



EVALUACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA HOSPITALIZACIÓN A LA ATENCIÓN COMUNITARIA

Informe para España

“La locura ya no se juzgaba como un estado irreversible y peligroso para la persona afectada y para la comunidad y que requería, por tanto, de custodia y protección. Pasó a ser considerada una enfermedad y, como tal, su abordaje un asunto médico. Así comenzó la transformación de los asilos en hospitales psiquiátricos y de la ideología de la custodia a la ideología médica, aunque continuó la política de internamientos.”

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006

COMITÉ DE REDACCIÓN:

José Rodríguez Escobar
Isabel Saiz Martínez-Acitores.
M^a Jesús San Pío Tendero

COMITÉ DE EXPERTOS:

Coordinadores Científicos de la Estrategia en Salud Mental del SNS:

Enrique Echeburua Odriozola
Francisco Ferre Navarrete
Carlos Mur de Viu Bernad

Responsables del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad:

Estrategia en Salud Mental del SNS: José Rodríguez Escobar
Internacional: Isabel Saiz Martínez-Acitores.
Sistemas de Información: Miguel de Bustos Guadaño

Expertos Independientes

José Guimón Ugartechea
Mariano Hernández Monsalve
Jerónimo Saiz Ruiz

Apoyo técnico y metodológico

M^a Jesús San Pío Tendero (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental - FEAFES)

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SNS

Coordinadores Científicos:

Enrique Echeburua Odriozola
Francisco Ferre Navarrete
Carlos Mur de Viu Bernard

Comité Técnico:

Alberto Fernández Liria .Experto
Alfredo Calcedo Barba. Sociedad Española de Psiquiatría Legal (AEPL)
Amparo Belloch Fuster. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)
Antonio Cano Videll . Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)
Asensio López Santiago. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)
Aurora Sánchez González. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)
Carlos Mingote Adán. Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP)
Elena Briongos Rica. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)
Encarnación Mollejo Aparicio. Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).
Eudoxia Gay Pamos. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
Eva M^a. Garcés Trullenque. Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSS).
Germán López Cortacans. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).
Guadalupe Morales Cano. Fundación Mundo Bipolar
Jerónimo Saiz Ruiz. Experto
José M. Sánchez Monge. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)
Josefina Castro Fornieles. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente AEPNYA.
Luis Salvador-Carulla. Asociación Científica PSICOST
Mario Páramo Fernández. Experto
Miguel Gutiérrez Fraile. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría

Nestor Szerman. Sociedad Española de Patología Dual SEPD
Rafael Casquero Ruiz. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
Teresa Brugal i Puig. Sociedad Española de Epidemiología (SEE)

Comité Institucional de CC.AA.

Andalucía: José Carmona Calvo
Aragón: Mariano Sanjuán Casamayor
Asturias (Principado): Susana García Tardón
Baleares (Islas): Joan Salvá Coll
Canarias: José Antonio Sánchez Padilla
Cantabria: Jesús Artal Simón
Castilla-La Mancha: Javier Hernández Pascual /Jaime Domper Tornil
Castilla y León: Concepción Velasco Velado
Cataluña: Cristina Molina Parrilla
Comunidad Valenciana: Juan Beltrán Garrido/ Juan José Moreno Murcia
Extremadura: Taciana Valverde Calvo
Galicia: Manuel Arrojo Romero
Madrid: Guillermo Peterson Guitarte
Murcia (Región de): Carlos Giribert Muñoz
Navarra (Comunidad Foral): Alfredo Martínez Larrea
País Vasco: José a. de la Rica Gimenez
Rioja (La): Miguel Angel Ortega Esteban
Ingesa (Ceuta-Melilla): Francisco de Asis Jove Dominguez-Gil/ Teresa García Ortiz.

Ministerio del Interior: José Manuel Arroyo Cobo

Imerso: Angel Calle Montero

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

Coordinación Técnica:

José Rodríguez Escobar

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

María Mercedes Vinuesa Sebastián

Subdirección General de Calidad y Cohesión

Paloma Casado Durandez

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio

Pedro Arias Bohigas

Observatorio de Salud de las Mujeres

Isabel Saiz Martínez-Actores

S.G. de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión

Carmen Pérez Mateos

Cristina Alfaro Allona

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Elena Martín Maganto

Graciela Silvosa

TABLA DE CONTENIDOS.

