5	4	1	1	1	16
	UTT			1	1	1		1		4
	C. De Dispensación	1	1		1	1	1		1	6
Conciertos de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas	Autobus				1	1		1	1	4
	C.T. ¹			3	3	1				7
	C.Día ¹				1	1				2
	Farmacias ¹	3	1	6	5	14	1	2	1	33
En Hospitales Generales de la red Pública	U.D.H.				1	1				2
	<u>Pisos con apoyo para TMG</u>	1		3	2	3		1		10
	Asturias Total									

2. Red asistencial:

La Red de Salud Mental se estructura en 8 áreas sanitarias con un coordinador de Área que depende funcionalmente de la Gerencia Especializada de Área, que a su vez depende del Servicio Sanitario de Salud (SESPA)



Organigrama de la red de atención a la salud mental:

Recursos asistenciales de la red de salud mental.

¹ Conciertos de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas

² Las Unidades de Hospitalización de las áreas III, IV y VIII dan soporte a la I, II y VI, respectivamente

³ Unidades de referencia Regional

 INFORME DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ESTRUCTURA FÍSICA	NÚMERO
Centros de Salud Mental. Atención Adultos	16
Centros de Salud Mental. Atención Infanto - Juvenil	4
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Hospital General – Adultos	5
- Camas en funcionamiento	84
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Hospital General – Infantil - Juvenil	1
- Camas en funcionamiento	5
Programa de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimenticia	1
- Camas en funcionamiento	5
Estructuras Intermedias y de Rehabilitación	14
Atención en régimen de 24 horas	7
- Camas en funcionamiento	110
Atención en régimen de hospitalización parcial	7
- Nº de plazas	123
- De Atención Adultos	105
- De Atención a los Trastornos de la Conducta Alimenticia	18
Equipos de Atención a Trastornos Mentales Severos	7
- ETAC	2
- Capacidad Asistencial	650
- Módulo de Atención a los TMS en CSM	5
Unidades de Atención a Toxicomanías	4
Dispensación de Sustitutivos de Opiáceos	3
- Autobús	3
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria de Drogodependencias	2
- Camas en funcionamiento	10
Residencia Meres / La Casita / Hogares Protegidos	7
- Nº de Plazas	61

3. Recursos humanos

Recursos Humanos de la Red de Salud Mental

Categoría	Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	Area VI	Area VII	Area VIII	Total
ASEP- *				51	11				62
Administrativa/o	2	1	4	13	10	1	3	2	36
Aux. Enfermería	8	1	24	29	32	12	18	16	140
D. T. Ocupacional.	1			1	1	1			4
Enfermera/o	8	3	23	54	47	8	13	12	168
Médico Apoyo**				2	2		1		5
Médico Internista				1					1
Monitor Terapia O.			2	7					9
Neuropsiquiatra				1	1				2
Psicóloga/o Clínica	2	1	7	15	10	2	2	2	41
Psiquiatra	4	2	13	30	29	4	8	7	97
Trabajador/a Social	1	1	3	5	3	1	2		16
Total	26	9	76	209	146	29	47	39	581

*Auxiliar Sanitario Especialista en Psiquiatría (Categoría del antiguo Hospital Psiquiátrico, a extinguir)

** Dedicados al Apoyo en el Tratamiento de las toxicomanías

Rehabilitación Laboral:

El modelo de intervención en rehabilitación laboral es de marcado carácter comunitario, dado que no existen Centros de Rehabilitación Laboral propios, o asociados a los Servicios Sanitarios, sino que se utilizan los recursos existentes en la Comunidad, y que están orientados a la población general.

Un Técnico de Inserción Laboral, contratado y adscrito a la Unidad de Coordinación de Salud Mental, se responsabiliza del desarrollo de las diferentes acciones orientadas a la formación y al empleo.

En cada una de las Áreas Sanitarias existe una subcomisión para el desarrollo y seguimiento de dichas acciones, constituidas por el Coordinador /a de Área, Coordinador/a de Enfermería, Técnico de Inserción Laboral de la Unidad de Coordinación de Salud Mental (SESPA) y profesionales de distintas categorías, principalmente enfermeras/os, Trabajadoras Sociales y Terapeutas Ocupacionales.

INFORME DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ACTUACIONES SOCIO SANITARIAS ORIENTADAS A LA INTEGRACION SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL		
	2009	
ACCIONES FORMATIVAS	Benefic.	Nº Acciones
Prog. Formación Ocupacional Especificos	114	13
Prog. Formación Ocupacional Normalizados	54	17
Prog. Practicas en empresa	6	
Prog. de formación Profesional Inicial	2	1
Prog. Escuelas Taller	10	3
TOTAL	186	34
PROY. INCLUSION SOCIAL		
Proyectos de inclusión social	74	4
TOTAL	74	4
PROGRAMAS DE EMPLEO		
Planes Locales de Empleo	28	7
Proyectos de interés social	8	1
Proyectos de Taller de Empleo	3	2
Empleo normalizado	6	4
Integración en CEE	2	2
TOTAL	47	16
ACTUACIONES ALOJAMIENTO		
Viviendas con programa de apoyo	29	9
TOTAL	29	9
ACTUACIONES OCIO Y T. LIBRE		
Diversas actividades	243	18
TOTAL	243	18
TOTAL GLOBAL	579	

Se basan y apoyan en los Programas de Inclusión Social, financiados por la Consejería de Bienestar Social, de Habilidades Sociales, desarrollados a través de entidades mediadoras como FSC – Inserta, AFESA – Asturias – FEAFES y en otros recursos comunitarios normalizados gestionados por el Servicio Público de Empleo y de la Consejería de Educación, así como en la intermediación laboral con empresas de interés y Centros Especiales de Empleo de otras entidades (Fundaciones, Fondos Sociales Europeos, Asociaciones sin ánimo de lucro, Talleres de Empleo de Ayuntamientos etc.)

4. Atención a las Drogodependencias

La Atención a las Drogodependencias está integrada en la Red de Salud Mental (Centros de Salud Mental, Unidad de Atención a toxicomanías), con conciertos a través de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas, para las Comunidades Terapéuticas, Centros de Día y Dispensación de Metadona en Farmacias y Meta-bús. (Ver tabla recursos asistenciales).

La mayoría de los Centros de Salud Mental cuentan con profesionales específicos (Médicos y DUEs) e integrados con el resto de profesionales del equipo de Salud Mental, además de las unidades específicas en la mayoría de las Áreas para la atención a las adicciones (dispensación de Metadona, desintoxicación hospitalaria), siguiendo las directrices de la Unidad de Coordinación de Drogas.

Observaciones a los datos del Cuestionario General:

En Asturias existen 4 Unidades de Infanto-Juvenil. En aquellas Áreas Sanitarias en que no existen Unidades de Infanto-Juvenil se desarrollan programas específicos de atención desde el equipo de la Unidad de Adultos, contando como referente con la Unidad Infanto-Juvenil del Área más cercana. Existe además una Unidad de ingreso hospitalario Infanto-Juvenil de referencia para todas las Áreas Sanitarias.

A nivel de Registro de casos, se considera Primera Consulta cualquier usuario que contactan por primera vez con el Servicio, y Retornos a aquellos que, tras ser dado de alta (por mejoría, curación o abandono) solicita de nuevo consulta después de 6 meses. Por ello los resultados de Primeras Consultas, se han obtenido de la suma de ambos para homogeneizarlos con el resto de las CCAA.

5. Valoración global

Puntos fuertes:

- Asturias cuenta con una RED UNICA de atención a Salud Mental, sectorizada e integrada en los Servicios Especializados de cada Área Sanitaria.
- Desde que se inicia la Reforma Psiquiátrica en los años 80 se han ido desarrollando servicios comunitarios implantados en la comunidad, con camas en los hospitales generales, Estructuras Intermedias y Centros de Salud Mental superando el antiguo Hospital Psiquiátrico que cierra sus puertas en los años 90.
- La implantación de equipos de atención según el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario en dos Áreas Sanitarias.
- Integración de la atención a las toxicomanías y drogodependencias en la Red de salud Mental.
- Unidad de Docencia Multidisciplinar (MIR, PIR, EIR)
- Elaboración de un nuevo Plan Estratégico del 2011-2016

Puntos Débiles:

- Se están reproduciendo formas asilares y cronicantes de atención en algunos de los dispositivos de larga estancia (Comunidades Terapéuticas, Centros de atención 24 horas).
- Derivación de casos graves a dispositivos residenciales de Tercera Edad.
- Disparidad de criterios en las formas de actuación e intervención según el Área Sanitaria. Falta de equidad.
- Escasa participación de los profesionales en los modelos asistenciales. Falta de motivación.
- Deterioro del funcionamiento de los equipos interdisciplinarios con tendencia a la medicalización como única respuesta a la demanda.
- Escasa coordinación con Atención Primaria, con el consiguiente desbordamiento de los equipos ambulatorios por la demanda de patologías leves, en detrimento de la asistencia a la patología grave que se descarga en las Estructuras Intermedias.

AGRADECIMIENTOS:

A la Unidad de Coordinación de Salud Mental.

Informe descriptivo

ISLAS BALEARES

**Informe de la Junta Directiva de la
Associació Balear de Salut Mental**

Elaborado por

Maite García Soriano y Mariluz Pradana Carrión

Illes Balears

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo:

Los servicios sanitarios de atención especializada en Salud Mental en la Comunidad autónoma de las Illes Balears se organizan bajo las directrices de la “Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears”. En su presentación, se apunta que se trata de “un documento de referencia sobre las medidas a desarrollar en materia de salud mental”. A continuación añade: “La Estrategia de Salud Mental será el documento que nos indique el camino a seguir en el desarrollo de nuestra red de salud mental”. Este planteamiento podría excusar la falta de firmeza en la implementación de propuestas concretas. Su vigencia comenzó en 2006 y finalizó en 2010.

En esta comunidad, no hay red de servicios de atención sociosanitaria para la atención a la salud mental. Tampoco hay unidades de gestión específicas o planes de atención para personas con enfermedad mental que dependan de administraciones de Bienestar Social, más allá del uso que estas personas hacen de los servicios generales de atención a la discapacidad.

La regulación legal de la red sanitaria se ejerce a través de la siguiente normativa:

Decretos:

- 37/2001 de creación del Fòrum de salud mental
- 29/2002 de estructura orgánica del Server Balear de Salut
- 34/2002 que modifica el Decreto 86/200, que modifica los Decretos 86/2000 y 192/1996 de organización del Server Balear de Salut (SERBASA) y Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA).
- 99/2002, de 19 de julio, de ordenación de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears

Órdenes:

- 11/4/2002 de funciones de la Conselleria de Salut i Consum
- 7/5/2004 por la que se regula la Comisión Institucional de Salud mental y el Comité Técnico asesor de salud mental de las Illes Balears.
- 10/5/2004 por la cual se crea el Consell Asesor de la Salut Mental.
- 7/3/2005 que modifica la Orden de la Consellera de Salut i Consum del 10/5/2004 por la cual se crea el Consell Asesor de la Salut Mental.
- 23/1/2006 por la cual se modifica la Orden del 7/5/2004 por la cual se regula la Comisión Institucional y el Comité Técnico de Salud Mental de las Illes Balears.

Planificación y gestión:

La organización y la gestión de la atención a la Salud Mental en la comunidad reciben la supervisión del Coordinador Autonómico de Salud Mental, aunque no se dispone de un Servicio de Planificación Autonómica como tal.

Bajo su competencia se encuentran las entidades específicas de Gestión en Salud Mental que se integran en estructuras de Gerencia de Área (tanto en servicios de atención especializada como de atención primaria).

Existen contratos de gestión con tales gerencias, cuya administración es pública: Ib-Salut, GESMA, gerencias de los Hospitales Son Dureta, Son Llätzer, Inca y Manacor (Mallorca), Mateu Orfila (Menorca) y Can Misses (Ibiza) y la gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

Por último, aunque la financiación es pública, no existe un presupuesto específico para salud mental.

2. *Red asistencial*

Red sanitaria:

Los servicios sanitarios en Baleares se dividen en seis áreas sanitarias: cuatro en la isla de Mallorca: Son Dureta y Son Llätzer en Palma de Mallorca, Manacor e Inca; una en la isla de Menorca y otra en las islas de Ibiza-Formentera.

Aunque la atención a la Salud Mental en estas seis áreas es pública, son distintos los organismos que las gestionan (GESMA, IBSALUT, Fundación Hospital Son Llätzer, Fundación Hospital Manacor, Can Mises y la Fundación del Hospital Mateu Orfila).

En nuestra comunidad disponemos de ocho Unidades de Salud Mental (USM), distribuidas territorialmente que brindan atención ambulatoria a personas mayores de 18 años. Hay una en cada área sanitaria y dos en cada área de Palma de Mallorca. Todas tienen localización comunitaria.

Para la atención a menores, se dispone, de dos unidades de atención ambulatoria (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, USMIJ), una de carácter suprasectorial para la isla de Mallorca y otra en Ibiza. No hay ninguna en Menorca. De la USMIJ depende la Unidad Terapéutico-Educativa de Soporte, creada por un convenio entre la Consellería de Sanidad, la de Educación y Servicios Sociales. Se trata de un equipo de atención a la enfermedad mental en niños y adolescentes, compuesto por personal sanitario y educativo que da respuesta a la necesidad del niño de seguir un ritmo ininterrumpido de su escolaridad mientras recibe tratamiento en salud mental.

Todas las USMs cuentan con un equipo multiprofesional y mantienen coordinaciones periódicas con otros dispositivos de la red sanitaria. En el caso de la USMIJ también se efectúan coordinaciones con servicios jurídicos y educativos. Las USMs están gestionadas por Atención Primaria (AP), y los profesionales, excepto los psiquiatras, están contratados por AP.

Los ingresos hospitalarios se realizan en total en seis unidades de hospitalización breve (UHB) para adultos (en cada uno de los sectores sanitarios de la comunidad) y una para población infanto-juvenil, en el hospital de referencia. Se cuenta además con un servicio de ocho camas para personas con trastorno de conducta alimentaria (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, UTCA). Este dispositivo de atención específica se estructura como un recurso suprasectorial que ofrece, además hospitalización parcial (12 plazas) y consultas externas.

También gestionado por la gerencia de atención especializada hospitalaria existen dos programas piloto de tratamiento en la comunidad: Equipos de Seguimiento Asertivo Comunitario (ESAC) en las áreas sanitarias del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca y Hospital Can Misses de Ibiza.

Para la hospitalización parcial de adultos se dispone en la comunidad de cinco Hospitales de Día de Psiquiatría (Hospital Son Dureta, Hospital Son Llàtzer, Hospital de Inca, Hospital Mateu Orfila y Hospital Can Misses), en los que se dispone de programas para tratamiento de trastornos de personalidad y ofrecen servicios de psicoterapia individual, grupal y familiar, entre otros. Todos dependen de la gerencia del hospital general al que pertenecen.

Los servicios de atención terciaria están en su totalidad gestionados por Gerencia Sanitaria de Mallorca (GESMA). Se trata de un organismo público de gestión sanitaria heredero de la dirección del antiguo hospital psiquiátrico, situado en Palma de Mallorca, que perteneció al Consell de Mallorca y anteriormente a la antigua Diputación Provincial. Las cuatro Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR) correspondientes a las cuatro áreas sanitarias de la isla de Mallorca dependen de GESMA y están situadas en ámbitos comunitarios. En la isla de Menorca existe una UCR. No hay en Ibiza-Formentera. En total, se dispone de 140 plazas en todas las Illes Balears.

Los servicios de rehabilitación laboral (cuatro en toda la comunidad) tienen diversas entidades administradoras, perteneciendo sólo uno de ellos a la Conselleria de Salut y los demás a asociaciones de familiares.

La hospitalización de rehabilitación se organiza en tres dispositivos de media estancia (UME) y uno de subagudos. Éste último y dos UMEs pertenecen al Área de Salud Mental de GESMA, que se ubica en el recinto del Hospital Psiquiátrico. Hay otra UME en Menorca. Hacen un total de 87 camas. Además, existen dos uni-

dades de Larga Estancia: la Unidad de Rehabilitación de Larga Estancia (ULE) y la Unidad de Estabilización y Rehabilitación para la Integración de Tratamientos Especiales (ITE), también situadas en el Hospital Psiquiátrico.

No se dispone en les Illes Balears de un programa específico de soporte domiciliario. Fundamentalmente, el programa residencial se localiza en la isla de Mallorca y está gestionado por el Servicio de Atención Residencial Comunitario (SARC) que depende de GESMA, con 39 plazas entre pisos supervisados y tutelados y 32 plazas en dos miniresidencias. En Ibiza existen 8 plazas en pisos tutelados para TMG que dependen del Consell Insular de Ibiza. No hay soporte residencial en Menorca. En el cuestionario sólo está registrado el personal de GESMA.

Existe un psicogerítrico dependiente de la misma entidad administradora, que cuenta con 60 plazas y también está situado en el Hospital Psiquiátrico.

También pertenece a la gestión de GESMA el único servicio de soporte a la inserción laboral (SSIL), que se ocupa de las habilidades previas a la inserción laboral, pero que, sin embargo, no persigue objetivos de rehabilitación laboral, orientación vocacional o ayuda a la búsqueda de empleo; es el único registrado en el cuestionario.

En el Área de Salud Mental de GESMA (Hospital Psiquiátrico) hay un departamento de Laborterapia para pacientes ingresados, que también reciben derivaciones de otros dispositivos. También cuenta con un Club Social (hospitalario) para los pacientes ingresados.

USMC	USMI-J	URSM	UHSM	CTSM	HDSM	PTAC	UTCA
8	2	5	7	-	5	2	1

Red sociosanitaria:

No existe una red integrada de servicios sociales y sanitarios.

El único dispositivo que se consideraría dentro de la red sociosanitaria es la Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol (UPRA), situada en el Hospital Joan March, con gerencia de GESMA.

Las empresas sociales, dos en Mallorca y una en Menorca, y los recursos de ocio y tiempo libre, con dos clubes sociales comunitarios, pertenecen a asociaciones de familiares. No sabemos el número de plazas de las que disponen. Existe un convenio entre asociaciones de familiares y el Ayuntamiento de Palma de Mallorca para la inserción laboral de personas con TMG en empresa ordinaria. La Fundación Deixalles, dependiente de Cáritas, tiene unas pocas plazas para per-

sonas con TMG en Mallorca. Desconocemos la existencia de este tipo de recursos en Ibiza y Formentera. Igualmente, desconocemos el número de personal de todos estos dispositivos y por tanto no están contabilizados en el cuestionario.

Tampoco existe ninguna organización tutelar pública ni privada específica para personas con enfermedad mental.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
RESIDENCIAL	Casas hogar (Miniresidencias)	2	32
	Viviendas supervisadas	12	40
	Pensiones (con plazas en convenio)	0	0
	Residencias generales (con plazas en convenio)	0	0
OCUPACIONAL-LABORAL	Talleres Ocupacionales	1	-
	Empresas Sociales	3	-
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo	1	-
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales	3	-
TUTELAS	Entidades Tutelares	0	0

3. Recursos humanos

Red sanitaria

Atención a la salud mental de adultos

	Nº	Psiqui at.	Psicol. clínica	Enferm	Trab. Social	Ter. Ocup	Aux. Enfer	Monit Ocup	Aux. Adm.	Otro
USM	8	27	23	16	9	0	0	0	8	0
UHB	6	14	1.5	64	1	0.5	52	0	2	0
UTCA	1	1	1	8	0.25	0	6	0	0.5	0
HD	6	8	6.5	6	0.5	4	3	0	0	0
ESAC	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0
Total	23	52	32	95	11.75	4.5	61	0	10.5	0

Atención a la salud mental infanto-juvenil

	Nº	Psiqui at.	Psicol. clínica	Enferm	Trab Social	Ter. Ocup	Aux. Enfer	Monit Ocup	Aux Adm.	Otro
USMIJ	2	9.5	8.5	5	4	0	0	0	4	0
UHBIJ	1	1	1	5	0.25	0	4	0	0.5	6.25
UTES	1	1	0	1	0.5	0	0	0	0	3*
Total	5	11.5	9.5	11	4.75	0	4	0	4.5	9.25

*3 (1 maestro, 1 profesor y 1 orientador) están contratados por la Conselleria de Educació en la UTES

Dispositivos comunitarios de rehabilitación del TMG

	Nº	Psiqui at.	Psicol. clínica	Enferm	Trab. Social	Ter. Ocu	Aux. Enfer	Monit Ocup	Aux admin.	Otro
UCR	5	4.25	5	3	4.5	4	0	21	4	0.5
Progr. resid.	2	0	1	0	2	0	0	41	1	2
SSIL	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4
Total	7	4.25	6	3	7.5	4	0	62	6	6.5

En el Programa residencial sólo está contabilizado el personal de Mallorca (SARC), dependiente de GESMA y por tanto, sanitario. El epígrafe “Otros” se refiere a dos psicólogos (sin especialidad en clínica); GESMA no recatologa dichas plazas al considerar que no realizan funciones clínicas.

En el Programa formativo-laboral sólo está contabilizado el personal del SSIL, también dependiente de GESMA. Así mismo, “Otros” se refiere a un psicólogo y tres preparadores laborales.

Dispositivos hospitalarios del TMG

	Nº	Psiqui iatria	Psic clínica	Enfermeria	Trab. Social	Ter. Ocup	Aux. Enfer	Monit. Ocup.	Aux Adm	Otro
UME + Subagu.	4	6.25	5	11**	2.5	1	35**	0	0	0
ULE	2	1	1	4	0.5	1	21	0	0	0
Psicoge.	1	0	1	5	1	0	24	0	0	0
Laborter.	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0
Total	7	7.25	7	20**	4	2	80**	0	0	0

**Falta contabilizar de la UME de Menorca

En total, el número de profesionales de la red sanitaria en les Illes Balears es:

Psiquiatr.	Psicol. clínica	Enferm.	Trab. Social	Terapia Ocupac	Auxiliar Enf	Monitor Ocupac	Aux Adminis.	Otros
75	55.5	129**	30	10.5	145**	65	20	18.75*

*3 están contratados por la Conselleria de Educació en la UTES

**Falta contabilizar de la UME de Menorca

De programas residenciales y formativo-laborales sólo está contabilizado el personal dependiente de gerencias sanitarias.

Red sociosanitaria

La UPRA está formada por un médico internista, dos médicos generales, un psicólogo clínico, un turno de enfermería y otro de auxiliares de enfermería.

4. Atención a las Drogodependencias

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
ATENCIÓN SOCIOSANTARIA	Centros de encuentro y acogida	1	-
	Centros de tratamiento ambulatorio	14	-
	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	2	15
	Comunidades Terapéuticas	3	-
	Viviendas de apoyo al tratamiento	-	-
	Viviendas de Apoyo a Enfermos de Sida	2	15
INCORPORACIÓN SOCIAL	Viviendas de Apoyo a la Inserción	-	-
	Centros de Día	3	-

La red de atención a las drogodependencias depende de varias entidades y no está incluida en la red de atención a la salud mental. La Conselleria de Salut i Consum cuenta con el Plan de Adiciones y Drogodependencias de les Illes Balears (PADIB).

El tratamiento ambulatorio se realiza en los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD), gestionados cinco de ellos en Palma de Mallorca por Servicios Centrales de GESMA (Conselleria de Salut i Consum), seis en el resto de la isla de Mallorca por el Consell Insular de Mallorca, dos en Menorca por el Consell Insular de Menorca y uno en Ibiza por el Consell Insular de Eivissa i Formentera. El personal de cada CAD es variable y de diversa contratación, pero en esencia está formado por médico (no especialista), psicólogo (no clínico), trabajador social, enfermera y auxiliar administrativo. En los CAD de Palma de Mallorca hay un psiquiatra interconsultor que pertenece al Área de Salud Mental de GESMA. Cuenta con dispensarios de administración de metadona. El personal de los CADs no está contabilizado en el cuestionario.

Hay dos Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. La de drogodependencias está incluida en la UHB del Hospital Son Dureta y se ha ido desmantelando en los últimos años, contando en la actualidad con una cama para ingresos. Su personal pertenece a la UHB y por tanto es sanitario. La Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol (UPRA) está situada en el Hospital Joan March, que pertenece al Área Sociosanitaria de GESMA y cuenta con 14 camas y personal sanitario.

El Proyecto Hombre (PH) cuenta con Centros de Acogida y Comunidades Terapéuticas en la isla de Mallorca (tres en total). En Mallorca, Menorca e Ibiza hay Centros de Reinserción, que ofrecen también programas de tratamiento ambulatorio y centros de día, tanto para población adulta como programas específicos para jóvenes. Así mismo, gestiona un albergue y un centro de día, cuya titularidad es del Consell de Mallorca. Desconocemos plazas, número de profesionales y la existencia o no de viviendas de apoyo al tratamiento o a la inserción. Hay alguna comunidad terapéutica vinculada a asociaciones religiosas de las que tampoco tenemos más información y por ello no computamos en el total.

La Asociación Siloé cuenta con dos casas de acogida para enfermos de VIH en la isla de Mallorca, concertadas con y dependientes del Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

5. *Valoración global*

Puntos fuertes:

- La asistencia en salud mental es un servicio público cuya asistencia compete a la administración pública y dependiente de la Conselleria de Sanitat, lo que

sin duda asegura una atención con garantía de calidad, aparte de facilitar la gestión de partidas presupuestarias y la coordinación entre organismos administradores.

- El desarrollo de dos servicios piloto de seguimiento asertivo comunitario (ESAC), aunque son necesarias algunas mejoras para maximizar su funcionamiento, como por ejemplo la incorporación de profesionales de otras disciplinas. Esto permitiría formar equipos de dedicación específica y ampliar las posibilidades de intervención de estos programas en más ámbitos de intervención (como el apoyo para la integración en recursos comunitarios, desarrollo de habilidades de afrontamiento en el contexto real, recuperación de hábitos de autonomía social, acompañamiento en situaciones de conflicto interpersonal...). Éste será uno de los caminos abiertos para la potencial ampliación de la asistencia en salud mental de nuestra comunidad y para su creación en todas las áreas sanitarias, de acuerdo con la línea de desarrollo número 6, planteada en la Estrategia de salud mental.