1.- INTRODUCCIÓN.	6
La Acción Conjunta para la Salud Mental y el Bienestar de la Unión Europea.	6
Contexto.	6
Objetivos.	7
Recogida de información.	8
Las particularidades del Estado Español.	9
Sistema Nacional de Salud.	9
Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.	9
Coordinación Sociosanitaria.	9
Implicación de otras áreas.	10
2.- METODOLOGÍA PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN.	11
Metodología global.	11
Fase Cuantitativa.	11
Fase Cualitativa.	11
Prácticas ejemplarizantes.	12
3.- EXPOSICIÓN DE RESULTADOS:	13
SECCIÓN I. Implementación de políticas y planes para promover la transición de la atención centrada en el hospital a la atención Comunitaria.	13
1 – Reformas en los servicios de Salud Mental	13
2 – Cierre/reducción de tamaño/ mejora de la calidad de los hospitales psiquiátricos.	14
3 - Desarrollo de la atención comunitaria.	20
SECCIÓN II. Selección de preguntas del cuestionario de la Evaluación de Referencia, en relación a 2013.	32
REVISIÓN DE LA POLÍTICA Y LEGISLACIÓN	32
HITO 5: Priorizar los servicios que abordan los problemas de salud mental de los grupos marginados o vulnerables, incluyendo los problemas de comorbilidad.	34
HITO 6: Desarrollar alianzas para el trabajo intersectorial y reconducir los desincentivos que dificultan el trabajo conjunto.	38
HITO 7: Integrar estrategias de recursos humanos para construir una fuerza de trabajo en Salud Mental suficiente y competente.	41
HITO 9: Asegurar que la financiación, las normativas y la legislación en materia sanitaria son equitativas e inclusivas con la salud mental.	43
HITO 10: Acabar con el tratamiento y atención inhumanos y degradantes y desarrollar los derechos humanos y la legislación en salud mental para cumplir los estándares de las convenciones de las Naciones Unidas y la legislación Internacional.	47
HITO 11: Elevar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de salud mental.	54
HITO 12: Asegurar la representación de usuarios y cuidadores en comités y grupos responsables de la planificación, ejecución, evaluación e inspección de actividades de salud mental.	55
SECCIÓN III -Logros, barreras y facilitadores.	58
1. Logros	58
2. Barreras	60

3. Factores facilitadores	60
4. Información Personal de los Encuestados:.....	61
SECCIÓN IV -Análisis DAFO	62
FORTALEZAS.....	63
DEBILIDADES	63
OPORTUNIDADES	65
AMENAZAS	65
SECCIÓN IV – Prácticas ejemplarizantes.....	66
4.- CONCLUSIONES.....	68
6.- ANEXOS.	74
ANEXO I. Glosario.....	74

1.- INTRODUCCIÓN.

La Acción Conjunta para la Salud Mental y el Bienestar de la Unión Europea.

Contexto.

A raíz de la Declaración y del Plan de Acción de Helsinki, de enero 2005, la Comisión Europea consideró que los Estados miembro de la Unión Europea debían emprender líneas de trabajo y de acción conjuntas que permitieran desarrollar los contenidos de Helsinki, y sincronizar acciones y estrategias – compartir proyectos de futuro en el desarrollo de la salud mental – lo que se plasmó en el proyecto de “Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población- Hacia una estrategia en salud mental en la Unión Europea”. Desde el planteamiento inicial se consideró que en el mejor de los casos podría generar una “Estrategia en Salud Mental” propia de la Comisión Europea, aunque se preveían dificultades en concretar el alcance que podría tener, ya que la Comisión no tiene competencias en el desarrollo de los Servicios de Salud Mental

El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar fue la propuesta de continuidad del Libro Verde. Sobre la base de los documentos que se trabajaron en la elaboración del Libro Verde, reposando en el grupo de técnicos contratados por la Comisión (Dirección General de Sanidad y Consumo DGSANCO), y con las aportaciones de los Estados Miembro de la Unión Europea se redactó el Pacto que se proclamó en Bruselas el 13 de junio de 2008

Los objetivos del Pacto son apoyar e informar a los Estados Miembro y a otros actores interesados y concernidos por el tema, promover las mejores prácticas y animar el desarrollo de acciones para ayudar a afrontar los principales desafíos que atañen a la salud mental, y remover las desigualdades sociales.

Atañe a cinco áreas prioritarias y se apoya en cinco documentos de consenso, correspondientes a cada una de las áreas prioritarias, que son las siguientes:

- La salud mental entre los jóvenes y en la educación
- Prevención del suicidio y de la depresión
- La salud mental en el entorno laboral
- La salud mental de las personas mayores
- Luchar contra el estigma y la exclusión social

Como mecanismo de implementación del pacto tuvo especial relevancia el desarrollo de cinco Conferencias temáticas específicas, sobre cada una de las áreas prioritarias. Correspondió a España ser anfitrión, convocar y organizar la Conferencia sobre Salud Mental de Personas Mayores, que tuvo lugar en Madrid, el 28 y 29 junio 2010, como evento de la Presidencia Española de la UE

El EU-Compass: Además de las Conferencias, para facilitar y animar el intercambio y asimilación de buenas prácticas en todos los Estados Miembros Europeos, la Comisión diseñó el EU Compass- un recurso “online” que proporciona una colección de documentos –declaraciones, descripciones de buenas prácticas y políticas para la mejora y la promoción de la salud mental y el bienestar

En concordancia con la invitación explícita que consta en el documento del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, el 18 de enero de 2009 el Parlamento Europeo adoptó la resolución 2008/22009 (Informe A6-0034/2009) en la que se asumen los postulados y propuestas del Pacto así como un conjunto de

llamadas para que se intensifiquen el énfasis de las acciones sobre aspectos que conciernen a la salud mental, tanto a nivel nacional como a nivel europeo.