- La creación de la Unidad Terapéutico-Educativa de Soporte, recurso necesario que asegura un tratamiento más adecuado de los niños y adolescentes con trastorno mental.

- Se han llevado a cabo ajustes de personal, aunque en medida tan mínima que igualmente se podría valorar como la mayor debilidad del sistema. Sin embargo, apuntamos una expectativa de mejoría en este aspecto a lo largo de los próximos años.

- En la mayoría de dispositivos se utilizan Sistemas Informatizados de Registros y su implantación va en aumento.

Puntos débiles:

- Se observa un crecimiento cero en recursos intermedios de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria. Sería conveniente la ampliación de estructuras de soporte residencial, rehabilitación y reinserción laboral y recursos de ocio y tiempo libre.

- También es llamativa la necesidad de recursos de hospitalización parcial de niños y adolescentes, de acuerdo con lo previsto en la línea estratégica número 6.

- Se considera una trasgresión de los principios de la intervención comunitaria lo que se ha definido como "Atención integral al TMG en las Unidades Comunitarias de Rehabilitación". El ajuste y administración de la medicación está incluido en las guías de práctica clínica como una actividad propia de servicios de asistencia de segundo nivel. Sin embargo, el desarrollo de habilidades de gestión y automanejo de la enfermedad (y no la mera administración de la medicación) sí constituye un objetivo propio de servicios de tercer nivel. Se valora que la farmacologización producida en las unidades de rehabilitación lleva a una confusión de

la filosofía y los principios marco de la atención en dispositivos de rehabilitación psicosocial.

- Se carece de programas de atención comunitaria en crisis para TMG. El seguimiento en el medio comunitario es deficitario (ver más arriba ESAC), con amplio margen de mejora.

- Una línea desarrollada en otras comunidades es la intervención temprana en la psicosis. Se espera una futura implementación de protocolos de actuación.

- La atención a las drogodependencias no es unitaria y se dan desigualdades entre diferentes dispositivos. Se considera que mejoraría la atención si estuviera integrada en la misma red y coordinada de manera más reglada con la red de atención a la salud mental.

- No existe un programa específico de atención a la patología dual, ya propuesto en la línea estratégica número 6.

- Al parecer, los programas de prevención y promoción de Salud Mental son escasos. Una acción positiva sería la potenciación de trabajo conjunto entre profesionales de atención especializada y primaria, formulación ya descrita en la línea estratégica número 7.

- Los Sistemas Informatizados de Registros en la Red de atención a la salud mental se encuentran compartimentalizados por gerencias y sin conexión funcional entre ellos.

- El cuidado de los trabajadores y la justicia en la aplicación de las leyes que definen las categorías profesionales es una línea estancada en estos momentos en esta comunidad autónoma (se sigue a la espera de la recatalogación de plazas de psicología clínica y de enfermería especialista en salud mental). Nota: las últimas informaciones apuntan a una pronta resolución.

- Por último, la integración de recursos laborales y de atención social en un Plan sociosanitario podría mejorar la organización y coordinación de dichos recursos. Así mismo, ayudaría a las asociaciones de familiares y de usuarios una línea política más clara en el apoyo a sus iniciativas.

AGRADECIMIENTOS:

Isabel Salvador Sánchez, anterior responsable del Observatorio por la ABSM.

Joan Salvà Coll, Coordinador Autonómico de Salud Mental.

Magdalena Crespí Font, Alicia González Guillén, Ovidio Fernández Alonso y Rosa García Cabello, por su amabilidad al ofrecer su tiempo y los pedazos de información solicitada.

Informe descriptivo

CANARIAS

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Canaria de Neuropsiquiatría**

Elaborado por

**Francisco Rodríguez Pulido y
Margarita Hardisson Duque**

Canarias

1. Modelo de atención a la Salud Mental:

En 1992 se realizaron las transferencias en materia sanitaria a nuestra Comunidad. El presupuesto sanitario per cápita de la Comunidad Canaria en el 2011 es de 1.135,75 €. (2010; 1.295,36 €). Las tarjetas sanitarias adscritas al Servicio Canario de la Salud a diciembre del 2009 fueron de 1.951.280. Canarias carece de un Plan específico en Salud Mental. Recientemente, se constituyó una comisión técnica para incorporar la Estrategia Nacional en Salud Mental al III Plan de Salud de Canarias, sin que, el mismo haya sido enviado y ratificado por los órganos legislativos ni cuenta con ficha financiera ni un sistema de evaluación sistemático.

No hay un presupuesto específico de Salud Mental. Este presupuesto, estimamos que puede ser variable, según la influencia que ejerce el sector y la demanda social. En su gestión económica, la Consejería de Sanidad no lleva una contabilidad analítica. Es difícil calcular y saber realmente el porcentaje total que dedica la Sanidad Canaria a la Salud Mental. En nuestra Comunidad existe una Comisión Asesora Regional en Salud Mental, con amplia composición insular, institucional y social, de carácter consultivo anual, que durante el 2010, no fue convocada. No se ha desplegado una organización de los servicios en base a jefaturas de secciones.

Nuestra Comunidad cuenta con un Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RCPC), que pretende responder a la necesidad de disponer de un sistema unificado de información en Atención a la Salud Mental, para conocer de forma periódica la utilización y actividades de la Red de Atención a la Salud Mental en Canarias. Los Planes Estratégicos de Investigación de Sanidad están integrados en Fundaciones, que se localizan en las Unidades de Investigación de los grandes hospitales, en Gran Canaria, en el Hospital Dr. Negrín y en Tenerife en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. La Jefatura Regional de Salud Mental ha creado una Unidad de Investigación centralizada, al parecer, con funciones dinamizadoras dirigidas a promover la investigación en el sector de la salud mental, que en el 2009, consistió en 12 proyectos, desconociendo si han sido subvencionados todos ellos.

Para una mejor visión de las prioridades de la demanda en salud mental en Canarias, realizada por los responsables de los Servicios de Salud Mental, puede consultarse la Declaración del Hierro en ascane.info. Este encuentro institucional se realizó en el 2008, promovido por la Jefatura Regional de Salud Mental. Muchos de estos acuerdos están pendientes de ejecutar.

No hay ningún tipo de subvención destinados a las Sociedades Científicas ni se consulta con periodicidad a las organizaciones profesionales.

2. *Red de Atención a la Salud Mental*

El Servicio Regional de Salud Mental no está integrado en las estructuras gerenciales de área, reservándose solo competencias en planificación. No existen las Unidades de Gestión Clínica ni Planes Estratégicos de Calidad. Como instrumento de información y análisis se ha ido extendiendo a todas las islas y recursos el RECAP (registro acumulativo de casos psiquiátricos). Hay pasos parciales de realizar una gestión clínica por procesos en salud mental. La relación del Servicio Canario de Salud con las gerencias hospitalarias se realiza a través de los contratos/programas donde se fijan las acciones anuales en cada isla en Salud Mental.

Red de Servicios Sanitarios

La atención a la salud mental forma parte de la red de atención especializada del Servicio Canario de la Salud. En la organización de la atención en salud mental hay una ordenación funcional sectorizada. La relaciones entre los distintos dispositivos de Salud Mental entre si y con otros dispositivos se realiza mediante una coordinadora funcional donde participan los responsables de salud mental.

La distribución de los equipos comunitarios de salud mental y las camas de corta y larga estancia se realizan de forma sectorizada, siguiendo un criterio fundamentalmente demográfico. Hay 24 Unidades de Salud Mental distribuidas territorialmente. La actividad de consultas se realiza desde las USMC y su número en Canarias asciende a 24 distribuidas por todo el territorio, más 4 Unidades específicas de Infanto-Juvenil (Tabla 1). En ellas, se atiende al 100% de la población, de las Áreas de Salud respectivas, que demanda este tipo de asistencia, tras haber sido atendidos con anterioridad en sus respectivos centros de Atención Primaria. Su actividad asistencial de las USMC en el 2009 fue de 276.881 consultas. Los equipos son multiprofesionales, pero sin dinámica de trabajo interdisciplinar. Asimismo actualmente (2010) Canarias cuenta con 4 Unidades específicas de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ). Los protocolos existentes son los de cuidados físicos del trastorno mental grave, terapia electroconvulsiva, los trastornos de la conducta alimentaria, y el proyecto SAMAP (mejora de la calidad del abordaje de los trastornos mentales comunes en la atención primaria).

En Canarias hay 7 Unidades de Internamiento Breve (UIBs), con 156 camas, ubicadas en los Hospitales de cada Área de Salud. El número de estancias totales en la comunidad en el 2009 fue de 49.921. Algunas de estas Unidades, además de atender las Interconsultas de patología psiquiátrica de otros Servicios Hospitalarios, incluidas las Urgencias, trabajan en Programas como Cirugía Bariátrica, VIH

e infecciones, Valoración de trasplantes de donantes vivos, Valoración previa a un trasplante hepático, Rehabilitación cardíaca, Psicooncología. También se dispone de 53 camas de media estancia, sumando las de Gran Canaria y Tenerife. Y por otro lado, en el área de Tenerife se cuenta con 70 camas de estancia prolongada (URA) y en Gran Canaria 90 camas ubicadas en un dispositivo denominado Unidad de Clínica y Rehabilitación (UCyR).

En la tabla 1 podemos observar la distribución de recursos y plazas en sus diferentes modalidades:

Tabla 1. *Tabla resumen de Recursos Sanitarios en Salud Mental de la Comunidad Canaria.*

USMC	USMI-J HDIJ	UIBs	UME/USA	URA/UCyR	CRPS	ECA	EMOSAN
24	4/2 (90)*	7 (156)*	2 (53)*	2 (162)*	18 (270)*	3 (222)*	1

*Camas o plazas según el recurso de referencia. Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

Todos los recursos sanitarios y algunos que realizan su trabajo en el ámbito sociosanitarios, como el Equipo Comunitario Asertivo (ECA), o el EMOSAN, están integrados funcionalmente en el Servicio Canario de la Salud (SCS). Los Cabildos Insulares, a diferencia de otros periodos, no tienen competencias en materia sanitaria. Las carteras de servicios de las USMC y de las Unidades de Hospitalización son coincidentes con las del SNS y están publicadas en el BOE correspondiente. Se está elaborando la digitalización de la historia clínica, pero los recursos carecen de recursos informáticos. La oferta de programas de formación institucional han mejorado con la celebración en el 2009 de 51 seminarios con una media de 25 profesionales por seminario con un coste de 189.405€.

Red sociosanitaria

En el ámbito de los trastornos mentales graves, las acciones que se han emprendido durante el 2005-2010 han sido a través de los Planes Insulares de Rehabilitación (PIRP), que fueron posteriormente integrados parcialmente y financiadamente en el PAD. La financiación de este Plan corresponde a la Administración Pública de Canarias: 1/3 Consejería de Sanidad, 1/3 Consejería de Bienestar Social y 1/3 a los Cabildos Insulares. Los Ayuntamientos colaboran facilitando infraestructuras. La gestión de estos recursos la realiza el IASS en las islas capitalinas.

Esta institución, por medio de una gestión indirecta, ha cedido la gestión de los recursos de alojamiento residencial y/o centros de día (de rehabilitación y ocupacionales) y de integración laboral a ONG'S, empresas privadas o sociedades insulares de carácter público. La planificación, supervisión, seguimiento y evaluación de los recursos destinados a las personas con Trastorno Mental Grave corresponde a un órgano de carácter insular denominado Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). En este organismo, participan la Administración Pública Canaria y las organizaciones no gubernamentales. Cada uno de estos organismos, cuenta con un responsable técnico en Salud Mental, que son los directores de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP).

El desarrollo de la red de rehabilitación es desigual entre las islas y el modelo de atención entre todas las partes implicadas tiene matices diferenciadores entre las islas. No obstante, en estos últimos cinco años, se ha experimentado un avance sustancial, sobre todo en Gran Canaria y Tenerife, detectándose dificultades de implementación de recursos en otras islas, que puede observarse en la siguiente tabla.

Tabla 2. *Recursos sociosanitarios en Salud Mental destinados a las personas con TMG de la Comunidad Canaria (2009).*

PLAN SOCIO-SANITARIO	PLAZAS DE NUEVA CREACIÓN			PLAZAS CREADAS			PLAZAS PENDIENTES		
	Residenciales	A. Tutelado	E. Diurna	Residenciales	A. Tutelado	E. Diurna	Residenciales	A. Tutelado	E. Diurna
Tenerife	108	140	58	82	140	58	26		
Gran Canaria	126	92	60	126	92	30			30
La Palma	11	7			7		11		
La Gomera	2	4					2	4	
El Hierro	6		6				6		6
Lanzarote		19			4			15	
Fuerteventura		4			4				
Total Canarias	253	266	124	208	247	88	45	19	36

Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS. Plan de Atención a la Discapacidad (PAD), IASS. CIRPAC de las Islas.

Como hemos observado en Canarias existe un total de 208 plazas residenciales, 247 de alojamiento tutelado y 88 de atención diurna. La casi totalidad de estas plazas se encuentran localizadas en las islas de Gran Canaria y Tenerife.

3. Recursos humanos

Red de atención sanitaria

En las USMC del adulto, están contratados 238 profesionales, siendo su distribución por profesiones, véase tabla 3, como pueden observarse:

Tabla 3. Recursos humanos en las Unidades de la Salud Mental de Canarias (2009)

USMC	Psiqu.	Psicól.	Enfermeros	Aux. Clínica	Aux. Adm..	Trab. Social	Celador	Total
Tenerife	21	17	15	12 (1**)	10 (1**)	7 (3**)		82
Gran Canaria	25	20(*)	23	16	12	8	1	105
Fuerteventura	3	3	3	2	2	2		15
Lanzarote	2	4	2	2	3	1	2	16
La Palma	2	2	2	2	1	1		10
La Gomera	1	2(*)	1	1		1		6
El Hierro	1	1	1			1(*)		4
Total Canarias	55	49	47	35	28	21	3	238

Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS.

Asimismo la distribución de recursos humanos en las UIBs y UIEs, puede verse en la tabla.

Tabla 4. Distribución de los recursos humanos de las UIBs+UIE de Canarias (2009)

	Psiqui atras	Psicólogo gos	Enferme ros	T. Social	Aux. Enferm	Aux. Adm	Cela dores	T. Ocupa cional
Tenerife	11+4	2 (*) +4	35(*) +1(*)	2(1**) (1**)	41	3(2**)		1
La Palma	2	1	6		5			
Gran Canaria	10+5	4(2**)+4 (2**)	37+2	2	52	3(*)	13	2
Lanzarote	2		8		5		5	1(*)
Fuerteventu ra	1	1	7	1(**)	3	1(**)	4	

(*) a tiempo parcialmente; (**) compartido; Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

En cuanto, a la distribución de recursos humanos, véase tabla 5, referentes a las Unidades de Media y larga Estancia son los siguientes:

Tabla 5. *Distribución de los recursos humanos de las Unidades de Media y larga Estancia en Canarias (2009)*

	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeros	T. Social	Aux. Enferm	Aux. Adm	Celadores	Monitores
URA/USA Tfe	7	2	20 (23?)	3	52	2		2
UCYR GC	4	3 (**)	19	2	39	1	16 (*)	5
UME GC	3	1	9	1	39	1	16 (*)	1

(*) compartidos;(**) 1 media jornada; Fuente: Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

Red de atención sociosanitaria

La distribución de los recursos humanos dependientes del SCS, véase tabla 6, que prestan sus servicios en los diferentes recursos de rehabilitación psicosocial son los siguientes:

Tabla 6. *Distribución de los recursos humanos del SCS en los dispositivos de rehabilitación comunitarios (2009)*

	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeros	T. Social	Aux. Enferm	Aux. Adm.	Celador	T. Ocupacional
Tenerife	3	6	11	4	1			
La Palma		2(*)	2		2			
Gomera	0	0	0	0	0	0	0	0
Hierro	0	0	0	0	0	0	0	0
Gran Canaria	3(**) 1 médico de familia (**)	6	18	4	2	1	0	6 monitores (2 en PAE y 4 en Casa Marino)
Lanzarote		1						
Fuerteventura		1	1(*)					

(*) a tiempo parcial, (**) 1 compartido; Jefatura Regional de Salud Mental del SCS

Hay otra cantidad de profesionales, cuya importancia es significativa, financiados con presupuesto público a través del PAD, o por los Ayuntamientos, cuya

gestión de contratación la realizan las entidades del tercer sector y ONG, referidos a cuidadores, educadores, integradores sociales, técnicos de empleo, y integradores de ocio y tiempo libre, de lo que no disponemos información fiable.

4. Atención a las Drogodependencias

La red de atención a la drogodependencia no está integrada en la red pública de Salud Mental. EL Foro Social en Defensa de la Salud Pública en Canarias ha presentado, véase ascane.info, una iniciativa popular parlamentaria, donde en unos de sus puntos se recoge y se apuesta por esta vieja aspiración de las sociedades científicas. Existen distintos modelos de atención a las drogodependencias en cada una de las Islas Canarias. Sin ficha financiera, se acaba de aprobar el III Plan Canario de Drogas y los anteriores planes, su evaluación de su grado de ejecución, no han sido publicados. Hay una tendencia a desarrollar esfuerzos de coordinación y participación conjunta entre la red de drogodependencias y la red de atención especializada de salud mental pero estos lazos son muy débiles y no sistemáticos.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº
ATENCIÓN SOCIOSANTARIA	Servicios de Información	3
	Centros de encuentro y acogida	2
	Unidades Ambulatorias de atención drogodependencias (UAD)	31
	Unidades Hospitalaria de desintoxicación (UHD)	3
	Comunidades Terapéuticas	5
	Programa de Metadona	21
	Programas Centros Penitenciarios	5
INCORPORACIÓN SOCIAL	Viviendas de Apoyo a la Inserción	---
	Centros de Día	4

Fuente: Directorio Gobierno de Canarias. Consejería Sanidad. Dirección General de Atención Drogodependencias (2010)

5. Valoración global

En la primera mitad de la década de los noventa, la integración de la salud mental en el sistema sanitario fue favorecido por las transferencias sanitarias del

Estado a la Comunidad Autónoma. La integración y dependencia de las competencias en salud mental en la Conserjería de Sanidad y su gestión por el Servicio Canario de la Salud ha garantizado la equidad de las prestaciones sanitarias en materia de salud mental. La disminución de los presupuestos sanitarios per cápita en el 2011 de promedio (1.288,58) en el conjunto del país es del 4,11%, pero también con unas desviaciones amplísimas entre comunidades. La disminución del 12,3% en Canarias, es la mayor, mientras que 6 CCAA no llegan al 1%. Esto afectará a la política de creación de nuevos recursos sanitarios en las islas. También el crecimiento de la población tiene un efecto sobre el presupuesto per cápita. Es obvio que un aumento de la población canaria en la última década ha supuesto inevitablemente una mayor demanda de servicios sanitarios, no creciendo la financiación sanitaria, en la misma medida.

El desarrollo del I Plan de Salud y los PIRP/PAD han permitido en los últimos veinte años salir del atraso de recursos humanos y materiales en el ámbito de la salud mental que padecía nuestra comunidad. El papel jugado por los profesionales, los familiares, y las organizaciones cívicas, han sido de vital importancia, para alcanzar el grado de desarrollo y madurez existente actualmente, haciendo muchas veces cambiar las decisiones de los gestores y planificadores, acercando a estos más a la realidad asistencial. La Conserjería de Sanidad carece de una contabilidad analítica en su gestión económica. Es difícil calcular y saber realmente el porcentaje total que dedica la Sanidad Canaria a la Salud Mental. No existe ningún Plan de Salud Mental vigente, aunque se toma como referencia para algunas actuaciones el II Plan de Salud Mental, que nunca fue refrendado por el Parlamento. Aunque existen órganos consultivos del Gobierno en materia de salud mental, estos han entrado en una dinámica decreciente de participación. Hay un esfuerzo por incorporar la Estrategia Nacional en Salud Mental a las acciones de la Consejería, pero se carece de ficha financiera definida. No existen las Unidades de Gestión clínica basada en procesos ni Planes Estratégicos de Calidad. El resultado del RECAP, hasta ahora ha sido vivido como trabajo administrativo impuesto a los facultativos siendo necesario hacer un esfuerzo por transmitir su utilidad clínica y asistencial e insertarlo realmente en la gestión por procesos. La Jefatura Regional de Salud Mental ejerce su acción atrapada entre la Dirección de Programas Asistenciales, que ejecuta la política de la conserjería en materia sanitaria y las gerencias hospitalarias, que ejecutan los presupuestos y las acciones, pero con una visión con escasa sensibilidad asistencial comunitaria.

En el informe del 2004 del Observatorio de la AEN en salud mental, el total de profesionales en Atención Comunitaria de Adultos por 100.000 habitantes en cada CCAA refleja que el menor número pertenece a Murcia con 6,12 y el mayor número pertenece a Euskadi con 23,38 por 100.000. La ratio promedio de psiquiatras en el

SNS por comunidades autónomas, según la Evaluación de la Estrategia Nacional en Salud Mental del SNS es de 7,49, mientras que Canarias presenta una ratio inferior de 6,39. La ratio de DUE habría que incrementarla sensiblemente. Habría que impedir la descapitalización de recursos humanos del sistema de atención a la salud mental, garantizando la contratación de los residentes en formación, al terminar su periodo de especialización. La gestión clínica por procesos debería implementarse de forma decidida y no parcializada. Mejorar de las *infraestructuras* de la atención especializada en salud mental en el ámbito del trabajo que desarrollan las *unidades de salud mental comunitarias (USMC)* para facilitar el desarrollo de las técnicas del trabajo propias de la especialidad. Habría que favorecer dinámicas de trabajo multiprofesionales en todos los Equipos de Salud Mental, favoreciendo las intervenciones psicológicas al uso, tanto individuales como grupales. Los profesionales de psicología clínica deberían adquirir mayor protagonismo en los trastornos mentales graves y en los primeros episodios psicóticos. También habría que aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles, así como, aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas. La ratio de cobertura asistencial de un Equipo Comunitario de Salud Mental, dependiendo de su dotación de profesionales, debería girar en torno a los 45.000hb. La tasa de camas de larga evolución ha descendido en Canarias por 100.000hb, siendo en el 2009 de 8.3 x 100.000hb, cinco puntos menos que en el 2004 (13x100.000 hb), que coincide con el incremento sustancial, en el mismo periodo, de plazas de alojamiento de la red sociosanitaria. Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención. Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial. La red infanto-juvenil específica está pendiente de desplegarse en su totalidad, cumpliendo la planificación prevista, tal como fue refrendada en los llamados acuerdos del Hierro (véase <ascane.info>). Los trastornos de personalidad carecen de recursos intermedios específicos. Asimismo, atender las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental. Se debería disponer de una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad del paciente, y donde se recoja los traslados involuntarios de una isla a otra. La atención psicogeriatrica esta sin diseño. No existen programas preventivos siste-

máticos y evaluados. La red de drogodependencias no está integrada en la atención especializada de salud mental- con tímidos intentos de coordinación y sufre una incertidumbre financiera puesto que su mantenimiento depende de subvenciones. Sin dudas, la oferta de programas de formación institucional ha mejorado pero para el diseño de sus contenidos se debería abrir mecanismos de consulta para recoger la opinión de todos los profesionales. Hay carencias de dispositivos adecuados para cumplimiento de penas de las personas con trastornos mentales.

El modelo de atención a los trastornos mentales graves tiene sus matices diferenciales, donde su desarrollo ha sido posible, en cada isla. Las islas con una menor densidad demográfica, por diversas razones, no se ha beneficiado del desarrollo del PAD. Habría que favorecer estos desarrollos para que las diferencias interinsulares en este ámbito asistencial no se acentúen. En los últimos años los CIRPAC en cada isla ha realizado una actividad muy desigual y cuyo futuro está condicionado por el desarrollo de la ley de la dependencia, no sabiendo aún el papel que le será asignado en el SICAD (Sistema Canario de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia), así como, no está resuelto las atribuciones de competencias entre los Cabildos y el Gobierno de Canarias, en materia de discapacidad en su relación con la ley. Los Planes sectoriales como el PAD tienen los días contados y la voluntad política es que todos los servicios y prestaciones señalados en la ley de dependencia se integren en el SICAD. El copago en los recursos de alojamiento está instaurado pero no en todas las islas y tampoco en todos los recursos de rehabilitación. Es impredecible el impacto de la ley de dependencia en el modelo organizativo de la atención a las personas con enfermedades mentales graves, así como, la extensión del copago a todas las islas y a todos los recursos de soporte comunitario destinado a la rehabilitación Psicosocial. Tendencia a incluir los recursos en la ley de dependencia.

En la actualidad, nuestra Comunidad, para la próxima década (2010.-2020) carece de una planificación y de líneas de financiación de plazas destinadas a la rehabilitación psicosocial. Asimismo, el desarrollo de la Ley de Dependencia está ejecutándose sin que en los mecanismos de coordinación que la propia Ley establece, así como, la Estrategia Nacional, lleve a una implicación activa de la Consejería de Sanidad a través de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial (CIR-PAC). Estos órganos no están siendo consultados, a pesar del pronunciamiento oficial de los Directores del PIRP de las islas. En las islas, las transferencias en materia de discapacidad, es responsabilidad política de los Cabildos Insulares, mientras en materia de dependencia, es de los Servicios Sociales del Gobierno Autónomo.). La voluntad de la Consejera de Bienestar Social es conducir a un sistema unificado de servicios y prestaciones. Actualmente existe una comisión técnica promovida por la

Conserjería de Bienestar Social con el tercer sector, en la que participa la ACN, para la construcción del Sistema Canario de Atención a la Dependencia (SICAD).

La ACN presento en el 2009 a la Conserjería de Sanidad, léase documentos en ascane.info, las acciones prioritarias para la mejora de la atención especializada en salud mental en Canarias y a la Consejería de Bienestar Social, en varios escritos, nuestras opiniones sobre el impacto y desarrollo de la ley de dependencia en la atención a la salud mental, así como, a las proyectos de decretos para el desarrollo del SICAD:. Asimismo reclamamos que se establezca en nuestra Comunidades los mecanismos y vías de participación de las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental en la planificación y evaluación de los servicios.

El presente informe fue aprobado por la actual Junta Directiva de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría.

Leyenda

- Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC)
- Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles
- Hospitales de Día Infanto-Juveniles
- Unidades de Internamiento Breve (UIB)
- Unidades Hospitalarias de Interconsulta y Enlace (UIE)
- Unidades de Estancias Intermedias (UEI). Denominadas UME (Media Estancia) o USA (Subagudos).
- Unidades de Estancias prolongadas. Denominadas URA (Rehabilitación Activa) o UCYR (Unidades de Clínica y Rehabilitación Activa)
- Equipo Comunitario Asertivo (ECA)
- Equipo Móvil de Salud Mental (EMOSAN)
- Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
- Equipos de Apoyo Individualizado al empleo (EAIE).

AGRADECIMIENTOS

José Luis Hernández Fleeta. Jefatura Regional de Salud Mental. Dirección de Programas Asistenciales.

Rafael Inglott Domínguez. Director del PIRP Gran Canaria. Consejos Insular de Rehabilitación Psicosocial (CIRPAC). Servicio Canario de la Salud.

Francisco Rodríguez Pulido. Director del PIRP Tenerife. Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial (CIRPAC). Servicio Canario de la Salud.

Orlando Alonso. Trabajador Social. PIRP Gran Canaria.

Informe descriptivo

CANTABRIA

Elaborado por

Oscar Vallina Fernández

Cantabria

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo

En estos momentos no existe ningún plan de salud mental vigente en Cantabria. Desde el primer y único plan regional de Salud mental de Cantabria de 1998 no se ha vuelto a realizar ningún otro.

Planificación y gestión

No se dispone de organismos autonómicos de planificación y gestión específicos para la salud mental. En nuestra comunidad Conviven servicios dependientes de administraciones diferentes que se gestionan autónomamente y sin coordinación con el resto de las dispositivos de otras administraciones. Así, las unidades de salud mental de adultos, unidades de salud mental infanto-juvenil, hospital de día, unidad de trastornos de la conducta alimentaria y unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos pertenecen al Servicio Cántabro de Salud. Estos dispositivos están insertados en las gerencias de atención especializada de cada área de salud y su funcionamiento se ordena según la cartera de servicios de cada hospital. El centro de rehabilitación psiquiátrica de Parayas a la consejería de sanidad, parte de la hospitalización de media y larga estancia está concertada con Padre Menni, los servicios de rehabilitación están concertados con empresas privadas (Padre Menni, ASCASAM, etc.) y funcionan en régimen de copago y las unidades de atención ambulatoria de drogodependencias dependen de la consejería de sanidad.

Es fundamental dotarnos de sistemas autonómicos de planificación. No es de recibo, por ejemplo, que no dispongamos de un sistema de registro de casos unificado, que cada servicio registre lo que estime a su manera y de forma descoordinada con el resto de los dispositivos de la red. Esta situación nos lleva a una situación de ceguera institucional y a una incapacidad de desarrollar los servicios, programas y prestaciones que realmente se necesitarían en nuestro entorno e imposibilita la supervisión y evaluación regular de los mismos, condicionando y limitando su desarrollo y evolución futura.

2. *Red asistencial*

La red de servicios de salud mental de Cantabria incluye:

Servicios pertenecientes al Servicio Cántabro de Salud:

- Unidades de salud mental de adultos
- Unidades de salud mental infanto-juvenil

- Unidad de trastornos de la conducta alimentaria
- Unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos de Valdecilla

Servicios pertenecientes a la consejería de sanidad:

- Centro de rehabilitación psiquiátrica de Parayas

Los servicios de atención a las drogodependencias pertenecen a la consejería de sanidad, dependen de la dirección de salud pública y están fuera de la red de salud mental. Incluyen las Unidades de atención ambulatoria a las drogodependencias.

La Unidad de deshabitación tabáquica (UDESTA) depende del Servicio Cántabro de salud y el Centro de rehabilitación y reinserción de drogodependientes depende de la Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social. Los problemas de alcohol se tratan desde los centros de salud mental.

Los dispositivos de rehabilitación sociolaboral (Proyecto INICIA) están promovidos por el Gobierno de Cantabria y se desarrollan por entidades asociativas privadas (AMICA, Padre Menni y ASCASAM).

Los dispositivos residenciales así mismo funcionan en régimen de concierto con asociaciones privadas (ASCASAM).

Los servicios geriátricos se encuentran dentro de servicios sociales.

3. *Recursos Humanos*

Los recursos humanos en Cantabria cuya cantidad y distribución se detallan en el en la web del observatorio (<www.observatorio-aen.es>) tienen aún la peculiaridad de la dispersión en su pertenencia administrativa. Así mientras el personal del centro de rehabilitación psiquiátrica de Parayas pertenece a la consejería de sanidad, el personal del resto de las unidades asistenciales pertenece al Servicio Cantabro de Salud, pero a su vez dentro de estas, los psiquiatras pertenecen a las gerencias de atención especializada y psicólogos y enfermería a las de atención primaria. Dándose aún la lamentable situación de anormalidad administrativa de los psicólogos clínicos que siguen sin estar asignados a plazas de FEA de psicología clínica.

4. *Valoración general*

La situación actual de nuestra comunidad en materia de salud mental nos lleva a las siguientes reflexiones:

Organización territorial

En cuanto a la organización territorial se acaba de producir este año la creación de la zona única de salud en atención primaria, esto obviamente supone un riesgo

para el acceso geográfico cercano de la población a los servicios, para la movilidad geográfica del personal y para reordenaciones o futuras reducciones recortes de dispositivos-prestaciones.

Una de las características de Cantabria, y que ahora se podría ver aún fortalecida con la tendencia hacia el área única de salud es la concentración de servicios en la capital, Santander. Allí están ubicados los dispositivos de empleo, los dispositivos de vivienda, la unidad de investigación, la unidad de trastornos de la conducta alimentaria, la unidad de hospitalización de agudos. Esto conlleva un importante desequilibrio con el resto de las áreas de salud que acaban infradotadas y con los habitantes de las mismas que se ven obligados a desplazarse desde cualquier parte de la región hasta la capital si quieren acceder a tales servicios.

Organización de los servicios

En cuanto a la organización de los servicios sería recomendable la unificación de todos los servicios de salud mental dentro del Servicio Cantabro de Salud incluyendo las drogodependencias y la rehabilitación psicosocial.

Urge asimismo acabar con la discriminación administrativa y laboral de las distintas adscripciones de psicólogos y enfermería y proceder a su inclusión dentro de la atención especializada.

Es prioritario normalizar la situación de los psicólogos clínicos dentro del servicio y acabar con la injusta e ilegal situación actual en la que se encuentran y proceder a la conversión de sus actuales plazas en plazas de FEA psicólogo clínico.

Debemos reflexionar sobre la situación creada en la salud mental tras su inclusión dentro de las gerencias de área de atención especializada, ya que en la práctica está suponiendo el surgimiento de diferencias y discriminaciones en la asistencia en función de la magnitud y capacidad económica del área y a la vez el desarrollo de prácticas asistenciales cada vez más hospitalocéntricas y mimetizadoras del modelo médico más convencional, separando la asistencia de la atención primaria, de los servicios sociales, de los servicios educativos y de empleo y de la comunidad en general.

Dotación de servicios

Cantabria tiene en marcha un importante número de programas recogidos en el recientemente editado atlas de salud mental de Cantabria que se vienen desarrollando desde las unidades de salud mental o de hospitalización:

- Programa asistencial para las fases iniciales de las psicosis de Cantabria (PA-FIF)
- Programa de prevención de psicosis (P3)

- Programa de atención a los problemas de ansiedad-pánico
- Programa de atención a las personas con trastorno mental grave
- Programa de actuación sanitaria ante los malos tratos hacia las mujeres
- Programa de atención a trastornos bipolares (JANO)

Estos programas que son elementos esenciales para una asistencia de calidad a la población no llevan aparejados a su interés y relevancia la dotación de medios que merecerían, encontrando limitado su desarrollo por la sobrecarga de los clínicos que los llevan a cabo o por la discontinuidad de los contextos de investigación desde los que se ejecutan en ocasiones y que supone la falta de plantillas adecuadas y con continuidad. Es prioritario asegurar su asentamiento y continuidad aumentando la dotación de medios humanos a los mismos y generalizándolos a todas las áreas de salud.

Nuestra comunidad solamente dispone de una única unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos en Valdecilla. Esto supone una seria merma para la atención a nuestra población en esa fase de su enfermedad. Dotar a los hospitales comarcales de nuestra región de unidades de hospitalización de agudos, a la vez que aumentar el número de camas de la existente es una prioridad para nuestro servicio de salud.

La inexistencia a su vez de dispositivos de hospitalización infantil es otra seria laguna de nuestra red que precisa pronta respuesta.

La dotación de estructuras de alojamiento y de hospitalización parcial es otra carencia histórica que sigue siendo desatendida. Es imprescindible un programa regional de alojamientos para personas con enfermedad mental severa.

La reciente apertura de un nuevo hospital de día en Santander parece ir encaminado en esa dirección, pero precisa dotación adecuada de personal.

Las características geográficas de nuestra región, por otro lado (dispersión en núcleos pequeños y ruralidad) deberían hacernos reflexionar sobre la incorporación de las nuevas tecnologías a nuestra práctica, en particular videoconferencias y teleasistencia.

Por otro lado, las nuevas formas de asistencia que vienen surgiendo a través de los nuevos desarrollos científico-técnicos en salud mental deberían hacernos reflexionar sobre la necesidad de crear equipos asistenciales comunitarios móviles orientados tanto hacia el tratamiento de los pacientes con trastornos más severos de nuestra comunidad y hacia la prevención de las enfermedades mentales.

Informe descriptivo

CASTILLA LA MANCHA

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación de Castilla La Mancha de Salud
Mental**

Elaborado por

Celia Cobo Penedo

Castilla La Mancha

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA - LA MANCHA 2005-2010 (aún vigente) <<http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plansa05.pdf>>.

Legislación (sanitaria y sociosanitaria) que regula la red de salud mental, sin cambios desde la anterior edición.

Planificación y gestión:

Describir si existe un Servicio de Planificación Autonómica y a su cargo un responsable autonómico de salud mental, qué recursos gestiona (sanitarios, socio-sanitarios, públicos, públicos y concertados...)

(Consejero → Director General de Ordenación y Evaluación. Referido y descrito en el PSM, no por norma con rango de decreto u orden).

Servicio de Salud Mental del SESCAM. Jefe del Servicio: Jaime Romper Tornil

Red asistencial, gestión y planificación predominantemente públicas. Servicio de Planificación específico para SM. Gestión integrada en las gerencias de AE.

2. *Red asistencial:*

Red sanitaria

Tabla resumen de recursos y n°.

USMC	USMI-J	URSM	UHSM	CTSM	HDSM
21 USM + 13 cons SM	7 + 2 HD	5 UME + 3 ULE	6 UHSM + 2 UTCA	12	5		

Red sociosanitaria

Tabla resumen de recursos y nº.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
RESIDENCIAL	MINIRESIDENCIAS		128
	Viviendas supervisadas		171
	Pensiones (con plazas en convenio)		
	Residencias generales (con plazas en convenio)		
OCUPACIONAL-LABORAL	Talleres Ocupacionales		
	Empresas Sociales		
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo		
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales		
TUTELAS	Entidades Tutelares		

3. *Recursos humanos**Red sanitaria*

Tabla resumen de profesionales y nº.

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
149	124	198	38	21	375	5	41

Red sociosanitaria

Tabla resumen de profesionales y nº.

Profesionales	Psicólogos	Trabajo social	Terapia ocupacional	Monitor ocupacional	Técnicos integración social y laboral	Preparador laboral	Aux administr
nº	28	20	22	40	26	7	16

4. Atención a las Drogodependencias

La atención a drogodependencias está incluida en la red de atención a Salud Mental

1. Dispositivos de atención a las Drogodependencias:
 1. Dispositivos ambulatorios: Unidades de Conductas Adictivas
 2. Comunidades Terapéuticas: 12 (253 plazas concertadas)
 3. Ingresos para Desintoxicación: En las UHB (1-2 camas para DI por UHB, incluida UHBIJ) Número de camas: 7-14
 4. Otros: Centro Integral de Tratamiento a Drogodependientes (15 c), Centro de TTo de Drogodependientes (25 c).
2. Profesionales dedicados exclusivamente a Drogodependencias:
 - Médicos Generales: 11
 - Psiquiatras: 6
 - Psicólogos clínicos: 18
 - Diplomados. Enfermería: 21
 - Trabajadores Sociales: 13
 - Terapeutas ocupacionales: 2
 - Auxiliares de enfermería: 9
 - Monitores/Educadores: 17
 - Otros: Administrativos 11; pers servicios: 3

No contempladas plantillas de las Comunidades Terapéuticas –CCTT-: sólo UCAs, CITD y CTD. Además otros 112 trabajadores exclusivamente en atención a drogodependencias en CCTT y en el Programa de apoyo a Centros Penitenciarios: 19 Psicólogos, 21 Trabajadores/Educadores Sociales, 14 Terapeutas Ocupacionales, 42 Monitores, 1 Técnico de Inserción Sociolaboral y 16 otros (coordinación, dirección, administración).

5. Valoración global

Puntos fuertes.

- Distribución de USM muy accesibles a la población
- UHB en todas las áreas (salvo mancha-centro que se abrirá este año)
- Formación posgraduada para MIR de psiquiatría, PIR y EIR
- Programa de tratamiento asertivo comunitario para personas con TMG

Puntos débiles.

- Recursos humanos por debajo de lo previsto en el PSM

Informe descriptivo

CASTILLA Y LEÓN

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Castellano-Leonesa de
Salud Mental**

Elaborado por

Martín L. Vargas

Castilla y León

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo

El último documento normativo a modo de Plan de Salud Mental es la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León de 2003. Su período de vigencia era de 2003 a 2007.

http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=1040&textOnly=false&locale=es_ES

La legislación sociosanitaria, parcialmente relacionada con Salud Mental es el II Plan Sociosanitario de Castilla y León.

http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=17708&textOnly=false&locale=es_ES

Desde 2009 existe un borrador de la nueva Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2008-2012 que aún no se ha hecho público ni ha pasado la fase para ser dotado económicamente.

Planificación y gestión:

Existe un Servicio de Planificación Autonómica con competencias en Salud Mental, que es el Servicio de Asistencia Psiquiátrica, dependiente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, que a su vez depende de la Gerencia regional de Salud. (http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=37376&locale=es_ES&textOnly=false). El responsable autonómico de salud mental tiene competencias principalmente en planificación.

Los contratos programa se suscriben con las respectivas Gerencias de Área de Atención Especializada, de la misma manera que otros servicios de atención especializada en cada hospital.

La red de Salud Mental es mayoritariamente pública y dependiente directamente de la administración sanitaria (SACYL). La rehabilitación psicosocial es dependiente en Castilla y León de Sanidad (SACYL) y no de Servicios Sociales; las Unidades de Media Estancia dependen directamente de SACYL salvo una unidad en Valladolid (UCP en el Hospital “Benito Menni”. Sin embargo, los CRPS se rigen por conciertos; en este ámbito extrahospitalario se tiende cada vez más, y es mayoritario, al concierto con entidades sin ánimo de lucro como fundaciones o asociaciones de familiares, y también alguna empresa privada.

La financiación es exclusivamente pública en el ámbito sanitario. En el ámbito sociosanitario se está tendiendo a la integración de recursos y de financiación con copago en un espacio sociosanitario virtual dentro del marco de la Ley de Depen-

dencia. Los recursos de apoyo residencial y de inserción laboral están siendo mayoritariamente asumidos por la Gerencia de Servicios Sociales.

2. *Red asistencial:*

Red sanitaria

Organismo u organismos de los que dependen: Gerencia Regional de Salud.
Denominación y siglas de los recursos sanitarios: SACYL

Tabla resumen de recursos y nº.

USMC	USMI-J	URSM	UHSM	CTSM	HDSM
36	10 + 1 programa	8	11	0	7 + 3 programas		

La red sociosanitaria depende de la Gerencia de Servicios Sociales

3. *Recursos humanos*

Red sanitaria

Tabla resumen de profesionales y nº.

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupac	Aux. Adm.
174.5	101	268	35.5	20.5	318.5	13	49.5

4. *Atención a las Drogodependencias*

Dependiente del Comisionado Regional para la Droga. Escasa coordinación real con la red de Salud Mental.

5. Valoración global

Puntos fuertes:

- Recursos humanos y estructurales razonablemente dotados.
- Buena cualificación técnica de los profesionales.

Puntos débiles:

- Escasa implicación de profesionales e instituciones en la innovación de modelos asistenciales. Atonía en el avance del proceso de modernización de la asistencia.

- Escasa integración de las redes de Salud Mental y Drogodependencias.

- Existencia de una “red nodal”, pero escasamente articulada al no haberse conseguido nunca un modelo de atención comunitario desde los equipos de salud mental de distrito, por lo que pesan mucho más los dispositivos hospitalarios de media estancia en la atención al TMGP.

- Escasa y dispersa puesta en marcha de programas de gestión de casos. Inexistencia de equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC), para atención de los casos más graves en formato no hospitalario, lo que implica la existencia de unidades de larga estancia residuales en hospitales psiquiátricos históricos tanto a nivel público –incluyendo conciertos- como a nivel privado (p. ej: “Centro Asistencial Santa Teresa” de Arévalo (Ávila); este centro acoge pacientes de toda la geografía española).

Informe descriptivo

CATALUÑA

**Informe de la Junta Directiva de la
Associació Catalana de Professionals en Salut
Mental**

Elaborado por

José García Ibáñez

Cataluña

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Las características fundamentales son las siguientes:

- Orientado a las necesidades de los usuarios (son usuarios los pacientes concretos que demandan atención, pero también sus familias en muchas circunstancias –niños, personas mayores, pacientes más graves-, las poblaciones de colectivos de riesgo, y los servicios de atención a las personas en los ámbitos social, educativo o sanitario).

- Basado en la integración del conjunto de profesionales y servicios como un objetivo de mejora permanente y, a la vez, como un modelo de referencia para el proceso general del cambio. Integración entre las redes especializadas, comenzando por la salud mental y las adicciones, integración en el entorno de la atención primaria (lugar y escenario privilegiado para las intervenciones en salud mental y adicciones), integración en las modalidades de intervención en la misma red especializada e integración progresiva con los servicios educativos, sociales y otros.

- Necesidad de una visión compartida y abierta concretada en la capacidad de trabajar en red con un enfoque comunitario, reforzando la continuidad de los cuidados.

- Apostar por un concepto preventivo, rehabilitador y proactivo en todas las intervenciones.

- Los servicios han de pasar de una organización basada en el concepto de dispositivo a otra basada en el sistema de atención a la persona en base territorial. Reenfocar los servicios de acuerdo con las necesidades reales de usuarios y familias con equipos polivalentes que tengan una capacidad de respuesta rápida añadiendo siempre una concepción más preventiva.

- Diversificación de la oferta de actuaciones y tratamientos reintroduciendo con fuerza las técnicas psicoterapéuticas en todos los niveles de atención de la red.

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica con la utilización de guías y protocolos compartidos y basados en la evidencia científica y la experiencia clínica, así como evaluando los resultados.

- La práctica profesional no ha de estar sujeta únicamente a los hechos sino también a los valores como garantía de una verdadera orientación hacia los ciudadanos.

Marco normativo:

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PDSMIA) orienta la atención sanitaria y tiene un periodo de vigencia desde el 2006 al 2010. Se puede consultar y descargar en <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/salutmental2006n.pdf>>.

En el momento de redactar este informe hay una serie de documentos complementarios accesibles en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3534/index.html>.

Desde esta página se puede acceder en primer lugar al *Plan Integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones*, aprobado en diciembre de 2010 por el Gobierno de la Generalitat de Catalunya y que enfoca toda la problemática asistencial desde una perspectiva interdepartamental, por lo tanto global y holística especificando una serie de planes y actuaciones que han de ser puestos en marcha en los próximos años. Otras normas y orientaciones accesibles en dicha dirección son: *Itinerarios en Salud Mental*, *Programa de atención a los adolescentes con consumo de sustancias*, *La psicoterapia en la red pública de salud mental y adicciones*, *Protocolo de actuación en la atención a las urgencias y los ingresos involuntarios urgentes de las personas con enfermedad mental*, *Salud mental y calidad de vida*.

Planificación y gestión:

Dentro de la Dirección General de Planificación y Evaluación Sanitaria existe la Dirección del Plan Director de Salud Mental que con el Consejo Asesor del PDSMIA y la permanente del mismo se planifica y deciden las nuevas acciones y la implementación de recursos y programas siguiendo las líneas marcadas por el PDSMIA. La Directora del PDSMIA (que es un plan y a la vez cuenta con una estructura que muchas veces se ha evidenciado insuficiente) es la responsable de la planificación y la macrogestión, bajo la supervisión de la Directora General de Planificación. Se gestiona un presupuesto para la red de salud mental de 330.882.471 Euros. Con el gasto farmacéutico y el gasto sociosanitario de demencias se llega al 10,8% del presupuesto general de sanidad. En el caso de la salud mental este presupuesto, casi en su totalidad, está orientado a la formalización de compra de servicios a entidades proveedoras, en su mayoría privadas, pero con una gran variedad en su forma legal (fundaciones, órdenes religiosas, sociedades anónimas, cooperativas de profesionales, estructuras hospitalarias municipales, etc.) En Salud mental los servicios contratados con el Servicio Catalán de la Salud son mínimos. La explicación de esta singularidad catalana la hemos de buscar en el final del siglo XIX y comienzos del XX cuando se produce una eclosión de interés de la sociedad civil por mejorar la atención de las personas con enfermedades mentales, así como el empuje y calidad clínica de muchos médicos que orientaron sus esfuerzos a esta especialidad. Los contratos anuales marcan unos objetivos, existiendo una parte variable que depende del cumplimiento de los mismos. Asimismo existen unas cláusulas en las que se definen los programas a cumplir. Se está en una fase de descentralización de los

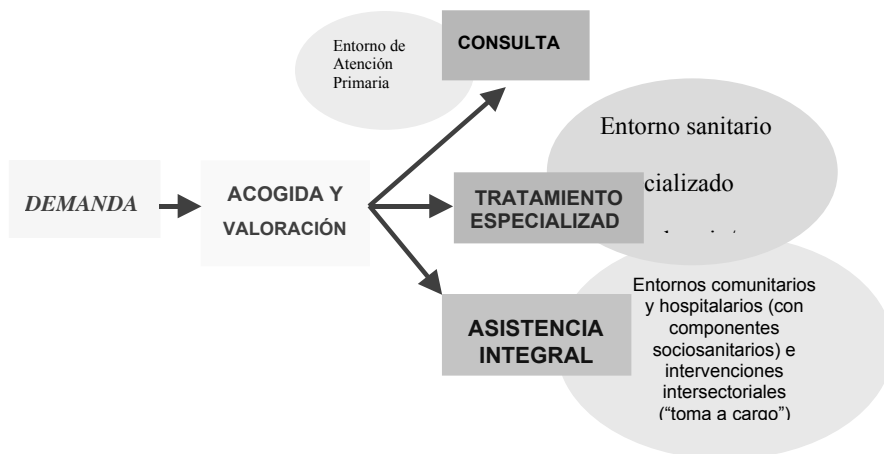
procesos contractuales hacia las Delegaciones Territoriales de Sanidad teniendo en cuenta planteamientos capitativos.

En la práctica la red de salud mental en su totalidad funciona como pública y se halla perfectamente integrada en los itinerarios de la salud general. La accesibilidad es una de sus principales características y programas como el de Soporte a la atención primaria han hecho progresar la idea de integración en la red general.

Sin embargo la creación de programas de manera sucesiva, sin que ninguno de ellos (exceptuando TMG y TMS) se hayan provisionado a todo el territorio hace que en el momento presente (sobre todo con la influencia de la crisis económica) haya una gran variación de unos territorios a otros, con la consiguiente inequidad en las prestaciones.

2. Red asistencial:

El modelo organizativo de los servicios de salud mental y adicciones.



Dependencia. La red sanitaria de salud mental depende del Departamento de Salud que a través del PDSMIA establece los objetivos anuales. De manera espaciada se han realizado auditorías a los diferentes recursos asistenciales. En cada una de estas ocasiones se ha elaborado un informe en el que cada servicio ha visto su ubicación dentro del conjunto y su situación en la media con lo que plantear sus objetivos específicos de mejora.

Denominación, siglas y descripción de los recursos sanitarios.

- CSMA. Centro de salud mental de adultos. Atienden los problemas de salud mental (generalmente derivados desde atención primaria) de su territorio de refe-

rencia. Población de referencia: personas de 18 años y más. El equipo es pluridisciplinar: psiquiatra, psicólogo, diplomado de enfermería y trabajador social. La ratio está relacionada con la población atendida. Cuentan con una cartera de servicios y alguno o varios de los siguientes programas:

- Soporte a la atención primaria
- Atención al Trastorno mental severo.
- Atención a la psicosis incipiente
- Programa de psicoterapia
- Atención a la salud mental en las prisiones

• CSMIJ. Centro de salud mental infantil y juvenil. Atienden los problemas de salud mental (generalmente derivados desde atención primaria) de su territorio de referencia. Población de referencia: personas de 0 a 18 años. El equipo es multidisciplinar: psiquiatra, psicólogo y trabajador social. El diplomado de enfermería no está presente en todos los CSMIJ. La ratio está relacionada con la población atendida. Cuentan con una cartera de servicios y alguno o varios de los siguientes programas:

- Soporte a la atención primaria
- Atención al trastorno mental grave
- Atención a la psicosis incipiente
- Programa de psicoterapia
- Programa salud escuela (prevención y detección precoz)
- Soporte a los centros de la Dirección general de atención a la infancia
- Soporte a los centros de justicia juvenil
- Unidad Funcional (en conexión con el CDIAP de Bienestar social) para la atención a los trastornos graves de aparición en la primera infancia.

• CAS. Centro de atención y seguimiento de drogodependencias. Atienden a las personas consumidoras o drogodependientes del territorio que tienen asignado. Equipos pluridisciplinarios de composición irregular: psiquiatra (no siempre), psicólogo, trabajador social, educador. Desarrollan varios programas de prevención.

• CEP. Centro especializado en psicoterapias. Solamente existen dos, uno para adultos y otro para adolescentes y preadolescentes. El equipo incluye psiquiatras y psicólogos. Los pacientes son derivados normalmente desde CSMA o CSMIJ. Fundamentalmente son psicoterapias focales con una duración concertada. Tienen un programa especial para justicia juvenil.

- SESMDI. Servicio especializado de salud mental para personas con discapacidad intelectual. Equipo muy móvil que atiende a las personas con Discapacidad intelectual que presentan trastornos mentales o de conducta del territorio asignado. Los pacientes son derivados desde la red de salud mental y desde la red de Bienestar social. Equipo pluridisciplinar: psiquiatra, psicólogo, diplomado en enfermería y trabajador social.

- EMSE. Equipo móvil de soporte especializado. Servicio móvil de atención a las urgencias y visitas domiciliarias. Equipo formado por psiquiatra y enfermero que se desplaza a los domicilios para atender las urgencias, valorando la conveniencia o no de un ingreso. También realiza visitas domiciliarias para el seguimiento de algunos casos a solicitud del CSMA o por propia iniciativa tras la resolución de alguna urgencia sin ingreso. Este equipo está ligado al SEM (servicio de urgencias médicas).

- HD. Hospital de día de adultos. Servicio de hospitalización parcial utilizado como alternativa a una hospitalización total. También se utiliza en personas que por razón de su estado psicopatológico precisan una intervención intensiva. Equipo pluridisciplinar: psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, auxiliares sanitarios. Cuentan con todo un conjunto de actividades terapéuticas y programas específicos por patologías. Atienden a la población asignada por territorio y les son derivados los pacientes desde el CSMA o la Unidad de Agudos.

- HD. Hospital de día de adolescentes. Servicio de hospitalización parcial con utilización a horario completo o parcial (compartiendo con escuela/instituto). Equipo pluridisciplinar: psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, enfermero, educadores, auxiliar sanitario y docente de educación. Les son derivados por los CSMIJ del territorio que tienen asignado. Amplia cobertura de actividades terapéuticas con proyectos terapéuticos individualizados. Algunos HD están especializados en trastornos de la alimentación ubicados en hospital general.

- CD ó SRC. Centro de día o servicio de rehabilitación comunitaria. El clásico centro de día para adultos está en periodo de reconversión a un verdadero recurso rehabilitador merced a la dotación de programas especiales. El equipo es pluridisciplinar: psicólogo, trabajador social, educadores, terapeutas ocupacionales, auxiliares sanitarios. Los SRC cuentan con programas dirigidos a conseguir la inserción laboral. Poca presencia de psiquiatra. En algunos SRC hay programas para la inserción laboral de adolescentes.

- **PSI.** Plan de servicios individualizado. Servicio de atención comunitaria, conectado con el CSMA pero independiente del mismo. El equipo suelen ser profesionales de enfermería, trabajadores sociales o educadores. Cada profesional tiene asignado un pequeño número de pacientes con los que hace un seguimiento continuado hasta tanto el paciente no haya adquirido las destrezas necesarias para actuar autónomamente.

- **Equipo de atención a las personas sin techo.** Solamente hay uno que actúa en Barcelona ciudad. Equipo móvil, que realiza su trabajo en la calle desplazándose al lugar donde “reside” (el banco, la esquina, la boca del metro) la persona que un equipo del ayuntamiento que está pendiente del seguimiento de estas personas ha valorado que puede presentar un trastorno mental.

- **UHA.** Unidad de hospitalización de agudos. Pueden estar ubicadas en hospital monográfico, en hospital general, en unidad polivalente o en la comunidad.. El equipo pluridisciplinar cuenta con psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajador social y auxiliares sanitarios; a veces con otro tipo de profesionales. Reciben las solicitudes de ingreso de los CSMA del territorio asignado y cuentan con un número de camas proporcional a la población de dicho territorio. También pueden ingresar directamente del servicio de urgencias.

- **Unidad de hospitalización de personas con patología dual (trastorno mental +drogadicción).** Atiende pacientes de su territorio de referencia tanto de los CSMA como de los CAS. Equipo multidisciplinar que en conexión con los equipos comunitarios acuerdan el seguimiento por una de las dos redes.

- **Unidad de hospitalización de subagudos.** Para aquellas personas que necesitan una estancia más prolongada que la que se da en agudos. El perfil corresponde a personas que se mantienen en descompensación psicopatológica, que realizan repetidos ingresos en agudos y son grandes consumidores de recursos en la comunidad. La estancia máxima son 6 meses. El equipo es multidisciplinar: psiquiatra, psicólogos, enfermería, trabajador social y auxiliares sanitarios. Puede haber también terapeutas ocupacionales. Los pacientes son derivados desde el CSM o desde Agudos.

- **URH.** Unidad de rehabilitación hospitalaria, para personas de alta dependencia psiquiátrica con una estancia máxima de dos años y un planteamiento fuertemente rehabilitador con el objetivo puesto en la reinserción comunitaria. Equipo multidisciplinar similar al de agudos. Los enfermos son derivados normalmente desde subagudos.

- **UAPE.** Unidad de hospitalización para casos con trastorno mental grave, con consumo de sustancias añadido, trastornos importantes de comportamiento y desinserción social, que ha agotado los recursos comunitarios y está, la mayoría de las veces, incapacitado judicialmente, ejerciendo su tutela una entidad tutelar. Equipo, objetivos y modos de intervención similares a la URH pero con un mayor número de recursos. Estancia máxima dos años. Es un recurso mixto dependiente de Salud y Bienestar Social. Los enfermos para acceder a esta unidad precisan de una información completa médica y social y valora su ingreso una comisión mediante el seguimiento de un protocolo. Dada la característica suprasectorial de estas unidades una trabajadora social dependiente del PDSMIA coordina los procesos de ingreso y de alta.

- **UHEDI.** Servicio especializado de hospitalización para personas con discapacidad intelectual o función intelectual límite, con trastornos mentales graves y de conducta. Unidad dotada de un mayor número de recursos y que actuaría con la intensidad de una unidad de agudos, pero que dadas las características de estos pacientes tiene una estancia prevista de hasta dos años. Equipo pluridisciplinar altamente especializado en la población con discapacidad intelectual. Los pacientes son derivados desde el SESMDI y existe una mesa territorial con la presencia de profesionales de las redes de salud y bienestar social, así como representantes de las delegaciones territoriales de ambos departamentos que trabajan en la gestión de los casos con criterios de priorización de la gravedad o complejidad.

- **MILLE.** Unidades de media y larga estancia. Es el resto de pacientes de las unidades hospitalarias de los hospitales monográficos que siguen esperando la reconversión. Esta población está formada por pacientes con diagnóstico dual (discapacidad intelectual + trastorno mental), pacientes psicogerítricos (trastorno mental en personas mayores de 65 años) y finalmente pacientes con trastorno mental. Hasta la fecha no se han proporcionado la totalidad de recursos necesarios para poder reubicar a esta población, que va disminuyendo conforme se crean. Al no existir un acuerdo entre los Departamentos de Salud y Bienestar Social (cosa que ocurre gobierno tras gobierno) la disminución de esta población se está produciendo con un goteo lento ya que, además, la aparición de un nuevo recurso residencial en la comunidad es utilizada prioritariamente para personas que ya están en la comunidad.

- **Hospitalización breve infantil.** De dos tipos. URPI. Unidad de referencia de psiquiatría infantil. Son las Unidades de hospitalización para la atención infantil, que cuentan además con HD. Solamente hay dos en este momento y ambas están ubicadas en Barcelona ciudad. Cuentan con unidades especializadas en trastornos

de la alimentación (en un caso) y en maltrato y abuso infantil (en el otro caso). Cuentan con equipo multidisciplinar completo. Los pacientes son derivados desde los CSMIJ de su territorio de referencia y desde su servicio de urgencia. Son las primeras unidades creadas. Luego se han promovido otros servicios, también en hospitales generales.

- UCA. Unidad de crisis de adolescentes. Existen de dos clases: todas tienen el planteamiento de agudos (con estancias más prolongadas que en adultos) y en una de ellas hay un servicio que opera con los planteamientos de subagudos y por ello, con estancias más largas.

- UHD. Unidad hospitalaria de desintoxicación, Servicio ubicado en hospital general orientado a la desintoxicación de pacientes que acceden a ella voluntariamente y que son derivados desde la red de CAS.

- UHPP. Unidad psiquiátrica penitenciaria. Ubicada en el interior de un centro penitenciario, pero en un pabellón que se rige por normas sanitarias y está atendido por profesionales de la salud. El continente (centro penitenciario) garantiza la seguridad pero su funcionamiento es plenamente sanitario acercándose a la concepción de una unidad de agudos. Las personas con trastorno mental encarceladas son atendidas por profesionales de CSM que se desplazan y cuando se valora la necesidad de un tratamiento hospitalario son derivados a esta UHPP. Está dotada del equipo pluridisciplinario habitual.

Tabla resumen de recursos y n°.

CSM	CSMIJ	CAS	CEP	SESMDI	EMSE	HD (A)	HD (IJ)
74 (+13cp) ^o	50 (+21cp)	64	2	4	3	27	22

CD/SRC	PSI	E. SIN TECHO	UHA	PAT DUAL	SUBAGUD OS	URH	UAPE
60	30	1	23	6	19	7	5

UHEDI	MILLE	H BREVE INFANTIL	UCA	UHD	UHPP		
3	7	8	4	11	1		

Red sociosanitaria

La red sociosanitaria comunitaria depende en gran medida del Departamento de Bienestar Social, aunque existe algún recurso que tiene financiamiento directo. Se han estado desplegando recursos en número, hasta ahora, insuficiente para poder cerrar la reconversión de los hospitales monográficos. Su estilo de funcionamiento no tiene nada que ver con los planteamientos de salud existiendo problemas en la ocupación de plazas libres antes de las convocatorias que se realizan anualmente.

La baja tolerancia a la falta de adaptación a las normas de estos servicios de vivienda, por decir de algún modo protegidas provoca muchas veces su expulsión. Se ha planteado en diferentes ocasiones la necesidad de residencias (*Llar residencies* = Hogar-Residencia) con un mayor soporte de salud mental, pero sin llegarse a ningún tipo de conclusión.

Los recursos laborales en cuanto a su dependencia se hallan repartidos. Los servicios ocupacionales y prelaborales dependen de Bienestar Social y los Centros Especiales de Trabajo (CET) dependen del Departamento de Trabajo. Esta separación ha sido valoradamente positiva ya que se adecua mejor a la ideología de la reinserción al permitir avanzar al paciente en su camino de ciudadano e ir abandonando su dependencia de las estructuras sanitarias y de ayuda social. Existen algunos programas dependientes de los Consejos Comarcales que facilitan la integración en la empresa normalizada a personas procedentes de los CET o también de la enseñanza secundaria. Estos programas consisten en un acompañamiento por parte de un monitor durante el tiempo suficiente para su adaptación al lugar y la faena que ha de realizar. También existe algún programa de inclusión laboral en la administración. Son programas que marcan un camino a seguir para el progreso de la reinserción en la que el trabajo juega un papel tan importante.

La atención a la psicogeriatría en el aspecto residencial depende del Departamento de Salud (Programa sociosanitario) y del departamento de Bienestar social.

Denominación, siglas y descripción de los recursos sociosanitarios.

- Servicio de soporte a la autonomía en el propio hogar. Ofrece orientación y soporte a las personas con problemática social derivada de enfermedad mental que viven solas, en pareja o bien conviven con otras personas (4 como máximo) y que, en algunos aspectos plantean necesidades o tienen carencias que no pueden satisfacer por ellas mismas. El titular del hogar puede ser la propia persona atendida, otra de las que conviven o la entidad que presta el servicio.

- Hogar-residencia. Atención permanente flexible para personas con problemática social derivada de enfermedad mental. Normalmente TMS de larga evolución y problemática social grave. Tienen como máximo 30 plazas.

- Hogar. Tiene soporte temporal o permanente. Son pisos donde habitan solamente tres o cuatro personas. El soporte muchas veces es eventual.

- Club social. Recurso para fomentar, en un marco de relaciones, la participación y la inclusión social a través del entretenimiento del ocio. Se constituye como una estructura de soporte social para que las personas que participan dispongan de una red social de referencia y puedan superar los obstáculos que dificultan su participación en actividades de su entorno comunitario y de esta manera poder disfrutar de su tiempo de ocio de una manera satisfactoria.

- Servicio prelaboral. Servicio social para personas con alguno de los diagnósticos incluidos en el TMS, estabilizados y compensados de su enfermedad, para procurar su capacitación para iniciar un camino de inserción laboral con el fin de conseguir una integración laboral.

- CET. Centro especial de trabajo. Depende del Departamento de Trabajo. Son centros dotados de personal monitor y cuentan también con psicólogo y trabajadora social. Funciona como una empresa y los pacientes tienen la condición de ciudadanos que van a trabajar, regidos por la ordenanza laboral y con el salario interprofesional. El equipo se halla bien coordinado con el CSMA con el que mantienen la relación terapéutica.

- Servicio de tutela para personas con enfermedad mental. El Departamento de Bienestar Social cuenta con este servicio que recibe la demanda de los juzgados cuando la persona a tutelar no tiene ningún familiar que pueda ejercer la tutela. Con una visión territorial y teniendo en cuenta las características de la persona se elige una de las 15 entidades tutelares existentes y reconocidas en Cataluña. Estas entidades son personas jurídicas sin ánimo de lucro dedicadas a la protección de las personas incapacitadas. La entidad tiene la posibilidad argumentada de negarse a la acogida en algunos casos. Existe una Comisión de tutelas (administración –PDS-MIA y Bienestar Social- y entidades) que se reúne periódicamente para hacer el seguimiento y abordar las dificultades que pueden aparecer.

- Unidades de psicogeriatría. Dependen de salud con un módulo de bienestar social. Dirigidas a las personas mayores de 65 años con trastornos mentales.

Tabla resumen de recursos y nº.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
SOPORTE A LA AUTONOMIA EN EL PROPIO HOGAR		20	
RESIDENCIAL	Hogar (<i>Llar</i>)	64	281
	Viviendas supervisadas		
	Pensiones (con plazas en convenio)		
	Hogar-Residencia	83	860
OCUPACIONAL-LABORAL	Servicio prelaboral	30	895
	Talleres Ocupacionales		
	Empresas Sociales		
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo		
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales	40	
TUTELAS	Entidades Tutelares	15	3.679

3. Recursos humanos.

Sin datos.

4. Atención a las Drogodependencias

Integrada con salud mental. Actualmente *Red de Salud Mental y Adicciones*. La descripción de los recursos se halla en el listado de salud mental para contribuir al esfuerzo de la integración de ambas redes. Existen ya programas con buenos resultados como es el de la atención a adolescentes consumidores. Un profesional del CAS se desplaza al CSMIJ donde atiende a los adolescentes y hace su valoración. Después teniendo en cuenta la edad, su grado de madurez y su aspecto físico deciden conjuntamente si lo seguirá tratando en el CSMIJ o puede ser atendido en el CAS. Se está tendiendo también a que se instalen juntos los nuevos servicios.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
ATENCIÓN SANITARIA	Sala de venopunción	11	
	Centros de tratamiento ambulatorio	64	
	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	11	
ATENCIÓN SOCIOSANITARIA	Comunidades Terapéuticas	22	
	Centros de emergencia social	9	
	Viviendas de Apoyo a Enfermos de SIDA		
INCORPORACIÓN SOCIAL	Viviendas de Apoyo a la Inserción		
	Centros de Día		

5. Valoración global

Como *puntos fuertes* podemos señalar los siguientes:

- La existencia del Plan Director sería el principal punto fuerte. Hasta ahora nunca se había marcado con claridad un modelo y unos objetivos.
- Se han iniciado actividades de promoción y prevención de la salud. A destacar como buenas prácticas el Programa Salud-Escuela y el Programa de Prevención del suicidio.
 - Son una fortaleza los equipos multidisciplinares, su nivel de formación, su dedicación y motivación.
 - Las redes son accesibles.
 - En atención infantil hay muy buena coordinación con las redes educativa, social y justicia.
 - Profesionales dispuestos a cooperar con la administración. Es encomiable su participación en los diferentes grupos que van elaborando los objetivos del PDSMIA.
 - El desarrollo de nuevos programas que en algunos casos son modelo de buenas prácticas como el Programa de soporte a la atención primaria y el Programa de atención a la psicosis incipiente.
 - El desarrollo (aunque está siendo muy lento) de la atención en salud mental a las personas con discapacidad intelectual.

- En algunos lugares y con diferentes nombres (reunión de circuito, mesa territorial, grupo de evaluación y derivación) están funcionando muy bien espacios de articulación del trabajo en red para personas con patologías graves y situaciones complejas.

Como *puntos débiles* se han de señalar:

- La eternamente pospuesta reconversión de la MILLE de los hospitales monográficos.

- La atención a la cronicidad. No se ha impuesto todavía el criterio de que hay que pensar en la rehabilitación desde el momento mismo de inicio de la enfermedad.

- La territorialización distinta de los diferentes departamentos provoca dificultades en algunos lugares para el trabajo en red entre las diferentes redes.

- Todavía existen fallos en la continuidad de cuidados: a los 5-6 años cuando dejan de intervenir los centros de atención precoz y han de seguir los tratamientos en el CSMIJ; a los 18 años cuando los adolescentes en tratamiento han de pasar a los CSMA.

- La poca atención domiciliaria.

- La implementación incompleta de los diferentes programas en el territorio. En el mapa asistencial hay una gran variabilidad debido a ello. De hecho tan solo los Programas TMG (infantil), TMS (adultos) y Salud escuela están completos.

- Existe una gran variabilidad en la clínica, diagnóstico y tratamiento entre recursos.

- Faltan recursos comunitarios para personas mayores de 65 años.

- Faltan recursos especializados (socio-sanitario-educativos) para adolescentes con graves trastornos de conducta.

Los cambios que se han producido en los últimos 8 años hacen que haya sido una de las mejores épocas de la salud mental en Catalunya y sin duda la mejor de los últimos 50 años. Se ha contado con una Consejera de Salud, especialmente sensibilizada en la Salud Mental. Su empuje ha hecho de motor, sobre todo en la creación de recursos comunitarios y en la mejora de la atención de las patologías más graves. En 2009 empieza la crisis financiera a tomar un volumen muy importante y de hecho las llamadas “nuevas acciones” inician un parón. En este momento (dos años después) el panorama es absolutamente sombrío. Los recortes que se planea hacer en Sanidad, si se producen, nos van a llevar como mínimo 10 años para atrás. Va a ser imposible mantener los niveles de calidad actuales. Cierta desmoralización se está produciendo ya.

Otro fantasma que aparece provocando duros enfrentamientos, que algunos considerábamos ya superados, entre los profesionales es el de la evidencia científi-

ca. Nadie va a discutirla pero puede convivir perfectamente con la experiencia clínica evaluando los resultados. En grupos de trabajo (Trastornos del espectro autista y TDAH) ha sido muy complicado llegar a consensos.

Informe descriptivo

EXTREMADURA

Elaborado por

Ana García Nieto

Extremadura

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo:

La Salud Mental en Extremadura, se rige a través del II Plan Integral de Salud mental 2007-2012. <<http://www.saludmentalextramadura.com>>

Los decretos, órdenes y resoluciones por las que se han regulado las diferentes actuaciones y servicios son:

De organización y funcionamiento de la red:

- Decreto 146/2005, de 7 de junio, por el que se regulan los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se establecen los requisitos exigidos para la autorización de los mismos.

- Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma.

- Decreto 132/2008 de 30 de junio, sobre traspaso de medios personales, económicos y materiales del Hospital Psiquiátrico “Adolfo Díaz Ambrona” de Mérida a la Comunidad Autónoma de Extremadura.

- Decreto 133/2008 de 30 de junio, sobre traspaso de medios personales, económicos y materiales del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia a la Comunidad Autónoma de Extremadura.

- Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

- Decreto 107/2010, de 23 de abril, por el que se crea y regula la composición y funcionamiento del Consejo Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

De los profesionales:

- Orden de 27 de diciembre de 2006 por la que se crea la categoría estatutaria de Psicólogo Clínico en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud.

- Orden de 4 de diciembre de 2009 por la que se crean las categorías estatutarias de Enfermero Especialista de Salud Mental y Enfermero Especialista del Trabajo, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Extremeño de Salud, y se modifica la denominación de las categorías estatutarias de ATS/DUE y de Matrán.

Planificación y gestión:

Toda la gestión en salud mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura, se lleva a cabo desde la Consejería de Sanidad y Dependencia de la que dependen

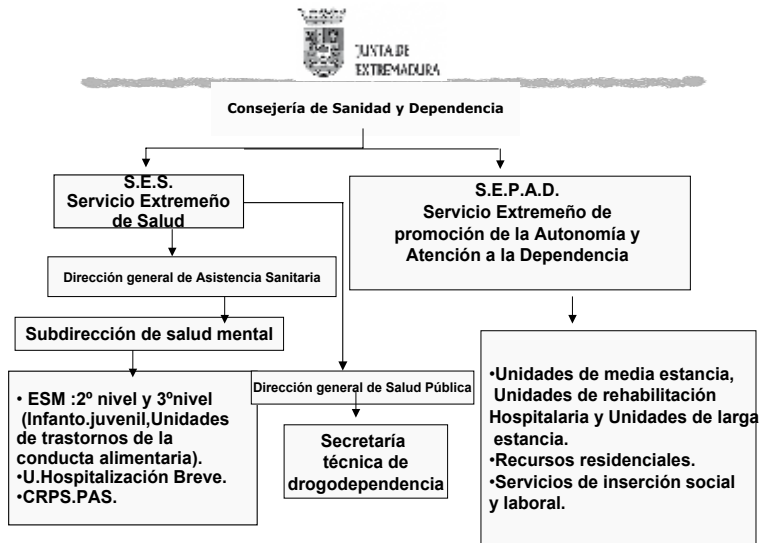
del Servicio Extremeño de Salud y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Desde la creación en 2008 del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) (Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura y Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia) y desde el traspaso, ese mismo año, de los medios personales, económicos y materiales de los psiquiátricos de Mérida y Plasencia a la Comunidad Autónoma, las competencias en salud mental y todos los recursos, están adscritos a la Consejería de Sanidad y Dependencia repartiéndose entre dicho ente público y el Servicio Extremeño de Salud (SES).

En este último organismo autónomo le corresponde a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y más concretamente a la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales (SSM y PA), la elaboración y dirección de los programas sanitarios en materia de salud mental, para lo que gestiona los siguientes recursos de atención especializada: Equipos de Salud Mental (16), Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil (3), Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (2), Unidades de Hospitalización Breve en Hospitales Generales (5), Centros de Rehabilitación Psicosocial (6) y Programa de Apoyo Sostenido (1). Por otra parte, es también competencia de la SSM y PA, además de los aspectos planificadores y de establecimiento de directrices relativos a los dispositivos asistenciales y rehabilitadores antes mencionados, la promoción de la salud mental, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas con trastornos mentales.

Por su parte, el SEPAD, a través de la Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, y más concretamente de la Unidad de Programas Asistenciales y de su Coordinación Técnica de Salud Mental, gestiona, coordina y supervisa el funcionamiento de los dispositivos de atención a la dependencia e integración social en personas con trastorno mental grave: 2 Centros Socio-Sanitarios (antiguos Hospitales Psiquiátricos, que consta cada uno de, Unidad de Media Estancia, Unidad de Rehabilitación Hospitalaria, y Unidades de Larga Estancia), 3 Centros Residenciales de Rehabilitación (residencias), 11 pisos supervisados, 3 programas de Rehabilitación Laboral, 3 Técnicos de Inserción Laboral y 6 centros de ocio.

Finalmente, la gestión de los recursos relacionados con la atención a las personas con trastornos por consumo de sustancias es competencia de la Dirección General de Salud Pública del SES a través de la Secretaría Técnica de Drogodependencias.



Los responsables autonómicos de la Salud Mental son:

- Subdirector de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dependiente del Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (Los puestos de Subdirector no se reconocen en Extremadura por Ley o Decreto pero la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales sí aparece recogida en la *Resolución de 12 de abril de 2010, de la Dirección Gerencia, por la que se modifica la estructura de los órganos de los Servicios Centrales del Organismo Autónomo y la Relación de Puestos de Trabajo de Personal Directivo de los mismos*, en concreto, formando parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. El Decreto 221/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud, establece en su Art. 7.h que a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES le compete la elaboración y dirección de los programas sanitarios en materia de salud mental.).

- Coordinadora Técnica de Salud Mental, enmarcada en la Unidad de Programas Asistenciales, dependiente a su vez, del Director General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. En relación con competencias sobre coordinación y ejecución de políticas sociales en materia de dependencia debida a enfermedad mental (El decreto 222/2008, de 24 de Octubre, por el que se aprueban los estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia establece entre sus funciones (artículo 2) la coordinación y ejecución de políticas sociales en materia de dependencia debida a enfermedad mental.

La sectorización de los Servicios está organizada en 8 áreas de salud del Servicio Extremeño de Salud. A su vez, el SEPAD cuenta con la misma distribución geográfica, lo que permite una mejor coordinación de los dispositivos sociales y sanitarios. Dependiendo del Servicio, se da cobertura a diferentes áreas según la distribución geográfica.

La coordinación dentro de las áreas, se lleva a cabo a través de las “Comisiones de áreas”, donde están representados los responsables de todos los Servicios sanitarios y sociales de dichas áreas. Tienen una periodicidad de funcionamiento bimensual o trimestral. Los objetivos de las comisiones tienen que ver con la optimización de la coordinación entre recursos. Además se celebran subcomisiones de casos donde se tratan casos clínicos de mayor complejidad y se acuerdan derivaciones entre recursos. Periodicidad mensual.

El buen funcionamiento de las Comisiones y subcomisiones depende de cada área y del coordinador de la misma. No todas resultan operativas e incluso no todas respetan la frecuencia de reuniones. La finalidad y estructura es adecuada pero el cumplimiento y seguimiento cuestionable en determinadas áreas.

2. *Red asistencial:*

EQUIPOS DE SALUD MENTAL (ESM)

Definición

Dispositivos ambulatorios. Diagnóstico y tratamiento a población adulta e infanto-juvenil.

Número total en la C.A.: 21: 16 Equipos de Salud Mental (ESM) (2º nivel),
2 Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTA) (3º nivel),
3 Equipos de salud mental infanto-juvenil (ESMIJ) (3º nivel)

UNIDADES HOSPITALARIAS

Unidades de hospitalización breve (UHB)

Definición

Unidades hospitalarias orientadas a la atención en crisis, y estabilización psicopatológica.

Nº total de Unidades: 5. Cuatro instaladas en Hospitales generales y otra en Hospital psiquiátricos que en breve pasará también al hospital general de referencia.

Dependencia

SES. Servicio Extremeño de Salud.

Unidades de media estancia (UME)

Definición

Dispositivos hospitalarios. Instaladas actualmente en los hospitales psiquiátricos. Destinadas a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después de las Unidades de hospitalización breve. Ofrecen además terapéuticas rehabilitadoras.

Nº de plazas

Existen dos UME, en Plasencia (para la provincia de Cáceres) y en Mérida Para provincia de Badajoz), con 42 plazas en total.

Dependencia

SEPAD (Servicio de promoción de la autonomía y atención a la dependencia). Consejería de Sanidad y Dependencia.

Unidades de Rehabilitación hospitalaria (URH)

Definición

Dispositivos hospitalarios. Instaladas actualmente en los hospitales psiquiátricos. Destinadas a pacientes de larga evolución de la enfermedad, con fines rehabilitadores y de integración, dentro de un entorno terapéutico de la psicopatología productiva.

Nº de plazas

Existen dos URH, en Plasencia (para la provincia de Cáceres) y en Mérida Para provincia de Badajoz), con 124 en total (cifra aproximada).

Dependencia

SEPAD (Servicio de promoción de la autonomía y atención a la dependencia) . Consejería de Sanidad y Dependencia.

CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)

Definición

Dispositivos de atención ambulatoria, cuyo fin es la recuperación de habilidades y fomento de competencias para el aumento de la autonomía e integración social. De personas con TMG.

Nº de plazas

Existen 6 CRPS: Plasencia, Mérida, Cáceres, Badajoz, Don Benito y Zafra . Entre 60 y 70 plazas cada uno.

Dependencia

Todos los CRPS (menos el de Plasencia) están concertados (el 100% de las plazas) con el Servicio Extremeño Salud (SES) y la gestión corresponde a FEAFES y a las Hermanas Hospitalarias. El CRPS de Plasencia depende del Ayuntamiento de esa localidad y está subvencionado por el SES.

PROGRAMA DE APOYO SOSTENIDO (PAS)

Definición

Dispositivos de atención ambulatoria, cuya función es la de ofrecer apoyo y soporte individual favoreciendo el mantenimiento en la comunidad y evitando la cronificación progresiva de la persona con enfermedad mental.

Nº de plazas

Existe 1 PAS en Cáceres, con 30 plazas.

Dependencia

Dependiente del CRPS de Cáceres y con el mismo sistema de gestión y financiación que este.

RECURSOS RESIDENCIALES

Centro Residencial de Rehabilitación (CRR)

Definición

Dispositivos residenciales comunitarios, régimen abierto, para personas con enfermedad mental grave con alta discapacidad y dependencia. Se ofrece apoyo y manutención, además de programas de rehabilitación para recuperación de habilidades y fomento de la autonomía.

Nº de plazas

3 CRR con 30 plazas en Cáceres, 30 en Badajoz y 40 en Plasencia

Dependencia

Concertados (el 100% de las plazas) con el SEPAD (Servicio de promoción de la autonomía y atención a la dependencia). Consejería de Sanidad y Dependencia. La gestión corresponde a FEAFES Cáceres (Cáceres), Hermanas Hospitalarias (Badajoz), Grupo 5 (Plasencia).

Pisos supervisados (PS)

Definición

Viviendas insertas en la comunidad, para TMG con menor grado de dependencia que los usuarios de CRR y por tanto con menor necesidad de supervisión.

Nº de plazas

18 pisos con una media de 4 plazas por piso.

Dependencia

4 pisos dependientes de los CRR de Cáceres y Badajoz y concertados y gestionados del mismo modo que dichos Centros.

4 pisos dependientes del Hospital psiquiátrico de Mérida y con la misma dependencia que éste.

2 pisos subvencionados por el SEPAD y gestionados por FEAFES.

6 Pisos de apoyo dependientes de los CRPS, un piso por centro, y que aunque son un

recursos residencial, sirven de apoyo a los usuarios de dichos Centros que viven en zonas rurales y les es muy costoso acudir a los Servicios de rehabilitación.

RECURSOS LABORALES

Programa de Rehabilitación Laboral (PRL)

Definición

Dispositivos que cuentan con una serie de actuaciones encaminadas a la integración laboral de personas con TMG.

Nº de plazas

2 Centros, en Cáceres y Badajoz, de 30 plazas cada uno.

Dependencia

Gestión privada: FEAFES y Fundación Sorapán de Rieros, respectivamente. Financiados por el SEPAD (Servicio de promoción de la autonomía y atención a la dependencia) . Consejería de Sanidad y Dependencia.

En los CRPS de las zonas donde no hay PRL, hay contratados Técnicos de Integración Laboral para trabajar el tema.

Taller Ocupacional (TO)

Nº de plazas

1 Centro en Don Benito.

Dependencia

FEAFES. Financiado por SEPAD (Servicio de promoción de la autonomía y atención a la dependencia). Consejería de Sanidad y Dependencia.

Centro Especial de Empleo (CEE)

Nº de plazas

Dependencia

Asociación de Usuarios de Badajoz. AEMIS. Financiado Consejería de Sanidad y Dependencia

CLUBS SOCIALES (CS)

Nº de plazas

7 Centros. Nº de plazas indefinido al ser Centros abiertos.

Dependencia

Gestión privada: Asociación de familiares y de usuarios. Financiados por la Consejería de Sanidad y Dependencia. SEPAD.

Según se ha apuntado, tienen gestión pública todos del Servicios dependientes del SES, excepto CRPS y PAS que tienen sistema de concierto con gestión privada.

Al considerarse recursos sanitarios, todos los servicios dependientes del SES son gratuitos.

En cuanto a las instituciones dependientes del SEPAD, los Recursos Residenciales, laborales y de ocio, pertenecen a la red pública pero tienen un sistema de concierto o subvención con gestión privada. PRL y Club sociales son Servicios gratuitos. Los Recursos Residenciales, hasta el momento, difieren en cuanto que los CRR y los pisos supervisados dependientes de los mismos son gratuitos, y el resto de pisos siguen un sistema de copago. Esto ha venido siendo un problema de agravio entre recursos que espera verse resuelto.

Sistemas de derivación

1. Derivación a ESM: Atención primaria y casos puntuales atención especializada.
2. Derivación a CRPS: Equipos de Salud Mental de referencia y Comisiones de área.
3. Derivación a UME Y URH: Equipos de salud mental de la provincia en cuestión, Unidad de hospitalización breve de referencia para esa provincia, Comisiones de área.
4. Derivación a Recursos Residenciales: Equipos de salud metal de las 8 áreas de salud, Unidades de hospitalización de la comunidad, Comisiones de área.
5. Derivación a PRL: Equipos de salud mental de referencia, Comisiones de área.

Existen informes de derivación específicos para el acceso a cada Servicio, y los responsables del recurso valoran las entradas.

Para el acceso a recursos residenciales, funciona una comisión específica, dependiente de la dirección general del SEPAD, compuesta por diferentes categorías profesionales. Evalúa cada informe de derivación y decide la adecuación o no al perfil. En el primer caso, asigna una puntuación, en función de un baremo basado en criterios de necesidades clínicas y sociales. A esta valoración se le une la puntuación obtenida en la evaluación de grado y nivel de dependencia, para obtener una única puntuación y una lista de espera unificada, ya que para el acceso a este tipo de recursos se requiere la condición de dependientes según la Ley 39/2006.

Tablas resumen de dispositivos y nº.

ESM	UTA	ESMIJ	CRPS	UHB	UME	URH	CRR	PS
16	2	3	6	5	2	2	3	18
PAS	PRL	TO	CEE	CS				
1	2	1	1					

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
Asistencia ambulatoria	Equipos de salud mental (ESM)	16	
	ESM infanto juvenil	3	
	Unidad de tratamiento para trastorno de la conducta alimentaria).	2	
	Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)	6	
Unidades de hospitalización	Unidad de hospitalización breve (UHB)	5	
	Unidad de media estancia (UHB)	2	
	Unidad de rehabilitación hospitalaria	2	

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
RESIDENCIAL	Casas hogar	3	100
	Viviendas supervisadas	18	72
	Pensiones (con plazas en convenio)		
	Residencias generales (con plazas en convenio)		
OCUPACIONAL-LABORAL	Talleres Ocupacionales	1	
	Empresas Sociales	1	
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo	3	60
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales	7	
TUTELAS	Entidades Tutelares	2	

3. Recursos humanos

Red sanitaria

Tabla resumen de profesionales y nº.

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupac.	Aux Enferm	Monitor Ocupac	Aux. Adm.
57,5	54	64	13	6	37	25	19

Red sociosanitaria

Tabla resumen de profesionales y nº.

Psiquiatría	Psicología clínica...	Enfermería	Trabajo Social...	Terapia Ocupac.	Aux. Enferm	Monitor Ocupac	Aux. Adm.
13,5	12	36	4	5	252	67	3,75

4. *Atención a las Drogodependencias*

La red de Servicios de atención a la drogodependencia, pertenece al SES, pero a una dirección general diferente que la red de salud mental. Aun así, las derivaciones a estos servicios, además de atención primaria, se efectúan desde los ESM, y existe coordinación entre ambas redes de atención.

Existen:

53 dispositivos ambulatorios: Equipos de Conductas Adictivas, Puntos de Atención a Drogodependencias, Unidades Móviles de Reducción del Daño, Centros de Día, y otros dispositivos de atención al juego patológico y a la dependencia al alcohol.

9 Comunidades Terapéuticas.

2 Servicios para Ingresos para desintoxicación, con un total de 12 camas.

1 Centro de Tratamiento Breve.

1 Piso Supervisado.

5. *Valoración global*

Puntos fuertes

- La salud mental en Extremadura, ha sufrido una notable mejora en los últimos años. Dicho avance se ha hecho evidente fundamentalmente entre 2002 y 2005, coincidiendo con la asunción de las transferencias en materia de asistencia sanitaria.

- Se produce un incremento de los dispositivos sanitarios, al tiempo que se continúa el desarrollo de los de apoyo social y de las estructuras de coordinación. Se ha producido además un importante incremento en cuanto a profesionales, desde el año 2002, doblando prácticamente el número de los existentes en el 95 (datos de 2007).

- Se ha logrado unificar el modelo de atención, basado en el ESM como eje y suprimiendo el modelo de consultas y centros sin sectorizar.

- En cuanto a las hospitalizaciones, se han incrementado las Unidades de Hospitalización Breve, y se ha completado el proceso de supresión de la hospitalización aguda en los Hospitales Psiquiátricos, dando como resultado la creación de dos unidades de hospitalización nuevas en los Hospitales Generales. Se han creado dos Unidades de Media Estancia, y dos de Rehabilitación Hospitalaria.

- En cuanto a los Servicios de rehabilitación psicosocial, son los que más han crecido, se ha logrado poner en marcha dispositivos incluso no contemplados inicialmente, hasta situarse en segundo lugar entre las regiones españolas con mayor número de plazas por habitante.

- Los Recursos en general están bien definidos, con protocolos de funcionamiento donde se especifican sistemas de derivación, coordinación y cartera de Servicios. Al depender todos los recursos de la Consejería de Sanidad y Dependencia, las posibilidades de regularizar y llevar un seguimiento del flujo asistencial, de sistemas de coordinación y de necesidades, es más fácil.

- Con la creación del SEPAD, queda ubicado el espacio asistencial socio-sanitario y con ello el sistema de financiación.

- Al depender de la misma Consejería lo Sanitario, lo Socio-Sanitario y lo Social, se espera una buena coordinación entre recursos, una clara visión de “vacíos” asistenciales, así como el poder evitar la duplicidad de esfuerzos y Servicios.

Puntos débiles

- Los Equipos de Salud Mental no acaban de ejercer su función de gestión compartida de casos. En alguno de ellos no está la figura del trabajador social, en muy pocos se hacen visitas domiciliarias y los pacientes con enfermedad mental grave de zonas rurales que no acuden a consultas, están desatendidos.

- Existen dos áreas de salud (Coria y Navalmoral) sin ningún recurso de rehabilitación, existiendo exclusivamente el ESM, para áreas dispersas geográficamente y con escasas posibilidades de comunicación.

- No existen programas Asertivo-Comunitarios o programas de acción social que, en una región como esta, cobrarían más sentido dada la dispersión geográfica aludida y la dificultad de acceso a recursos.

- Aunque en claro aumento, aun hay pocas plazas residenciales dada la amplia lista de espera que aun existe.

- Se cuenta con pocos recursos laborales y se aprecia una clara necesidad de Centros ocupacionales y CEE.

- Todavía existen en los Hospitales Psiquiátricos, Unidades donde hay pacientes que no responden a perfiles de URH y por tanto tampoco pueden acceder, por

sus características, a recursos comunitarios “¿remanente manicomial”? Aun no hay una respuesta adecuada para ellos.

- Aunque se contempla en el II Plan de Salud Mental, no se cuenta con Hospitales de Día en toda la comunidad.

- No existen camas hospitalarias específicas para trastornos de la conducta alimentaria, estos casos siguen ingresando en las Unidades de Psiquiatría, pediatría o se derivan fuera de la Comunidad.

- En cuanto a la atención a la población infantil, las carencias tienen que ver con la ausencia de Unidades hospitalarias específicas. Se echa de menos la coordinación con el sistema educativo a través de protocolos de actuación en problemáticas como TDAH.

- Respecto a los trabajadores contratados por la Junta de Extremadura, se regulan sus contratos por convenio distinto al personal de centros concertados. Pese a que los Servicios de rehabilitación concertados o subvencionados son considerados como Centros de la red pública, con pacientes exclusivamente derivados por la misma, teniendo la gestión de la lista de espera la Consejería de Sanidad (SES y/o SEPAD), participando los trabajadores en Comisiones de áreas y desarrollo de proyectos, exigiéndoles una actividad asistencial determinada y una cartera de Servicios específica, sus profesionales, se encuentran en una clara desventaja respecto al resto al no contabilizar méritos por tiempo trabajado y contar con menor retribución económica.

Informe descriptivo

GALICIA

Elaborado por

Fernando Márquez Gallego

Galicia

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo:

La transferencia de competencias sanitarias a Galicia es efectiva desde el año 1991.

El marco normativo autonómico en materia de sanidad tiene como referencias la Ley General de Sanidad de 1986 y la legislación básica del Estado en materia de Cohesión y Calidad (2003), Catálogo de Prestaciones Sanitarias (2006) y las Leyes de Organización de las Profesiones Sanitarias y de Biomedicina.

La regulación normativa autonómica específica la componen fundamentalmente la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia (2003) y la Ley de Salud de Galicia (2008).

La normativa clave de referencia en materia de Salud Mental en Galicia es el Decreto 389/1994 de 15 de diciembre que regula la Salud Mental en Galicia. Así mismo son de interés sus órdenes de desarrollo, especialmente:

- Orden de Integración Funcional de la Red Asistencial de Drogodependencias y Centros de Atención a pacientes con problemas de alcoholismo (mayo, 2007).
- Orden de Regulación de las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación Psiquiátrica (enero 2008).
- Decreto y Orden que desarrollan la normativa reguladora de Dispositivos de Apoyo Comunitario (DAC).

Planificación

El documento de planificación de referencia es actualmente el Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia. Es el primero que se aprueba con tal denominación y objetivos. Fue aprobado por el gobierno de la Comunidad Autónoma en Octubre de 2006, con vigencia hasta 2011. Incluye programa financiero y cronograma que supone en su conjunto, en los distintos capítulos presupuestarios (I, II, IV y VI) un total acumulado de 43 millones de euros (adicionales al coste básico de la red de Salud Mental en el momento de su aprobación).

Participación

Existen como mecanismos de participación:

- Una comisión asesora de Salud Mental de la Consellería de Sanidade de carácter no periódico.
- Una reunión de coordinadores y jefes de servicio de las distintas Áreas de Salud Mental de carácter periódico.

- Grupos de trabajo específicos para las distintas unidades y programas de Salud Mental.
- Comisiones “ad hoc” para problemas y programas específicos (internamiento urgente involuntario, intervención en crisis,...).

Tanto la regulación normativa como los documentos de planificación pueden considerarse como herramientas operativas y eficaces. La financiación del Plan Estratégico supone un esfuerzo considerable realizado por primera vez por un gobierno autonómico aunque no recoja todas las necesidades y aspiraciones del sector de Salud Mental. La financiación y la ejecución de los programas y recursos de los DAC y de drogodependencias, alcoholismo y dependencias sin sustancia se realizan a través de FEAFES- Galicia y del movimiento asociativo específico en dependencias, aunque la regulación, coordinación y supervisión se realizan desde Salud Mental.

2. *Red Asistencial de Salud Mental*

Está integrada en la Atención Especializada del Servicio Galego de Saúde y dependen en las áreas sanitarias de la gerencias hospitalarias (siete áreas urbanas y periurbanas y siete comarcales).

La red asistencial está adaptada e integrada en la organización territorial del SERGAS que sigue, en general, lo establecido en la Ley General de Sanidad con las especificaciones que aporta la Ley de Organización Sanitaria de Galicia.

La organización de la red asistencial es básicamente coherente y equitativa, aunque las áreas que dispusieron por razones históricas de un hospital psiquiátrico monográfico (Santiago, Orense, Lugo y Vigo) tienen una dotación de recursos proporcionalmente mayor.

La red asistencial aún siendo coherente y articulada es de discreta potencia y dimensión tanto en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (sobre una ratio estimada en 10 camas x 10000 habitantes, existe un déficit en torno a 50 camas) y Unidades Hospitalarias de Rehabilitación Psiquiátrica (sobre una ratio estimada en 10 camas x 10000 habitantes, existe un déficit aproximado de 90 camas adicionales de media estancia) como en Hospitales de Día (cada vez resulta más necesario reforzar las plantillas para realizar también programas específicos de tarde) y Unidades de Salud Mental (sobre un equipo mínimo establecido en 2 psiquiatras, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería y apoyo administrativo y de trabajo social, y una ratio de una USM por cada 50000 habitantes existe un déficit de 10 unidades de Salud Mental y sus correspondientes equipos). En este último caso es especialmente débil la red específica de Psicogeriatría (con un solo equipo específico en Santiago

y escaso desarrollo en las demás áreas). Así mismo tiene escasa dimensión la red específica de Salud Mental Infantojuvenil, que carece de hospitales de día y unidad hospitalaria especializada normativamente obligatoria. Resultan así mismo insuficientes las alternativas residenciales completas para trastorno mental severo.

La cartera de servicios asistenciales está básicamente cubierta aunque sin desarrollos potentes. Los indicadores de respuesta asistencial cuantitativos son aceptables, pero no resultan evaluables cualitativamente por no estar implantados en el sector de salud mental sistemas acreditados de calidad.

La Atención Primaria se ha consolidado como puerta única de entrada a la red de Salud Mental, a excepción de las urgencias hospitalarias. Su función como externalización desde Salud Mental es muy limitada dado el escaso volumen de las altas desde nuestra red. La interrelación entre ambos niveles es aceptable funcionalmente, pero está insuficientemente formalizada y evaluada.

Las Unidades de Salud Mental claves en los flujos de entrada, frecuentación hospitalaria, seguimiento y salida de los pacientes se han planificado inicialmente para favorecer la accesibilidad de la población. En la Comunidad existen 35 unidades de Salud Mental que han conseguido dicho objetivo a mucha distancia de cualquier otra especialidad sanitaria, salvo Atención Primaria. Este objetivo alcanzado tiene el precio de la dispersión de recursos y escasa dimensión de dichas unidades para sus decisivas funciones. El desafío de aumentar su dimensión y potencia resulta clave para la calidad de las prestaciones en el conjunto de la red de Salud Mental.

La coordinación interna en la red de Salud Mental es adecuada aunque existen déficits de coordinación transversal tanto con especialidades y servicios fronterizos (neurología, rehabilitación, medicina interna, geriatría,...) como con otros servicios públicos (servicios sociales, educación, justicia, trabajo,...) y también con el movimiento asociativo. La coordinación e integración funcional con las redes asistenciales de drogodependencias y alcoholismo son crecientes y fructíferas aunque requieren desarrollos más potentes en programas conjuntos e investigación. Así mismo está mejorando paso a paso la coordinación con los DAC que gestiona FEAFES- Galicia.

3. *Docencia, Formación Continuada e Investigación*

La formación de especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica (MIR y PIR) tiene un desarrollo correcto aunque necesitan mejoras cualitativas como el incremento de la supervisión clínica y de equipos y la formación rigurosa para tareas de investigación y evaluación. Es notoriamente deficitaria la formación de especialistas de enfermería en Salud Mental Comunitaria, de las que sólo existen dos plazas acreditadas en Vigo.

La formación continuada se está consolidando convirtiéndose en un programa sólido y de interés creciente. Dispone de media jornada semanal docente en las distintas áreas de Salud Mental. Necesita dar un salto a la acreditación de calidad.

Existe, adicionalmente, un programa de formación continuada autonómico de carácter complementario y una comisión autonómica de docencia que intenta integrar y desarrollar coherentemente los distintos programas formativos.

La investigación, tanto en la formación metodológica como en la formación de grupos y participación en redes asociadas y CIBER de Salud Mental es notoriamente deficitaria y requiere profundas mejoras. Es un auténtico talón de Aquiles para la potenciación, acreditación y desarrollo de la salud mental en Galicia.

4. *Valoración Global*

Utilizaré para realizar una síntesis ordenada un análisis DAFO.

Puntos fuertes

- El citado Plan Estratégico de Salud Mental, primero que se ha planteado en Galicia, como señalé anteriormente, ha alcanzado los objetivos marcados en algunos aspectos. En concreto en el desarrollo de los DAC dirigidos a pacientes y familias con trastorno mental severo así como en el número de equipos de continuidad de cuidados que ya existen en todas las áreas de Salud Mental.

- También se han alcanzado los objetivos cuantitativos marcados en relación con los programas de formación continuada y de formación de especialistas, aumentando el número de plazas acreditadas para MIR de Psiquiatría de siete a catorce y de PIR de cuatro a siete. En el caso de los PIR, este crecimiento permite asegurar que las siete principales áreas de Salud Mental dispongan cada una de ellas de la entrada de un nuevo PIR anualmente.

- Así mismo como se ha indicado se ha completado en sus aspectos básicos el desarrollo normativo del Decreto 389/94 del 15 de diciembre de Regulación de la Salud Mental de Galicia a través de las Órdenes de 12 de mayo de 2007 y de 29 de enero de 2008 sobre integración funcional en el campo de las drogodependencias y sobre el desarrollo de las unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica.

- Además se han mejorado y potenciado, aunque limitadamente, los programas de interconsulta y enlace hospital.

Puntos Débiles

- Existen debilidades estructurales y escasa dimensión en el conjunto de unidades de la red de Salud Mental, que en el caso de USM no alcanzan en su totalidad la dotación mínima que señala el Plan Estratégico (dos psiquiatras, un psicólogo clí-

nico, un profesional de enfermería y el apoyo social y administrativo que requieren para sus tareas).

- Existe un desarrollo incompleto de la red de Salud Mental Infantojuvenil que no dispone de hospitales de día ni de hospitalización psiquiátrica.

- Existe un desarrollo deficitario de unidades y programas de psicogeriatría.

- Existe un desarrollo incipiente, pero escaso de plazas residenciales para trastorno mental severo y apenas se cuenta con programas de integración laboral.

- En relación con los recursos humanos existe un marcado déficit de algunos perfiles profesionales como enfermería, terapia ocupacional, trabajo social,... Así mismo se ha producido un desarrollo todavía muy incipiente en programas de supervisión clínica y de equipos que a estas alturas no tiene asegurada su continuidad.

- En relación con los programas existe un desarrollo escaso de la gestión clínica (salvo en el área de Ferrol), déficits en la respuesta asistencial a pacientes con problemas judiciales y trastorno grave de personalidad, así como dificultades para atender nuevas demandas (daño cerebral sobrevenido y degenerativo, dependencia sin sustancia, patología dual,...) y para la atención a poblaciones vulnerables (menores, problemas específicos de género, cuidadores no profesionales,...).

- Existe un escaso y poco sólido desarrollo de programas de investigación en Salud Mental y de implantación de programas de calidad acreditados.

- Está pendiente todavía la integración en la red del SERGAS del Hospital Psiquiátrico de Lugo y su transformación en las distintas tipologías de las unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica previstas en el Plan Estratégico.

Amenazas

- En las circunstancias descritas una amenaza presente y que se puede intensificar a medio plazo es la saturación de recursos, tanto hospitalarios como intermedios y comunitarios. Es especialmente relevante la amenaza de “ambulatorización” de las unidades de Salud Mental con pérdida de calidad en la respuesta asistencial e incrementos sustanciales en la demora de atención. En este contexto parece muy difícilmente abordable atender a las “nuevas demandas”.

- Otro escenario amenazador en un horizonte temporal medio es la reducción dramática y previsible de cuidadores familiares de pacientes con trastorno mental severo en un entorno de limitado desarrollo de alternativas residenciales completas y de una débil tutela institucional de adultos.

Oportunidades

- En Galicia una oportunidad estratégica es la puesta en marcha de la evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental y la preparación y diseño del segundo

Plan Estratégico para el período 2011-2016, que recogería el escenario final de la crisis actual y el horizonte de inicio de salida de la crisis, combinando prioridades actuales y desarrollos de futuro.

- En la misma línea debería impulsarse la estrategia de Salud Mental del SNS y a través del mismo enlazar con Europa y organismos internacionales, así como la cooperación interautonómica y transfronteriza.

- Es sin duda una oportunidad la potenciación de la Gestión Clínica y de los Programas Acreditados de Calidad al amparo de una normativa autonómica que ya los potencia y regula.

- La promoción de programas transversales con servicios, agencias y entidades que comparten problemas multidimensionales y complejos (servicios sociales, educación, justicia, trabajo, movimientos asociativos específicos y generales...).

- La continuidad asistencial con Atención Primaria y los programas de enlace y duales con unidades y servicios fronterizos como neurología, rehabilitación, geriatría, drogodependencias,...

- Es una oportunidad y una necesidad estratégica el desarrollo de programas preventivos en Salud Mental y otras redes asistenciales con experiencia en este campo como son las de Atención Primaria y Drogodependencias.

- Son necesarias y oportunas la generación de alternativas residenciales, adaptadas y reforzadas sanitariamente, los programas psicoeducativos para pacientes, familias y cuidadores además de los programas cada vez más imprescindibles de cuidado de cuidadores.

- Es necesario promover iniciativas para el desarrollo de programas innovadores y la generación de bancos de buenas prácticas clínicas y asistenciales, fomentando los intercambios en el seno de nuestro Sistema Nacional de Salud.

- Son necesarios programas para pacientes judiciales, para pacientes con trastorno mental complejo y resistente y programas de intervención en crisis que se articulen en una continuidad de cuidados con las restantes unidades y programas de la red asistencial.

- Es necesario formalizar e institucionalizar fórmulas de participación sobre la base de los agentes participantes en el ámbito de la Salud Mental (profesionales, sociedades científicas, movimiento asociativo,...) y sectores relacionados.

- Es necesario dar un paso más en los programas de formación de especialistas y de formación continuada con la búsqueda de la acreditación de calidad de los mismos y el desarrollo de la supervisión clínica y de equipos.

- Es imprescindible convertir en oportunidad la debilidad de los programas de investigación en Salud Mental abordándolos desde una triple perspectiva: la formación rigurosa en metodología de investigación fomentando la relación con las

unidades de investigación del SERGAS, la creación de grupos y la participación en proyectos traslacionales de ámbito, al menos interautonómico y orientados a problemas relevantes en salud mental en la población.

- Es imprescindible construir un sistema de evaluación que permita adoptar decisiones solventes e informadas.

En su conjunto se puede afirmar respecto a la Salud Mental en Galicia que:

- Existe un marco normativo (Decreto y Órdenes de desarrollo), un documento de planificación operativa (Plan Estratégico) y mecanismos de participación que configuran las bases de un modelo de atención a la Salud Mental de tipo comunitario, en línea con el contemplado en el documento de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (diciembre 2006), aunque con desarrollo incompleto. Es esfuerzo presupuestario realizado en los dos primeros años del Plan ha sido el más importante realizado hasta el momento en Galicia.

- Existe una red básica de servicios, unidades y programas de Salud Mental accesibles, de distribución equitativa y que conforman una red adecuadamente articulada en cada una de las áreas de Salud Mental. Dicha red, como se ha dicho anteriormente, está escasamente dimensionada y tiene recursos todavía insuficientes en la red básica: USM (déficit de 10 unidades), UHP (déficit de 50 camas de las que el 50% deberían ser para programas de Intervención en Crisis), Unidades Específicas (inexistencia de la UHP de adolescentes de referencia autonómica, y sin 6 de las 7 unidades de Psicogeriatría previstas). En los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica hospitalarios, existe un déficit de 90 camas en unidades de cuidados de Rehabilitación equivalentes a unidades de media estancia y en plazas residenciales para trastorno mental severo sería necesario contar al final del plan con otras 60 plazas. Además los programas de apoyo familiar y de cuidado de cuidadores para este tipo de pacientes todavía no cuentan con la potencia y generalización necesarias.

- Una red asistencial tan ajustada y con los límites señalados se encuentra en dificultades para dar respuestas adecuadas a las nuevas demandas, a los programas transversales y a los de continuidad de cuidados. Resulta difícil en este escenario el desarrollo de la gestión clínica y de los programas acreditados de calidad.

- Los programas preventivos en Salud Mental solamente están diseñados e implementados suficientemente en la red de Drogodependencias y Alcoholismo. No existe articulación ni coordinación efectivas con Salud Pública y Atención Primaria al respecto.

- Los programas de formación de especialistas, salvo en el caso de enfermería, están cuantitativamente y formalmente desarrollados de manera básicamente adecuada. La misma afirmación se puede hacer en relación con los programas de

formación continuada. Resulta en momento apropiado para dar un salto de calidad en ambos.

- Se ha insistido y hay que volver a hacerlo en la debilidad de los programas de investigación tanto en lo que afecta a la formación específica para estas tareas como a la creación de grupos y participación en proyectos de investigación traslacional más allá de las fronteras de la Comunidad Autónoma.

- La evaluación tendría que poner en evidencia lo conseguido en el desarrollo de Plan Estratégico entre el 2006 y el 2009 y los objetivos pendientes de alcanzar así como su priorización en un contexto de crisis. Este sería el momento de iniciar este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Isabel Guillén Santos.

Informe descriptivo

LA RIOJA

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Vasco-Navarra de Salud Mental –
Osasun Mentalaren Elkartea**

Elaborado por

Eva Garnica de Cos

La Rioja

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

En La Rioja en 2009 no hay un plan de Salud Mental vigente, ni un Servicio de planificación para la Salud Mental, aunque sí hay un responsable para la misma. Asimismo, tampoco existe un Servicio de Gestión Autonómica específico. No hay tampoco presupuesto anual para Salud Mental, ni Contrato Programa.

2. *Red asistencial*

La Ordenación Territorial depende de 1 área y 4 sectores. Tiene Ordenación Funcional. La red de Salud Mental en general no se coordina con los recursos comunitarios (sociales, judiciales, etc.).

Red de servicios sanitarios

En La Rioja hay 4 Centros de Salud Mental, sin coordinador ni cartera de servicios. En 2008 (carecemos de datos sobre 2009 en este aspecto) se atendieron un total de 7042 nuevas consultas (y un total de 54809 consultas), con una demora media de 18 días. Existe además 1 Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil que sí tiene responsable de Centro. En este caso se atienden 685 nuevas consultas (de un total de 4830 consultas), con una demora media de 45 días.

La Rioja cuenta con 1 Unidad de Hospitalización Breve ubicada en Hospital General, que cuenta con 18 camas. El número de ingresos totales fue de 485 pacientes, y se atendieron 688 urgencias. La estancia media en esta Unidad es de 10,86 días. No existen camas para ingreso psiquiátrico infanto-juvenil. Hay 1 Unidad de Media Estancia con 26 camas. También existe 1 Unidad de Larga Estancia, denominada Centro Asistencial de Albelda, con 140 camas. Todos estos dispositivos son de gestión pública, financiados por el Gobierno de la Comunidad y de pertenencia exclusivamente sanitaria. La Comunidad no cuenta con Hospitales de Día, pero sí cuenta con 1 Unidad de Rehabilitación del área, con 25 plazas, de gestión pública.

En la tabla siguiente se recogen estos datos:

CSM	CSMI-J	UHB	UME	CAA	URA
4	1	1 (18)	1 (26)	1 (140)	1 (25)

Red sociosanitaria:

No existen alternativas residenciales, ni recursos laborales, ni de ocio y tiempo libre etc.

3. Recursos humanos:

En los CSM se distribuyen de la siguiente manera:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
10	8	9	0	0	1	0	1

En el CSMI-J:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
1	2	1	0	0	0	0	0

En la UHB:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
4	1	9	0	0	14	0	0

En la Unidad de Rehabilitación se trabaja con:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
0	1	1	1	1	3	0	0

La Unidad de Media Estancia cuenta con:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
2	0	7	0	1	12	0	0

En el Centro Asistencial de Albelda se distribuyen de la siguiente manera:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
2	1	15	1	1	72	0	0

4. *Atención a las drogodependencias*

La atención a las drogodependencias está incluida en la red de Salud Mental. No contamos con datos acerca de los dispositivos dedicados a estos pacientes.

5. *Valoración global*

Nos ha sido imposible contar con más datos de esta Comunidad, por lo que es probable que haya dispositivos y profesionales que no se han reflejado en este Observatorio. Con los datos que tenemos, se puede valorar:

Respecto a los CSM, puede decirse que en La Rioja hay un número mayor de lo habitual por número de habitantes, y trabajan con suficientes psicólogos y enfermeras, pero pocos psiquiatras (al menos respecto a la media española).

La estancia media de los ingresos en la UHB es baja, posiblemente por tener que atender a toda la población en muy pocas camas. No existe ninguna Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil.

Sí existe Unidad de Media Estancia, con menos camas de lo esperado para la población atendida y de Larga Estancia con, en cambio, más camas que la media española.

Es probablemente necesaria una red mínima sociosanitaria que cubra necesidades residenciales y laborales de los pacientes de La Rioja, no contamos con datos acerca de su existencia. También es llamativa la falta de responsables en los Centros (que probablemente facilitarían la coordinación entre dispositivos etc.), y la no existencia de Cartera de Servicios, al menos en los datos que hemos recogido.

Informe descriptivo

MADRID

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Madrileña de Salud Mental**

Elaborado por

José Morales Zamorano

Madrid

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

El marco general viene definido por el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) que señala como principios la integración de de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y que 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, que la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y que se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la coordinación con los servicios sociales.

En enero de 2002 se producen las transferencias sanitarias a la Comunidad de Madrid que se incorporan siguiendo las directrices de la Ley 12/2001 de 21 de diciembre, Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) aprobada en diciembre de 2001 y que se convierte en el marco legislativo de la atención a la salud mental, y que en su artículo 16 recoge las actuaciones que se han de llevar a cabo para la atención a la salud mental y que coinciden con los principios señalados por la Ley General de Sanidad. El desarrollo de estas actuaciones se recoge en el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, aún vigente en diciembre de 2009 y que se puede descargar en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1159882062184&language=es&pageid=1156329913962&pagename=PortalSalud%2FPPTSA_Generico_FA%2FPPTSA_pintarGenerico&vest=1156329913962>; aunque en ese momento se estaba elaborando el definitivo Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 (que se puede descargar en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142585101254&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829817>).

La LOSCAM y el Decreto 22/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, es el único marco legislativo, pero realmente ninguno de ellos regula de forma explícita aspectos referentes a la planificación o gestión de la salud mental. En cambio, a nivel sociosanitario, los recursos de rehabilitación sí están más definidos en el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre (publicado en el B.O.C.M. el 9 de Octubre de 1997), en el que se estableció el Régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con problemas de integración social, en diferentes centros de servicios sociales especializados.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 define un modelo territorializado, considerándose la unidad básica de actuación, gestión y referencia el Área Sanitaria, con un funcionamiento integrado en cuanto a las actuación de los recursos sanitarios y con la creación de una Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, como uno de los objetivos estratégicos del plan. A lo largo del desarrollo del Plan, se fueron tomando decisiones que iban en contra de potenciar el modelo territorializado, creando unidades específicas desintegradas y partir de 2008 se abandona el objetivo de la creación de una red única en torno al Área Sanitaria y se promueve el nuevo Plan de Salud Mental que hace desaparecer la territorialización como base del modelo asistencial.

En cuanto a la planificación y gestión, existe una Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental creada por el Decreto 1/2002 del 17 de enero por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, que en el Plan de 2003-2008 asume funciones de dirección, control y gestión de una parte de los recursos asistenciales, aquellos procedentes del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y las funciones de establecer convenios y conciertos con entidades no administrativas de la Comunidad de Madrid. Además tiene funciones de planificación y elaboración de cartera de servicios y política de calidad así como funciones de compra de algunos servicios: Camas de Media y Larga Estancia, Camas de programas especiales, Hospitales de Día, Recursos Intermedios de Rehabilitación Psicosocial y soporte social. Fuera de éstas últimas funciones, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental ha tenido poco peso en la organización de la atención a la salud mental, funcionando cada red de dispositivos de forma bastante autónoma, y solo el voluntarismo de los profesionales ha tendido a una integración funcional.

No se ha funcionado con contratos de gestión ni contratos programa.

La red sanitaria era predominantemente pública hasta hace poco, y en los últimos años, sobre todo en relación con la apertura de los nuevos hospitales coexisten varios modelos: 12 hospitales públicos tradicionales; 5 nuevos hospitales PFI -iniciativa para la financiación privada-, 1 empresa pública, 1 fundación, 1 concesión administrativa, 2 conciertos. La red de rehabilitación es predominantemente concertada, coexistiendo distintos modelos: entidades con o sin ánimo de lucro (elevado porcentaje de entidades religiosas), fundaciones, asociaciones de familiares, entidades privadas. La red de drogas es predominantemente concertada.

La financiación es pública (Consejería de Sanidad para la red de salud mental y Familia y Asuntos sociales para la red de rehabilitación; ayuntamientos y Comunidad de Madrid para la red de drogas).

2. Red asistencial.

La red especializada de atención a la salud mental está compuesta por tres redes, la red de recursos sanitarios de salud mental, la red de atención a drogas y la red de recursos sociales específicos para la atención y soporte social de las personas con enfermedad mental crónica.

Red Sanitaria.

La red de recursos sanitarios está zonificada y organizada en torno a 11 Área Sanitarias con una población asignada muy desigual desde 300000 hasta 800000 habitantes. Cada Área Sanitaria cuenta con varios Centros de Salud Mental, que constituyen la puerta de entrada a la atención especializada a la salud mental y varios Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles que están integrados en los Centros de Salud Mental como un programa específico. Los Centros de Salud Mental dependen mayoritariamente de la Oficina de Salud Mental. Las Áreas cuentan además con una Unidad de Hospitalización Breve y, prácticamente todas, con un Hospital de Día, que dependen de las Gerencias de Atención Especializada. Existen además una serie de recursos supraárea que atienden a la población de varias Áreas, este es el caso de las Unidades Específicas para Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos de la Personalidad, que pueden depender de la Oficina de Salud Mental, ser concertadas o depender de las Gerencias de entes autónomos (Hospital Psiquiátrico de Madrid e Instituto Psiquiátrico José Germain). También recursos supraárea son las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación y las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados que son mayoritariamente concertadas o dependen de las Gerencias de entes autónomos.

La red de atención a drogas está compuesta por una red de dispositivos dependientes del Ayuntamiento y otros dependientes de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, siendo concertados en su mayoría y con un acceso y funcionamiento totalmente independiente y al margen de la red sanitaria.

CSM	CSMI-J	UHB	UHBI-J	HD	HDI-J	CT-TP	UHTR	UCPP
36	33	22	2	15	6	2	6	15

CSM: Centro de Salud Mental

CSMI-J: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

UHB: Unidad de Hospitalización Breve

UHBI-J: Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil

HD: Hospital de Día

HDI-J: Hospital de Día Infanto-Juvenil

CT-TP: Comunidad Terapéutica para Trastornos de Personalidad

UHTR: Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación

UCPP: Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

Red Sociosanitaria.

Está compuesta por una red de recursos dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales a través de distintos conciertos con distintas empresas. La red de dispositivos tiene una distribución por Áreas Sanitarias y el acceso a los mismos se hace exclusivamente a través de los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los Centros de Salud Mental. Cada Área organiza con criterios propios la utilización de sus recursos a través de estructuras de coordinación de Área. En la mayoría de estos recursos no se ha podido reflejar en el cuestionario la entidad gestora de entre las distintas opciones que se ofrecen, ya que los recursos son gestionados por una amplia variabilidad de grupos: empresas privadas (con ánimo de lucro) o relacionadas con familiares o con entidades religiosas (pero sin poder cuantificar el número exacto).

CRL	CRPS	CD	EASC	MR	PS	Pensiones	UPG
18	25	37	38+1	19	73	22 plazas	3

CRL: Centro de Rehabilitación Laboral (todo social)

CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial (23 social-2 sanitario)

CD: Centro de Día de Soporte Social (28 social-9 sanitario)

EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario (38+1

equipo de atención a enfermos mentales sin hogar) (todo social)

MR: Miniresidencia (18 social-1 sanitario)

PS: Piso supervisado (58 social-15 sanitario)

UPG: Unidad de PsicoGeriatría (2 social-1 sanitario)

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
RESIDENCIAL	Casas hogar		
	Viviendas supervisadas	73	276
	Pensiones (con plazas en convenio)		22
	Residencias generales (con plazas en convenio)	19	465
OCUPACIONAL-LABORAL	Talleres Ocupacionales		
	Empresas Sociales		
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo		
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales		
TUTELAS	Entidades Tutelares	2	

3. Recursos humanos

Red sanitaria

En cuanto a los recursos humanos de la red sanitaria, ha sido muy difícil hacer una cuantificación exacta de los principales estamentos, e imposible de otros, debido a tener que utilizar datos propios de la AMSM, al no recibir respuesta cuando se solicitó información para el observatorio por parte de las autoridades sanitarias de la CAM.

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupac.	Aux. Adm.
531	257	488	93 (?)				

Red sociosanitaria

Sí se obtuvo respuesta de los responsables de la red de rehabilitación (de la consejería de familia y asuntos sociales) al pedir colaboración en los datos para el observatorio, pero se pueden encontrar leves discrepancias en el número de psicólogos al contabilizar en alguna ocasión por separado director-psicólogo y psicólogo en varios recursos (a veces incluso físicamente unidos, p. ej.: CRL y CD, CRPS, EASC, MR...) que compartían a veces alguno de estos profesionales.

Psicólogos	T.Social	Terapia Ocupac.I	Educador	Técnico Apoyo Inserción Laboral	Preparador Laboral	Maestro de Taller
217	64	87	469	18	18	54

4. Atención a las Drogodependencias

La Red de Atención a personas Drogodependientes no está integrada en la red pública de Salud Mental (y la relación es escasa). Depende en parte de la propia Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y en parte del Ayuntamiento de Madrid (Instituto de Adicciones de Madrid Salud). La normativa relacionada es la Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
ATENCIÓN SOCIOSANTARIA	Centros de encuentro y acogida		
	Centros de tratamiento ambulatorio	38	
	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	3	16
	Comunidades Terapéuticas	5	164
	Viviendas de apoyo al tratamiento	19	194
	Viviendas de Apoyo a Enfermos de Sida		
INCORPORACIÓN SOCIAL	Viviendas de Apoyo a la Inserción	1	4
	Centros de Día	4	130

5. Valoración global

El punto fuerte principal es la concepción comunitaria de la salud mental entre la mayoría de profesionales de la red, que permite que se pueda trabajar con un modelo común de atención a la enfermedad mental, y en coordinación entre las redes de salud mental y de rehabilitación, perteneciendo ambas a consejerías diferentes. Ambas disponen de forma conjunta de recursos adecuados para la atención integral a personas con enfermedad mental. Por otra parte, justamente uno de los principales puntos débiles sería la falta de integración de los recursos de rehabilitación en la red sanitaria.

Al finalizar el periodo de vigencia del último Plan de Salud Mental, se ha elaborado un nuevo Plan con muchos puntos conflictivos y cuestionado durante su elaboración por asociaciones profesionales y de familiares. En los últimos años se están desarrollando cambios importantes en la Comunidad de Madrid, como son la integración de los Servicios de Salud Mental de Distrito en las Gerencias Hospitalarias correspondientes. La integración de la red de salud mental en la atención médica especializada habría sido una oportunidad en la línea de la normalización de la salud mental como una especialidad sanitaria más. En cambio, el riesgo actual es la ruptura del modelo comunitario de atención y una tendencia a la atención hospitalaria y medicalizada (más alejada del medio habitual del paciente y con un mayor consumo de psicofármacos). Además, la implementación de las nuevas leyes de Área única y Libre Elección, rompe el anterior sistema de zonificación (áreas sanitarias y distritos) y por tanto dificulta una planificación estable de la atención en función de las necesidades de una población determinada, así como al ejecutar acciones preventivas. Se añade el modelo de competencia por el paciente (ya que “el dinero sigue al paciente”), unido al progresivo proceso de privatización (distintos modelos de gestión en hospitales, recursos de rehabilitación concertados...), con la consiguiente pérdida de calidad y equidad de la atención pública.

Informe descriptivo

MURCIA

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Murciana de Salud Mental**

Elaborado por

Mari Fé Lozano Semitiel y José Martínez Serrano

Murcia

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo

En 1985, siguiendo las directrices del Plan Nacional sobre Drogas, se elabora el Plan Regional de Intervención en Drogodependencias, que aglutina todos los recursos públicos (regionales y municipales) dando lugar a una Red Asistencial Regional única, integrada en el Sistema Sanitario, y privados (Cáritas, Cruz Roja y AREMUPD) mediante convenios.

En 1988 la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, con la participación de gran número de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales), publica las “Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia”, y comienza el desarrollo de una red comunitaria de Centros de Salud Mental atendida por equipos multidisciplinares.

En 1990 se crea el Servicio Murciano de Salud (Ley 2/1990).

En 1995 se elabora el primer Plan de Salud Mental de la Región de Murcia con carácter cuatrienal, que incluye seis documentos técnicos: Plan Director, Coordinación con Atención Primaria, Programa de Adultos, Infanto-Juvenil, Drogodependencias, Rehabilitación y Hospitalización. En su elaboración participan casi todos los profesionales integrados en la red de Salud Mental. Este plan ha servido de guía para la elaboración de los posteriores Planes de Salud Mental.

En 1999 se elabora el segundo Plan de Salud Mental de la Región de Murcia con carácter trienal, que contiene los mismos documentos técnicos que el anterior, salvo el referido a drogodependencias. En esta materia, siguiendo las directrices del Plan Nacional de Drogas, se publica específicamente el Plan Regional sobre Drogas 1998-2000, aunque integrado en la Red de Salud Mental ambulatoria.

En Diciembre de 2001 la Consejería de Sanidad asume las Transferencias Sanitarias, y en un corto periodo de tiempo se producen una serie de eventos de gran trascendencia que van a marcar definitivamente la atención a la salud mental: Ley de Cohesión y Calidad del SNS, Declaración Europea para la Salud Mental (Helsinki), Plan de Acción Europeo en materia de Salud Mental (Libro Verde), Real Decreto de Cartera de Servicios del SNS, y fundamentalmente la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”, que contiene las directrices Europeas y Estatales necesarias para la consecución de una visión más positiva de la Salud Mental teniendo en cuenta su promoción, la prevención en determinados grupos de riesgo y la mejora de la imagen de las personas afectadas.

En 2002 se publica el Plan de Salud Mental y Drogodependencias 2002-2006, en el que aparecen integrados los anteriores planes de salud mental y de drogodependencias.

Los siguientes Planes de Salud Mental de la Región de Murcia, que no llegan a ser aprobados en Asamblea Regional, contemplan los periodos 2005-2007 y 2007-2009, y rigen el funcionamiento de la Red de Salud Mental con carácter oficioso.

El último Plan Regional sobre Drogas 2007-2010 sigue avanzando hacia la plena integración de la asistencia de los drogodependientes en la Red Asistencial Especializada de Salud Mental.

El Plan de Salud Mental vigente (2009-2012), en consonancia con el modelo de implantación de Calidad Total se alinea con los objetivos planteados en la Estrategia Nacional de Salud Mental.

Planificación y gestión

- Demografía. Dinamismo demográfico.

La Región de Murcia está compuesta por 45 municipios con una superficie total de 11.314 Km², con una población (datos de 2007) de 1.386.287 habitantes, y con una densidad de población media de 122,5 habitantes por Km².

El 85,5% de los habitantes de la Región son españoles, frente al 14,5% de nacionalidad extranjera. El porcentaje de extranjeros empadronados en la Región se ha multiplicado por 12 en los últimos 7 años.

Nuestra Comunidad se ha caracterizado en los últimos decenios por experimentar un crecimiento mayor que el de la población española. Así mismo, el crecimiento vegetativo es positivo en nuestra Región al superar el número de nacimientos al de defunciones, ocupando el primer lugar por Comunidades Autónomas.

- Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

Los servicios de atención a la Salud Mental de la Región en su casi totalidad dependen de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (SGSMMyAP) siendo el Subdirector General D. Carlos Giribet.

Las competencias de la Subdirección General de Salud Mental vienen reflejadas en el BORM de 10/01/2003. Es la unidad a través de la cual la Dirección General de Asistencia Sanitaria ejerce las siguientes funciones y atribuciones:

- La asunción de la dirección técnica, programación, coordinación y evaluación de todos los centros, unidades y servicios de salud mental hospitalarios y extrahospitalarios y de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia y reinserción en materia de enfermedades mentales y asistencia psiquiátrica.

- Gestionar la información periódica de carácter asistencial.

- Formular, recibir y recomendar para su aprobación, propuestas de directrices, procedimientos, normas de funcionamiento y protocolos sobre actividades relativas a la asistencia, docencia e investigación en el campo de la salud mental y administrar las mismas una vez aprobadas.

- Proponer las variaciones necesarias en los servicios y en los recursos y plantillas asignados a los servicios de su dirección, a fin de conseguir los niveles de calidad y eficacia apropiados.
- Evaluar en el ámbito funcional a los responsables de sus unidades, informando de los resultados.
- Elaborar la propuesta de objetivos, actuaciones y memoria anual.
- Establecer con cada uno de los Directores o responsables jerárquicos de los centros o servicios, para su elevación al Director General de Asistencia Sanitaria:
 - Los objetivos que deberán lograrse durante el siguiente año para alcanzar un mejor nivel de calidad asistencial.
 - Los presupuestos para el siguiente año en cuanto al personal, gastos de funcionamiento e inversiones.
- Asesorar de forma permanente al Director General de Asistencia Sanitaria.
- Coordinar sus actividades con otras unidades de la Dirección General.
- Todas aquellas funciones que se le encomienden dentro del ámbito de su competencia.

En la Subdirección se integran, dependiendo de la misma y de forma provisional, los Centros de Salud Mental y los Centros de Asistencia a Drogodependientes, disponiendo de presupuesto propio para gestionar directamente estos recursos. En el futuro, el objetivo previsto es que se adscriba cada uno de los CSM/CAD a sus Gerencias de Área respectivas, para funcionar de una manera más acorde con el modelo de gestión sanitaria del S.M.S.

Para la ejecución de sus funciones la Subdirección se estructura en los siguientes Servicios asistenciales:

- Servicio de Drogodependencias.
- Servicio de Programas Asistenciales de Adultos y Rehabilitación.
- Servicio de Programas Asistenciales Infanto-Juvenil.

Organización y Gestión. Procesos Asistenciales

La Red de Salud Mental de la Región de Murcia se organiza, dentro del modelo de salud mental comunitaria, en cinco programas asistenciales: Programa de Adultos, Infanto-Juvenil, Drogodependencias, Rehabilitación y Hospitalización.

La relación con Atención Primaria se ha visto reforzada desde la creación de la “Comisión Mixta Atención Primaria y Salud Mental.”

Gestión del conocimiento

En el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2006-09, se contempla la creación de la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM), Unidad Multiprofesional que tiene entre sus competencias:

1. Formación especializada (MIR, PIR y EIR).
2. Formación continuada para los profesionales de la red de Salud Mental, publicada y editada en Planes anuales.
3. Formación pregrado, colaborando en la realización de prácticas curriculares y extracurriculares de Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional de las distintas universidades de nuestra Región, en función de los convenios para la realización de prácticas docentes, firmados entre el SMS y las Universidades.
4. Investigación, liderando, a finales del 2007, la realización de las “Líneas estratégicas para el Fomento y Potenciación de la Investigación en Salud Mental en la Región de Murcia 2008-2018”.

Financiación

Toda la red es de carácter público a excepción de algunos servicios:

1. La red de Comunidades Terapéuticas de Atención a Drogodependientes, dependientes de diferentes asociaciones y que son financiadas mediante subvenciones con el SMS.
2. La Clínica San Felipe, con 40 camas destinadas a estancias medias y pre-residenciales de pacientes con Trastorno Mental Severo. Es una empresa privada financiada mediante convenio con el SMS.

Sistemas de Información y Evaluación. R.A.C.P.

En los años 1997-1998 se inició el desarrollo e implantación de un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) en la red ambulatoria asistencial de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. En él se recoge la actividad asistencial de los Centros de Salud Mental (CSM), y de los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD). En la actualidad se dispone de registros específicos de los programas asistenciales de Adultos, Drogodependencias, Infanto-Juvenil y de Rehabilitación. En lo referente al registro de datos asistenciales en drogodependencias, además del registro nombrado, seguimos el Sistema Estatal de Información en Toxicomanías (SEIT). A diferencia del SEIT, no ha existido una iniciativa estatal que unifique las diversas experiencias en RACP.

En la actualidad, en el marco del Plan Director de Sistemas de Información (PDSIS), nos encontramos en el proceso de diseño de un nuevo sistema de Registro de Salud Mental, compatible con el sistema informático (SELENE) que actualmente está implantando el Servicio Murciano de Salud en Atención Especializada.

2. Recursos asistenciales

Recursos asistenciales Salud Mental Región de Murcia 2009

CSM-A	CSM-IJ	UR	HD	HD-IJ	ISOL	UHP	UTC A	UME	ULE	Psico-geriátrico	PT	ETAC
14	9	5 (278)	1	1	4 (+180)	6 (118)	1 (6)	2 (125)	2 (220)	1 (100)	2 (10)	2

Entre paréntesis (...) nº de plazas

Red asistencial

A efectos sanitarios, la Región estaba dividida en el 2009 en seis áreas sanitarias territoriales (actualmente son 9), Cada área dispone de una Gerencia que gestionara la totalidad de los recursos sanitarios públicos de su área respectiva (actualmente en proceso de integración) Atención Primaria, Especializada, y Salud Mental. A su vez, estas Áreas de Salud se encuentran divididas en 76 Zonas de Salud.

La atención a la salud Mental se organiza en torno a cinco programas asistenciales.

- El Programa Adultos (CSM-A). Atiende a la Salud Mental de la población general mayor de 16 años, que resida en el área de salud correspondiente. Impartido en 14 Centros de Salud Mental. Del total de CSM nombrados, dos de ellos se encuentran ubicados físicamente en dependencias hospitalarias, en los hospitales Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca y su composición y funcionamiento no es equiparable a los CSM ambulatorios. Existe un convenio con Instituciones Penitenciarias por el cual un psiquiatra atiende a la población reclusa dos días a la semana.

- El Programa Infanto-Juvenil (CSM-IJ) debe cubrir a la población comprendida entre 1 y 15 años, que resida en el área de salud correspondiente. Se realiza en 9 de los Centros de Salud Mental.

- El Programa Drogodependencias se organiza y desarrolla entre 5 Centros de Salud Mental y 3 Centros de Atención a Drogodependencias (CAD). Cuenta además con 14 unidades de Tratamiento con Opiáceos (UTOs).

- Dentro del Programa de Rehabilitación de Drogodependientes existe convenio/concierto en 5 Comunidades Terapéuticas (CT) y 3 Centros de Día.

- El Programa Rehabilitación y Reinserción. Se realiza actualmente en 4 Unidades de Rehabilitación (UR) de Salud Mental y 1 Centro de Día (HD). También existe 1 Centro de Día Infanto-Juvenil (HD-IJ) que ofrece las prestaciones de un Hospital de día para la población de 1 a 15 años.

- Dos pisos terapéuticos (PT) que dependen del Centro de Día del Hospital Psiquiátrico Román Alberca del S.M.S.

- En dos áreas sanitarias se dispone de Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).

- El Programa Hospitalización. En la Región de Murcia existen 6 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de agudos o corta estancia (distribuidas en 5 Hospitales Generales y 1 Hospital Psiquiátrico), 1 Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), 1 Unidad Hospitalaria de Desintoxicación-Patología Dual, 2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Media Estancia (1, con dos plantas diferenciadas internamente como URME 1 y URME 2 ubicadas en Hospital Psiquiátrico y 1 mediante concierto con la Clínica San Felipe).

Red socio-sanitaria

Relación del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) con la atención al Enfermo Mental Crónico (EMC)

En la Región de Murcia todas las plazas residenciales para enfermos mentales crónicos son competencia del IMAS (Instituto Murciano de Acción Social adscrito a la Consejería de Trabajo y Política Social). En la actualidad dispone de 1 Unidad de Larga Estancia psiquiátrica (residencial) con 120 plazas llamadas Luís Valenciano, 1 Residencia Psico-Geriátrica que cuenta con 100 plazas llamada Virgen del Valle, un Centro residencial para Retraso mental y Enfermedad Mental llamado López Ambit que cuenta con 100 plazas y un N° indeterminado de plazas en residencias de mayores donde a través de conciertos se gestionan mas de 200 plazas.

Programa de Inserción Socio-laboral (ISOL) para enfermos mentales y drogo-dependientes. (Asociación Murciana de Rehabilitación).

1. Actuaciones de orientación
2. Servicio de búsqueda de empleo
3. Talleres Prelaborales

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
RESIDENCIAL	Casas hogar		
	Viviendas supervisadas		
	Pensiones (con plazas en convenio)		
	Residencias generales (con plazas en convenio)		200
OCUPACIONAL-LABORAL	Talleres Ocupacionales		
	Empresas Sociales		
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo		
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales		
TUTELAS	Entidades Tutelares	1	

3. Recursos humanos

Red sanitaria

Recursos humanos en los CSM-A

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Aux. Admin.
50	39	35	6	-	-	-	

Recursos humanos en los CSM-IJ

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Aux. Admin.
13	12	9	3	-		-	

Recursos humanos en los CAD/CSM-Drogodependencias

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Aux. Admin.
13	12	14	9	-		-	

Recursos humanos en los dispositivos de Rehabilitación/Reinserción

	Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Monitores	Aux. Enf.	Otros	Aux. Adm
UR	4	7	10	5	12	4	6	5	
HD	2	1	2	1		4			
HD-IJ	1	1	1	1/2	1				
ETAC	2	-	4	2					

Recursos humanos en las UHP/UTCA/UDH

	Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Aux. Enf.	Aux. Adm	Nutricionista	Médico Internista
UHP	36	13	95	5	12			-	-
UTCA	1	1			-			1	-
UDH	1	1			-			-	1

Recursos humanos en Media Estancia: URME/Clínica san Felipe/Hosp. "La Caridad"

	Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Aux. Enf.	Psicólogos generales
UME	8	4		8	5		4

Red socio-sanitaria

Profesionales	Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Aux. Enf.	Psicólogo general
ULE	3	2					
ISOL							4
Psicogerátrico	1						

4. Atención a las Drogodependencias

La atención a las drogodependencias y otras adicciones se realiza en la Región de Murcia dentro de la Red de Salud Mental.

El Plan de Salud Mental y Drogodependencias vigente actualmente en la Comunidad Autónoma de Murcia incluye el periodo 2009-2012. Existe otro Plan de

Atención a Drogodependencias, que siguiendo las directrices del Plan Nacional de Drogas, incluye el periodo 2007-2010.

Programas Asistenciales

Programa Ambulatorio:

Llevado a cabo en los 3 CAD (Centros de Atención a Drogodependientes, que integrados en la Red de salud Mental funcionan como Centros independientes) y en 6 CSM repartidos por las seis áreas de salud de la región. Cuenta también con 14 Unidades de Tratamiento con Opiáceos (UTO) distribuidas entre las diferentes áreas de salud, dependientes de los CAD y CSM correspondientes.

Programa Hospitalario:

Ubicada en el Hospital Universitario Reina Sofía existe una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de ámbito regional.

Programa de reducción de daños:

1.- UNIDAD MÓVIL: Dispensa metadona en 12 puntos repartidos en Murcia, pedanías y varios municipios cercanos. Además tiene 1) programa de intercambio de jeringuillas y reparto de preservativos, 2) programa de tuberculosis (despistaje y tratamiento), y 3) programa de tratamiento directamente observado (antirretrovirales y tratamientos psiquiátricos).

2.- CEAS (Centros de encuentro y acogida): En la actualidad funcionan los CEA de Cartagena y de Murcia. Ambos son de “La Huertecica”, ONG con convenio de colaboración con el SMS. Su programa ofrece los servicios de 1) información y orientación, 2) café-contacto, 3) higiene y cuidados básicos y 4) disminución del daño y servicio sanitario.

3.- Programas INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, COMISARÍAS Y JUZGADOS: Los lleva a cabo Cruz Roja, mediante un convenio de colaboración con el SMS. Cruz Roja Murcia también ha puesto en marcha programas específicos para población de prostitutas y programas para población inmigrante.

Programa Rehabilitación Drogodependientes:

1.- CENTROS DE DÍA: Contamos en la Región con dos Centros de Día, uno en Murcia “Heliotropos”, y otro en Cartagena “La Huertecica” con programas de 1) Servicio de Orientación y 2) Agencia de Empleo. Los contratos se realizan en base a

una Resolución del S.M.S por la que se convocan ayudas a empresas de la Región de Murcia, entidades locales y entidades sin ánimo de lucro, para colaborar en la financiación de la contratación y reinserción socio-laboral, y otros por vía normalizada.

2.- COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: Hasta comienzos del año 2003 solo disponíamos, mediante convenios, de dos comunidades terapéuticas: “La Huerteci-ca” y “Betania” (37 plazas). Progresivamente se ampliaron los convenios contando con 4 nuevas CT hasta lograr un total de 114 plazas. También existe 1 Centro concertado para la rehabilitación y deshabitación de pacientes toxicómanos con patología dual con 11 plazas.

Programas de Incorporación Socio-Laboral:

Programa de Inserción Socio-laboral (ISOL) para enfermos mentales y drogo-dependientes. (Asociación Murciana de Rehabilitación).

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
ATENCIÓN SOCIOSANTARIA	Centros de encuentro y acogida	2 + 1 UM	
	Centros de tratamiento ambulatorio	9	
	Unidades de tratamiento con opiáceos	14	
	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	1	6
	Comunidades Terapéuticas	6	125
	Viviendas de apoyo al tratamiento	-	
	Viviendas de Apoyo a Enfermos de Sida	-	
INCORPORACIÓN SOCIAL	Viviendas de Apoyo a la Inserción	-	
	Centros de Día	2	
	ISOL (plazas compartidas con Salud Mental)	4	>180

5. Valoración global

El modelo provisional actual de sectorización de los recursos asistenciales en nuestra Región, es un poco complejo debido a que no corresponden de igual manera

las zonas de salud con cada uno de los centros de salud mental y los programas asistenciales. Esto ocasiona dificultades, tanto a los usuarios como a los profesionales, a la hora de derivar a los recursos oportunos, así como una desigual distribución de los recursos asistenciales, incumpléndose con ello el principio de equidad. El programa de Rehabilitación Psiquiátrica, que no fue sectorizado en la anterior Orden de 1995, sigue presentando una sectorización provisional.

En la actualidad está en marcha un proceso de jerarquización con el cual la Red de Salud Mental pasa a depender en cada Área de Salud de la correspondiente Gerencia única (Primaria y Especializada) con sede en el Hospital de referencia de dicha área. Dentro del proceso iniciado con la Reforma Psiquiátrica, de unificación de criterios de atención y recursos disponibles entre las diferentes Áreas de Salud Mental, liderado por la SGSMYAP, se corre el riesgo de engrosar las diferencias ya existentes y de que el sistema se fragmente.

Desde la elaboración del anterior Plan de Salud Mental, la Red de Salud Mental ha aumentado sus recursos estructurales y humanos. En los cuatro últimos años el S.M.S. ha construido nuevos centros para tres de los CSM ya existentes con sus respectivas Unidades de Rehabilitación-H. de Día, ha abierto una nueva UTO, una Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica y ha aumentado el número de camas en otras unidades de Hospitalización Breve y Media Estancia Psiquiátrica. A pesar de los incrementos descritos, falta la ubicación de camas psiquiátricas en los hospitales generales de dos de las seis (ahora nueve) áreas de salud, ampliar el número de estas en otras áreas, y completar el número de camas de desintoxicación hospitalaria. Tampoco disponemos de unidad hospitalaria psiquiátrica para la población infanto-juvenil, lo que obliga a que en circunstancias extremas, niños menores de 16 años tengan que ingresar en unidades de adultos.

Carecemos de una cartera de servicios en salud mental, aunque ya en el año 2004, la SGSMYAP publicó las Líneas Maestras para el Desarrollo de la Cartera de Servicios, elaborada por comisiones de profesionales de los diferentes programas de Salud Mental.

En relación con los diferentes programas asistenciales, el de Rehabilitación, y en menor medida el de Infanto-Juvenil, son los programas que precisan de una mayor dotación de efectivos.

Los dispositivos de Rehabilitación de nuestra Red de Salud Mental proporcionan también, en muchos de los casos, atenciones propias de Hospitales de Día.

En la Región de Murcia se han desarrollado Asociaciones de Familiares de enfermos mentales en la mayoría de Ayuntamientos. Desde las mismas, se han puesto en marcha recursos de ocio y tiempo libre, dirigidos a los afectados por enfermedades mentales, pero que en muchos casos despliegan también actividades e interven-

ciones relacionadas con la rehabilitación psicosocial. Carecemos de datos sobre el desarrollo real de estos recursos.

El programa de atención continuada al Trastorno Mental Severo está teniendo difícil implantación dado que la práctica totalidad de la actividad asistencial queda absorbida por el Trastorno Mental Común. No se dispone en la región de un Programa diferenciado para la Atención Psicogeriátrica. Tampoco existe ningún programa de atención a la salud mental dirigido específicamente a la Población en Exclusión Social. La atención a la Población Reclusa, con la excepción del psiquiatra arriba mencionado, depende de Instituciones Penitenciarias. Este organismo tiene contratados psicólogos, educadores, enfermeros y médicos, que realizan el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales con la colaboración del psiquiatra.

La actividad asistencial global se ha ido estabilizando, tanto a nivel hospitalario como comunitario, aunque sigue evidenciándose un incremento en la demanda de servicios y tratamiento. No obstante, la puesta en marcha del sistema informático SELENE en parte de la Red asistencial, ha proporcionado una serie de datos erróneos, por lo que los datos disponibles sobre la actividad asistencial no son del todo precisos, habiendo sido estimados a partir de datos de años precedentes y datos de parte de los Centros de la Red de Salud Mental. Entre los datos que pueden ocasionar una interpretación errónea, están los referentes a camas/plazas de media estancia. En los datos del informe anterior no se incluyen los referentes a las Comunidades Terapéuticas destinadas al ingreso de pacientes drogodependientes. Este año se han sumado 125 plazas de estas Comunidades Terapéuticas al no disponer en el formulario de un lugar específico en el que recoger el dato.

En la Región de Murcia ha existido hasta la fecha un desarrollo paralelo entre lo social y lo sanitario, con un gran desconocimiento entre ambos sistemas. El desconocimiento de la red socio-sanitaria puede verse mejorada en el futuro con el trabajo desde la SGSM y AP en el espacio socio-sanitario recientemente creado.

AGRADECIMIENTOS:

D. Carlos Giribet, Subdirector General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (SGSM y AP)

Jefe de Servicio de Programas Asistenciales

Servicio de Atención a Drogodependencias

Y a todo el personal adscrito a estos servicios por la colaboración prestada en la recogida de datos para la elaboración del actual documento.

Informe descriptivo

NAVARRA

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Vasco-Navarra de Salud Mental –
Osasun Mentalaren Elkartea**

Elaborado por

Eva Garnica de Cos

Navarra

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

El último plan de Salud Mental previo a 2009 fue el de 1986, que aunque ha sido superado por la normativa posterior, sirve en la Comunidad de referencia. Existe un Servicio de Gestión Autonómica específico para Salud Mental, aunque no gestiona todos los recursos de Salud Mental.

La red de Salud Mental está regulada por el: DECRETO FORAL 276/2003, de 28 de julio, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y por el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 (Capítulo de T. Mentales).

Existe un responsable autonómico de Salud Mental, pero no existe un Servicio de Planificación para la Salud Mental. El Servicio Navarro de Salud tiene firmado un Contrato Programa. La mayoría de las redes son públicas y de gestión predominantemente pública, aunque existen recursos que son concertados (un Hospital de Día, un CSM, un Centro de Día de toxicomanías, una unidad de Media Estancia, plazas residenciales y cuatro CRPS), y además existe una empresa de iniciativa social y sin ánimo de lucro y que se financia a través de diferentes organismos: Gobierno de Navarra, Fondo Social Europeo, Servicio Navarro de Empleo etc, que gestiona recursos de formación y actividad laboral y un programa de intervención sociocomunitaria (este caso subvencionado además por la Agencia Navarra para la Dependencia).

El presupuesto con el que se contó en 2009 fue de unos 33 millones de euros, lo que supone alrededor de un 3 % de lo dedicado a la Sanidad en la Comunidad.

2. *Red asistencial:*

Red de Servicios Sanitarios:

Los sectores de Salud Mental en que se organiza la red son: Casco Viejo, Burlada, Rochapea, Milagrosa, Ermitagaña, San Juan, Tafalla, Estella y Tudela. Dentro de los mismos CSM de adultos se atiende además a la población infanto-juvenil (aunque sí existe un servicio para menores de 16 años), y a las drogodependencias. Estos CSM en 2009 atendieron un total de 97754 consultas. Se coordinan con los distintos dispositivos, especialmente con Atención primaria ya que en 2007 se puso en marcha el Programa PIC (psiquiatra interconsultor) de apoyo a los médicos de AP con dos objetivos: interconsultas en base a dudas diagnósticas y/o terapéuticas de casos (con posibilidad de acceso por parte del médico vía teléfono, email, fax ó mediante consulta directa con el paciente) y formación a equipos de AP. En el año 2009 el total de pacientes atendidos en el programa fue de 438. Además se crea en el año 2008 la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (con programa de

consultas, hospital de día y próximamente programa grupal) y comienza a funcionar en 2009, compuesta por un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social. Existe además un CSM infanto-juvenil que atiende a pacientes de hasta 16 años, que atiende a un total de 12410 consultas anuales.

Existen 3 Unidades de Hospitalización Breve en Hospital General, con un total de 64 camas (4 de ellas para infanto-juvenil), que atendieron en 2009 a un total de 960 ingresos, con una estancia media de 19,4 días. Se atienden interconsultas, que en 2009 ascendieron a 1244.

Existen 3 Hospitales de Día con un total de 50 plazas y una estancia media de 32,2 días. Dos de ellos son de gestión pública y uno es concertado. Además hay 10 plazas en un Hospital de Día infanto-juvenil que atiende a pacientes de hasta 16 años, y es de gestión pública.

No existen Centros de Rehabilitación Psicosocial del estilo de otras CCAA, sino más similares a Centros de Día. La Clínica de Rehabilitación se configura básicamente en torno a dos Programas: Hospitalización Parcial con 34 plazas y Hospitalización total con 16 camas. También hay 4 Centros de Rehabilitación Psicosocial, con 230 plazas, como desarrollo del Plan Sociosanitario. La gestión es parcialmente pública pero mayoritariamente concertada.

En cuanto a Unidades de ingreso de estancia media, existen 3 Comunidades Terapéuticas con un total de 248 camas; 1 Unidad de Media Estancia con 22 camas; y 1 Unidad Hospitalaria de Rehabilitación con 16 camas. No existe Unidad de Larga Estancia. Sí hay una Unidad de Psicogeriatría que cuenta con 210 plazas.

Los recursos se resumen en la siguiente tabla:

USMC	USMI-J	UHB	HD	HDI-J	CT	UME	UHR	UHPR	CRPS	UPG
9	1	3 (64 plazas)	3 (50)	1 (10)	3 (248 camas)	1 (22)	1 (16)	1 (34)	4 (230)	1 (210)

Red de Servicios Sociosanitarios:

Existe en Navarra una empresa de iniciativa social y sin ánimo de lucro que gestiona 26 plazas para el área de formación, 110 plazas para el área ocupacional y 80 plazas en un Centro Especial de Empleo para cubrir el área laboral. Dicha empresa gestiona también el Programa de Intervención Sociocomunitaria, destinado a favorecer la rehabilitación e integración en la comunidad de los enfermos mentales graves. La componen 6 educadores y trabajan en coordinación con los CSM.

Parcialmente la rehabilitación se atiende en los 4 dispositivos tipo Centro de día que mencionábamos en el apartado anterior, con 230 plazas.

Como recursos residenciales hay 14 plazas en pisos tutelados y plazas RAEM (Residencia Asistida Enfermedad Mental) que hacen un total de 101 plazas concertadas y 19 públicas.

Estos datos se resumen en la siguiente tabla:

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	PLAZAS
RESIDENCIAL	Pisos tutelados	14
	RASM	120
OCUPACIONAL-LABORAL	Area Ocupacional	110
	Area de Formación	26
	Area Laboral	80

3. Recursos humanos:

Red Sanitaria:

Los datos acerca de los profesionales que trabajan en los CSM (adultos e infanto-juvenil) se reflejan en la siguiente tabla:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupac.	Aux. Enferm	Monitor ocupac.	Aux. Admin.	Psicomotricista
31.2	20	5	10	0	6	0	17	1

Los datos respecto a las UHB (adultos e infanto-juvenil) son los siguientes:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupac	Aux. Enferm	Monitor Ocupac	Aux. Admin
12	1	21	2	0	45	0	2

Los datos de los Hospitales de Día (adultos e infanto-juvenil) son:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacl	Aux. Enferm	Educador	Aux. Admin.
3.3	3	5	3	3	3	1	4

En la Clínica de Rehabilitación trabajan los siguientes profesionales:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupac	Aux. Enferm	Monitor Ocupac	Educador
1	3	4	1	1	23	0	1

En el Psicogeriátrico trabajan:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupac	Aux. Enferm.	Monitor Ocupac	Personal no sanitario
3	2	21	2	4	185	2	89

No tenemos datos acerca de los profesionales que trabajan en Media Estancia, Comunidades Terapéuticas y Unidad de Rehabilitación Hospitalaria, y no existe Larga Estancia en Navarra.

Respecto a la red sociosanitaria lamentablemente no contamos tampoco con datos acerca de los profesionales que en ella trabajan.

4. Atención a las drogodependencias:

La atención a las Drogodependencias está incluida en la red de atención a la Salud Mental y en su mayoría los pacientes son atendidos por personal de Salud Mental General, en los 9 CSM, pero además hay 3 Comunidades Terapéuticas y un Centro de Día (denominado Zuria).

5. Valoración global:

Puntos fuertes:

- Los recursos sanitarios disponibles en la Red de Salud Mental, así como su nivel de actividad, recogidos en la Memoria de 2009. Puede afirmarse, comparando con el resto del Estado, que hay más número de CSM, atendidos por más personal de todo tipo. También existen más camas en UHB que en otras CCAA (por población).

- La aprobación del Plan de Atención Infanto-Juvenil, que ha supuesto el aumento de profesionales para esta área, aunque aún está en desarrollo y no se ha cum-

plido el objetivo de que la atención infanto-juvenil “salga” de los CSM, tal como este plan prevé.

- La creación del programa PIC, cuyos índices de actividad van aumentando.

Puntos Débiles:

- Carencia de recursos residenciales diversificados (pisos protegidos, residencias-hogar, etc.) así como de empleo protegido.
- Los recursos de rehabilitación están disgregados y no son gestionados desde Salud Mental.
- Ausencia de la figura del gestor de casos que favorezca la continuidad de cuidados.
- Carencia de algunos programas específicos: Asertivo-comunitario, Trastornos de la personalidad, Primeros episodios psicóticos etc.
- La falta de evaluación del PMM.
- Ausencia de procesos de Gestión de Calidad.

Además es necesario añadir que en diciembre del año 2010 se aprueba una nueva Ley Foral de Salud Mental por la que se establece una nueva estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental. La subdirección hasta ahora existente pasa a tener rango de dirección y se estructura en cuatro servicios asistenciales: De atención comunitaria, de Recursos Intermedios, de Hospitalización y Técnico-Asistencial y de enfermería. La prioridad de esta dirección es la elaboración de un nuevo Plan de Salud Mental para Navarra antes de mayo de 2011.

Informe descriptivo

PAÍS VASCO

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Vasco-Navarra de Salud Mental –
Osasun Mentalaren Elkartea**

Elaborado por

Eva Garnica de Cos

País Vasco

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

La Estrategia en Salud Mental para la Comunidad Autónoma del País Vasco tiene un periodo de vigencia entre 2010 y 2013. Las leyes que rigen la Organización de la Red de Salud Mental es la Ley 9/1983 del Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza y la Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Aunque no existe propiamente dicho un Servicio de Gestión Autonómica para Salud Mental, sí existe la figura de un Responsable Autonómico de Salud. Hay en 2009 un Contrato Programa firmado por el Departamento de Sanidad, siendo las Instituciones proveedoras predominantemente públicas.

El plan sociosanitario se rige por el Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, que fue firmado por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (que implica al Departamento de Sanidad, el Departamento de Vivienda y Acción Social, las Diputaciones Forales y la Asociación de Municipios Vascos/EUDEL).

Las redes son en su mayoría públicas, pero existen todo tipo de dispositivos concertados en las diferentes provincias, que en Guipúzcoa por ejemplo llegan a ocuparse de toda la hospitalización de Media y Larga Estancia de la provincia. En Vizcaya son concertadas la mayoría de plazas residenciales, por ejemplo, aunque estas particularidades se explicarán más en detalle en el punto 5 de este informe. La mayoría de la gestión y la financiación son públicas, aunque existen otras formas de gestión y financiación según el recurso.

El presupuesto anual para salud mental en 2009 fue de 108.925.407 euros, lo que hace un 4,4 % del porcentaje del total de la sanidad general en el País Vasco. En 2007 el presupuesto anual era de 95.732.766 euros, lo que era un 3 % del porcentaje del total de la sanidad general.

La población de Euskadi a 31-12-2008 era de 2.162.944 habitantes.

2. *Red asistencial*

Cada provincia organiza su red de Salud Mental de forma distinta, aunque aquí detallaremos los datos globales para las tres (Álava, Guipúzcoa y Vizcaya).

Están implantados sistemas de calidad en especial el EFQM (con Qs de plata y oro en diferentes dispositivos), también parcialmente el ISSO 9000. Además en los últimos años se han ido informatizando progresivamente cada vez más aspectos de la atención al paciente.

Red sanitaria

La red sanitaria cuenta básicamente con Centros de Salud Mental (CSMs) de adultos e infanto-juveniles (CSMI-J), en los que se engloban además las toxico-

manías, los equipos que atienden específicamente a Trastornos de la Conducta Alimentaria y los que atienden a los Primeros Episodios Psicóticos; Hospitales de Día (HD) tanto de adultos como infanto-juveniles (HDI-J), y aquí hemos considerado todos los dispositivos públicos que cuentan con asistencia psiquiátrica (con mayor o menor dedicación) a los que acuden los pacientes varias horas al día, que dependen a veces de hospitales y en otras ocasiones son extrahospitalarios; Unidades de Hospitalización Breve (UHB), tanto de Hospital General como en Hospital Psiquiátrico; UHB Infanto-Juveniles (UHBI-J); Unidades de Media Estancia y de Subagudos (englobadas en el gráfico como UME), que en el caso de Guipúzcoa son concertadas; una Unidad de Psicosis Refractarias para todo Euskadi que se encuentra en Vitoria (UPR), de Rehabilitación (UR); Unidades de Larga estancia (UL) en sus diferentes denominaciones (las de Guipúzcoa son concertadas); y Psicogeriátricos (PG), de nuevo de forma concertada en Guipúzcoa. Además existe una Unidad con camas para desintoxicación de la que se mencionan datos en el punto 4 (drogodependencias). Existía en 2009 (después se han ampliado) dos programas de Tratamiento Asertivo Comunitario, desarrollado en Bizkaia y en Alava.

Los recursos de todo el País Vasco vienen resumidos en la siguiente tabla (número de plazas entre paréntesis):

CSM	CSMI-J	UHB	UHBI-J	HD	HDI-J	UME	UPR	UR	UL	PG
41	8	8 (231)	3 (20)	10 (247)	5 (45)	7 (282)	1 (14)	2 (84)	13 (804)	6 (155)

La mayoría de lo que en otras CCAA se denominarían “Centros de Rehabilitación Psicosocial”, en el sentido de su función rehabilitadora, son dispositivos sanitarios y se denominan Hospitales de Día, que bien dependen de Hospitales Psiquiátricos o de la asistencia extrahospitalaria. Existen 34 Centros de este tipo, que vendrían a atender a más de 1000 pacientes al año, pero de ellos sólo 14 pertenecen a la red sanitaria.

Red sociosanitaria

Hemos considerado los diferentes “Centros de día” dentro de lo que en la web se contempla como “Centros de Rehabilitación Psicosocial”, siendo los de pertenencia a la red sociosanitaria un total de 20, organizados de diferentes maneras según el organismo que lo gestione, algunos cuentan con psiquiatra pero son minoría, y dependen de Fundaciones, Asociaciones de Familiares etc. (aunque también existen Centros de Día puramente sanitarios). Además tenemos registrado al menos un centro de rehabilitación laboral.

Las alternativas residenciales vienen reflejadas en el siguiente cuadro:

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	PLAZAS
RESIDENCIAL	Casas hogar	139
	Viviendas supervisadas	240
	Pensiones (con plazas en convenio)	115

Existen además Programas de mediación sociosanitaria que atienden situaciones de Maltrato, pacientes “sin techo”, infantil etc.

Hay 3 agencias tutelares para los pacientes con Trastorno mental incapacitadas, una de ellas pública y el resto concertadas.

3. Recursos humanos:

La distribución de los profesionales en la red sanitaria se refleja en los siguientes cuadros.

CSM de adultos e infanto-juvenil:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo	Otros
128,25	67,75	75,2	42	9	2	3	48,7	7,5

UHB de adultos e infanto-juvenil:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo
50	11,1	102,75	6	4,7	142,25	1	9,5

En los HD de adultos e infanto-juvenil:

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Auxiliar Administrativo	Profesores
14,66	8,75	14	5	9,4	1	12	1,3	8

En cuanto a dispositivos de Media Estancia, Subagudos, Unidades Hospitalarias de Rehabilitación y Unidad de Psicosis Refractarias los profesionales que trabajan son los siguientes (no tenemos datos respecto a las Unidades concertadas de este tipo que hay en Guipúzcoa):

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Otros
29,75	6,1	70	11	6,2	169	13	7,85

En las diferentes Unidades de Larga Estancia (sin contar con las concertadas de Guipúzcoa de las que no hemos obtenido datos de profesionales):

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Otros
5	0,45	27,5	2,5	0,65	100	5	1

En los Psicogeriátricos (sin contar Guipúzcoa):

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor Ocupacional	Otros
1,5	0,35	20	1,5	0,35	88	2	0,4

El equipo único de TAC de Vizcaya que había en 2009 contaba con 1 psiquiatra, 1 enfermero y 1 Trabajador social. En Alava había un equipo constituido por 0,75 psiquiatra e igual psicólogo, 2 enfermeros, 1 trabajador social, 1 auxiliar de enfermería y 5 monitores.

(Nota: los decimales se explican porque con frecuencia varias de estas Unidades están englobadas en el mismo hospital, y un mismo profesional atiende a tiempo parcial en las diferentes Unidades. Por otra parte, hemos englobado como "otros" a médicos internistas, farmacéuticos, etc.).

No tenemos datos fiables y completos para las 3 provincias respecto a los profesionales que trabajan en la red sociosanitaria.

4. Atención a las drogodependencias:

La atención a las drogodependencias está incluida en la misma red de Salud Mental. En ocasiones son centros que atienden toxicomanías exclusivamente; en otras ocasiones hay profesionales dedicados a las toxicomanías ubicados dentro del mismo CSM de psiquiatría general; y en otras ocasiones los mismos profesionales que atienden a Salud Mental general atienden también a toxicomanías. En total hay 32 dispositivos ambulatorios que atienden a toxicomanías.

Además existen 10 camas dedicadas exclusivamente a desintoxicaciones, en un hospital general.

Hay 2 Comunidades Terapéuticas cuyos ingresos son exclusivamente de pacientes toxicómanos.

5. Valoración global:

En el País Vasco no se ha producido un movimiento de reforma similar al de otras comunidades. No se ha cerrado ningún hospital psiquiátrico, permaneciendo en funcionamiento uno en Álava (Hospital Psiquiátrico de Álava), tres en Vizcaya (Bermeo, Zaldibar y Zamudio) y los concertados de Guipúzcoa. No obstante, se ha procedido a la modernización de las instalaciones y a la adecuación de los programas asistenciales. Se han reconvertido las antiguas unidades de larga estancia en servicios de rehabilitación y paradójicamente, ha sido desde los hospitales psiquiátricos desde donde se ha desarrollado una red de recursos comunitarios (centros y hospitales de día, centros de rehabilitación, programas de seguimiento, programas de Tratamiento Asertivo comunitario, etc.).

La ratio camas/habitantes es más alta que la media en otras CCAA, tanto para Corta, como para Media y Larga Estancia, no habiendo por lo general problemas cuando se precisa una hospitalización. Existen unidades de agudos (UHB), subagudos (UME) y rehabilitación (UR), aunque estas últimas en Guipúzcoa son de forma concertada. Quedan unidades de larga estancia (ULE), también concertadas en Gipuzkoa, existiendo un “plan sociosanitario” para el traslado de pacientes psicopatológicamente estables a residencias de Diputación.

La red de centros de salud mental está bien desarrollada, con programas diferenciados para adultos, infanto-juvenil, trastornos de la conducta alimentaria, primeros episodios psicóticos y toxicomanías. Comparando con el resto del Estado, hay mayor número de CSMs de adultos, con más psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares de enfermería, pero menos psicólogos. El número total de consultas es también mayor que la media por población en otras CCAA. Respecto a CSMs infanto-juveniles es similar, salvo que son atendidos por mejor proporción de psicólogos que en la media nacional y peor respecto a enfermeras.

El interés que muestra el Departamento de Sanidad por la atención a la salud mental, podría decirse que se encuentra en el rango medio-alto. En el 2009 se ha seguido invirtiendo en la remodelación de infraestructuras y se han incluido en Contrato Programa (con la consiguiente financiación) nuevos programas asistenciales (Tratamiento Asertivo Comunitario y Hospitales de Día). El porcentaje de profesionales dedicados a salud mental es también uno de los más altos del Estado, aunque hay un déficit en enfermería. Es significativo que prácticamente ningún profesional que termina su formación (MIR/PIR/EIR) “emigre” a otras comunidades, y que en los últimos años el País Vasco haya sido un receptor de profesionales de otras CCAA.

En cuanto a los sistemas de gestión y la introducción de las nuevas tecnologías, han sido puntos especialmente apoyados por el Departamento de Sanidad. Cada

organización tiene un plan de gestión anual, consensuado con los profesionales, la suma de los cuales constituye el Contrato Programa que se firma con el Departamento. El C.P. incluye la actividad prevista, indicadores de rendimiento y calidad, docencia, y financiación para cada uno de los bloques. El modelo de calidad por el que se apostó es el Modelo EFQM, y prácticamente todas las organizaciones (hospitales y red extrahospitalaria) han obtenido la Q de Plata, de Oro, o premios Avedis Donabedian. Asimismo son numerosas las certificaciones ISO conseguidas. En el 2009 se ha seguido avanzando en la informatización de la red. Prácticamente todos los profesionales tienen acceso a Internet, correo electrónico, biblioteca digital, etc. Para el 2010 está prevista la implantación de la historia clínica electrónica.

A pesar de todo, existen áreas de mejora evidentes, una de las cuales sería la mejora de la coordinación. En realidad, a pesar de que la mayoría de los recursos pertenecen a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, podría decirse que hasta el 2009 se ha venido funcionando en forma de tres “redes paralelas”: Las unidades de agudos (UHB) en hospitales generales, dependientes de la gerencia de cada centro, los hospitales psiquiátricos, cada uno con sus objetivos y sus planes y, finalmente, la red de salud mental extrahospitalaria. Únicamente en Álava el Hospital Psiquiátrico de las Nieves y la red extrahospitalaria tienen una dirección única. Estas diferentes dependencias conllevan visiones distintas de la actividad a realizar y dificultan la coordinación.

Otros aspectos que encontramos mejorables son los siguientes:

- En los CSM predomina la demanda de atención a trastornos mentales comunes lo que dificulta la atención a TMG (Trastornos mentales graves) mediante programas específicos.

- Hasta finales de 2009 el “espacio sociosanitario” no ha iniciado una colaboración operativa entre instituciones. En la mayoría de los casos, la gestión de recursos desde la Ley de Dependencia se lleva a cabo tras una sesgada evaluación de las necesidades reales de los pacientes y con escaso consenso de objetivos compartidos con servicios sanitarios.

- Sigue habiendo escasez de plazas en alojamientos supervisados para personas con:

- TMG con alteraciones de conducta.
- TMG de edad avanzada que no son asumidos en residencias de mayores.
- TMG con problemas somáticos graves sobreañadidos.
- Patología dual con consumos mantenidos a pesar de los programas realizados.
- Pacientes alcohólicos que mantienen consumos habituales (no abuso).

- Hay necesidad de implementar programas específicos para personas con T. de personalidad.
- Manifiesta escasez de recursos ocupacionales y prelaborales.
- Se comienza a prestar mayor atención a la salud física de los pacientes con TMG, más allá del seguimiento protocolizado de aquellos que toman algunos fármacos.

Como proyecto de futuro, a desarrollar en 2010, se ha planteado en Vizcaya la creación de una red de salud mental que incluya los tres hospitales psiquiátricos y los servicios extrahospitalarios (es decir, todo, excepto las unidades de agudos de los hospitales generales). Se pretende dotar a esa nueva red de una dirección única, que permita plantear objetivos comunes y “adelgazar” la estructura de los hospitales psiquiátricos para “reinvertir” los recursos liberados en programas de atención comunitaria.

Informe descriptivo

VALENCIA

**Informe de la Junta Directiva de la
Asociación Valenciana de Salud Mental**

Elaborado por

Mikel Munárriz Ferrandiz

Valencia

1. *Modelo de atención a la Salud Mental:*

Marco normativo:

Denominación del Plan de Salud Mental que orienta la atención sanitaria y sociosanitaria. Indicando su período de vigencia. (Si se puede descargar de la web incluir el enlace al mismo).

No existe ningún plan vigente. El último plan denominado Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica acabó en 2004. No hay indicios de elaboración de nuevos planes.

Existe un Plan Estratégico de Drogodependencias (2006-2010).

En el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma, la Salud Mental ocupa el mismo espacio que la osteoporosis.

La Conselleria de BS no ha llegado a publicitar un plan del que circularon borradores, pero sí que publica sus proyectos de incremento de plazas en los proyectos para el desarrollo de la Ley de Autonomía Personal.

Legislación (sanitaria y sociosanitaria) que regula la red de salud mental. Sin cambios desde la anterior edición

Planificación y gestión:

Existe un área dentro de la Dirección General de Asistencia Sanitaria sin unas funciones definidas. No evalúa, gestiona ni planifica de una manera significativa.

Para la atención a drogodependencias sí que existe una Dirección General de Drogodependencias que evalúa, gestiona y planifica la atención.

La Conselleria de Bienestar Social tiene una Dirección General de la Discapacidad. Existencia de contratos de gestión y contratos programa, así como de las instituciones firmantes. No existen.

La red dependiente de la Agencia Valenciana de Salud es pública en 19 de los 24 departamentos y concertada en los 5 restantes (aprox. un 10% de la población). La red dependiente de Drogodependencias es pública solo para las Unidades Asistenciales Ambulatorias (UCA) y para algunas Unidades Hospitalarias de desintoxicación. El resto es concertada o subvencionada.

La red dependiente de Bienestar Social es concertada o subvencionada con gestión a cargo de Asociaciones de Familiares, Entidades Locales, ONG o empresas con ánimo de lucro. Todos los centros residenciales menos uno están gestionados por empresas con ánimo de lucro.

Las entidades gestoras no públicas tienen un porcentaje de financiación público y cubren sus gastos con otras fuentes (convocatorias de ayudas públicas, obras sociales de las cajas de ahorro, venta de trabajos en talleres).

2. Red asistencial:

Organigrama de la red de atención a la salud mental

Red sanitaria

Organismo u organismos de los que dependen.

- Agencia Valenciana de salud (Conselleria de Sanidad)
- Diputaciones Provinciales

Denominación, siglas y descripción de los recursos sanitarios.

- USM. Unidades de Salud Mental
- USMI. Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil
- UHP. Unidades de Hospitalización en Hospitales Generales
- HdD. Hospitales de Día. Además hay 1 HdD para TCA y otro para patología Dual. En 2010 se abrió uno para adolescentes.
- UME: Unidades de Media Estancia.
- ULE. HP: Unidades de Larga Estancia y Hospitales Psiquiátricos.
- HD. Hospitalización Domiciliaria. “Equipos” constituidos por un psiquiatra o un psiquiatra y un enfermero.

Tabla resumen de recursos y nº.

USM	USMI	UHP	HdD	UME	ULE HP	HD	...
69	21	19	6	1	3	8	

Red sociosanitaria

Organismo u organismos de los que dependen.

- Conselleria de Bienestar Social
- Diputaciones Provinciales.

Denominación, siglas y descripción de los recursos sociosanitarios.

- Viviendas tuteladas: de 3 a 4 profesionales con 4 o 5 usuarios en cada una.
- CEEM. Centros Especiales de Enfermos Mentales. Residencias entre 25 a 120 plazas autorizadas por la Conselleria de BS para enfermos mentales. Hay 25 con 794 plazas de las cuales 222 están financiadas.
- Residencias Mixtas con módulo CEEM. Son residencias de la tercera edad con un módulo CEEM: Hay 4 con 238 plazas
- CRIS. Centros de Rehabilitación e Inserción Social. Son centros de rehabilitación pertenecientes a Bienestar Social. Hay 18 con 868 plazas.

Tabla resumen de recursos y nº.

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
RESIDENCIAL	Casas hogar		
	Viviendas supervisadas	28	139
	Pensiones (con plazas en convenio)		
	Residencias generales (con plazas en convenio)		
OCUPACIONAL-LABORAL	Talleres Ocupacionales	2	40
	Empresas Sociales	2	
	Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo		
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Clubes Sociales (CdDía)	13	203
TUTELAS	Entidades Tutelares		

3. Recursos humanos

Red sanitaria

Tabla resumen de profesionales y nº.

Psiquiatría	Psicología clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Aux. Enferm	Monitor Ocupac	Aux. Admin.
308	154	295	53	26	500	11	74

El 64 % de los enfermeros titulados y el 82% de los auxiliares trabajan fuera de la comunidad. Más del 50% de los auxiliares en ULE

Red sociosanitaria

La Consejería de BS no tiene recogida la titulación de sus profesionales sino su categoría administrativa.

Tabla resumen de profesionales y nº.

Profesionales	TS	TM	Otros	PNA
nº	74	67.5	256	18			

TS. Titulados superiores. Son psicólogos y en algunos casos ejercen de coordinadores del dispositivo.

TM. Titulados Medios. Casi todos trabajadores sociales, algun terapeuta ocupacional y algún enfermero.

Otros. Otro personal asistencial (TIS, TIL, Monitor, Cuidador)

PNA. Personal no asistencial (Administrativos)

Estos datos corresponden sólo a los centros con financiación pública.

4. Atención a las Drogodependencias

PROGRAMA	DISPOSITIVOS	Nº	PLAZAS
ATENCIÓN SOCIOSANTARIA	Centros de encuentro y acogida	4	
	Centros de tratamiento ambulatorio	36 (5 solo de alcohol)	
	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	13 (5 públicas)	
	Comunidades Terapéuticas	7	
	Viviendas de apoyo al tratamiento	18 (todas las modalidades)	
	Viviendas de Apoyo a Enfermos de Sida		
INCORPORACIÓN SOCIAL	Viviendas de Apoyo a la Inserción		
	Centros de Día	22	

Existe una Dirección General de Drogodependencias en la Conselleria de Sanitat. A nivel de departamento, tienen estructuras organizativas diferenciadas.

5. Valoración global

Puntos fuertes.

- Una red de Unidades de Salud Mental distribuidas en el territorio.
- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales en casi todos los departamentos de salud.
- Plazas de formación postgraduada.

Puntos débiles.

- Escasez general de recursos humanos
- Amplias diferencias en la dotación de los servicios entre áreas y entre dispositivos. Falta de equidad.
- Escasa multidisciplinariedad (escasez en los equipos comunitarios de enfermería y trabajo social)
- Discontinuidad y fragmentación de la asistencia
- Segregación de la asistencia a las personas con TMG. (Bienestar Social)
- Segregación de la asistencia a personas con drogodependencias.
- Escasos y discontinuos o nulos dispositivos de inserción laboral
- Inseguridad económica de los dispositivos.
- Dependencia excesiva de la iniciativa privada.
- Ausencia de evaluación, planificación y participación.
- Escasa capacitación e interés de los gestores en la salud mental.
- Escasa disponibilidad de alojamientos normalizados para personas con TMG (pisos, salas-hogar).

Oportunidades de mejora.

- Movimientos reivindicativos que se mantienen.
- Alianza de los sectores implicados. (Plataformas de Salud Mental y Salud Pública)
- Visibilidad y reconocimiento del problema (no se puede esconder)
- Limitación por la crisis de los gastos superfluos.
- Impacto del Centro Estatal de Referencia (puede ser también una amenaza)
- Está todo por hacer y es posible ahorrarse pasos y aprender de los errores de otros.

Amenazas

- Escaso desarrollo comunitario y de servicios para resistir la crisis.
- Desmoralización de la fuerza de trabajo.
- Creación de dispositivos de propaganda sin eficacia
- Privatización creciente de la asistencia sanitaria.
- Aumento de los dispositivos pseudomanicomiales. Neoinstitucionalización en residencias de la 3ª edad.
- Creación de unidades específicas sin la suficiente integración en la red, sin trabajo sobre la continuidad de cuidados y sin orientación comunitaria.

LIBROS DE LA A.E.N.

(Disponibles a la venta en www.tienda-aen.es)

Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.
32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.

33. A. REY, E. JORDÁ, F. DUALDE y J. M. BERTOLÍN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NAFS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. A. DÍEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.
38. A. DÍEZ PATRICIO, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.
39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.
40. J. M. COMELLES, M. BERNAL (eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*, 2008.
41. A. RETOLAZA (ed.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*, 2009.
42. I. MARKEZ ALONSO, A. FERNÁNDEZ LIRIA, P. PÉREZ-SALES (eds.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*, 2009.
43. J. CARMONA, F. DEL RÍO NORIEGA (eds.), *Gestión clínica en salud mental*, 2009.
44. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *El psicoanálisis en lo social y en lo político*, 2009.
45. O. MARTÍNEZ AZUMENDI, N. SAGASTI LEGARDA, O. VILLASANTE (eds.), *Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, 2011.

Historia

1. Jacques FERRAND, *Melancolía erótica*, 1996.
2. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía I*, 1997.
3. Anselm von FEUERBACH, *Gaspar Hauser*, 1997.
4. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía II*, 1998.
5. Robert GAUPP, *El caso Wagner*, 1998.
6. Gerolamo CARDANO, *El libro de los sueños*, 1999.
7. Emil KRAEPELIN, *Cien años de Psiquiatría*, 1999.
8. Étienne ESQUIROL, *Sobre las pasiones*. Joseph DAQUIN, *Filosofía de la locura*, 2000.
9. Tomaso GARZONI, *El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables*, 2000.
10. Juana de LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, 2001.
11. François LEURET, *El tratamiento moral de la locura*, 2001.
12. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía III*, 2002.
13. Laurent JOUBERT, *Tratado de la risa*, 2002.
14. Samuel-Auguste TISSOT, *El onanismo*, 2003.
15. Daniel Paul SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, 2003.
16. Raymond QUENEAU, *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, 2004.
17. Timothy BRIGHT, *Un tratado de melancolía*, 2004.
18. CICERÓN, *Conversaciones en Túsculo*, 2005.
19. DIDEROT (ed.), *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, 2005.
20. Marsilio FICINO, *Tres libros sobre la vida*. Luigi CORNARO, *De la vida sobria*, 2006.
21. Patrick DECLERCK, *Los naufragos*, 2006.
22. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía I*, 2007.
23. John DONNE, *Biathanatos*, 2007.
24. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía II*, 2008.
25. Edgard ZILSEL, *El genio*, 2008.
26. Gladys SWAIN, *Diálogo con el insensato*, 2009.
27. José Luis PESET, *Las melancolías de Sancho. Humores y pasiones entre Huarte y Pinel*, 2010.