Como continuación de todos estos trabajos, y basados en ellos, la DG SANCO Comisión Europea comenzó a trabajar en una Acción Conjunta para la Salud Mental y el Bienestar de la Unión Europea (en adelante, Joint Action) sobre Salud Mental y Bienestar.

Objetivos.

El objetivo principal es contribuir a la promoción de la salud mental y el bienestar, la prevención de los trastornos mentales y la mejora de la atención y la inclusión social de las personas con trastornos mentales en Europa. Este objetivo se quiere lograr mediante el establecimiento de un proceso de trabajo colaborativo estructurado, con la participación de los Estados Miembros, la Unión Europea, las sociedades interesadas y organizaciones internacionales

Se pretende evaluar los progresos realizados y compartir experiencias en los campos de la salud mental y el bienestar en la Unión Europea y los Estados miembros, para ello, la Joint Action evaluará, antes del mes 36º desde su puesta en marcha, los progresos realizados en Europa en las acciones que se establezcan en prevenir y combatir la depresión y el suicidio, en el desarrollo de los cuidados basados en el modelo comunitario, en la promoción de la salud mental en los lugares de trabajo y escuelas, y la salud mental en todas las políticas.

La Joint Action está estructurada en 8 programas de trabajo o Work Package (WP). En cada uno de ellos hay un país que lo lidera, otros que están asociados (associated partner) y otros que colaboran en su desarrollo.

Tres Work Package son paralelos: Uno de dirección y gestión de la Joint Action y de todos sus WPs, un segundo de diseminación (difusión) de todos los resultados, documentos, conclusiones, etc de los WPs y un tercero que trabajará sobre la metodología de la evaluación de los WPs y de la propia Joint Action.

Hay luego cinco WP centrales o temáticos:

WP 4: Políticas, Infraestructuras e intervenciones para la prevención y el tratamiento de la depresión y el suicidio.

WP 5: Experiencias del modelo comunitario de salud Mental y la inclusión social en Europa, con especial énfasis en la transición del Modelo Institucional al Comunitario

WP 6: Apoyo a las empresas en la adopción de políticas y prácticas que prevengan los problemas de salud mental y fortalezcan la salud mental positiva.

WP 7: Promoción de la salud mental y el bienestar y prevención de las enfermedades mentales entre los niños y adolescentes.

WP 8: Evaluar y recomendar políticas, infraestructuras e instrumentos que fortalezcan los vínculos entre las demás políticas no sanitarias y la salud mental.

España, a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, participa como associated partner en el WP5 (Managing the evolution towards community-based and socially-inclusive approaches to Mental Health), cuyo objetivo es desarrollar un **marco consensuado para la acción** desde la perspectiva comunitaria y de inclusión social, con un énfasis particular en la transición de la atención institucionalizada a la comunitaria para las personas con trastorno mental.

El WP5 está coordinado por la Universidad Nova de Lisboa (Portugal), y participan un total de siete países (Portugal, Italia, Austria, Bulgaria, Hungría, Irlanda, Estonia y España)

El WP5 se propone evaluar el progreso desarrollado y compartir la experiencia en modelos comunitarios y de inclusión social en salud mental en la Unión Europea y desarrollar un marco para la acción a nivel europeo y en cada Estado Miembro para abordar los retos identificados.

Recogida de información.

Los países participantes en el WP 5 contribuyen en la recogida de información a través de la cumplimentación de un cuestionario, que permitirá ofrecer una imagen más representativa del desarrollo global de la transición de la atención centrada en el hospital, a la atención comunitaria en los últimos años en la Unión Europea. El cuestionario abarca los cambios ocurridos en este proceso en tres periodos diferentes: antes de 1998 (en España entenderemos el periodo comprendido entre 1985 y 1998), de 1998 a 2008, y de 2008 a 2012.

La selección de dichos periodos resulta, en primer lugar, del hecho de que mucha información útil relativa a la transición de la atención institucionalizada a la comunitaria en todos los países europeos se recogió en 2008 a través de la Evaluación de Referencia promovida por la OMS- Región Europea y resultó en el informe “Políticas y Prácticas en Salud Mental en Europa – afrontando los retos”. Esto significa que repitiendo en relación a 2012 (la mayoría de los países aún no han publicado información sobre 2013), una selección de las preguntas del Cuestionario de la Evaluación de Referencia más relacionadas con el objetivo de nuestra evaluación, se podrá obtener información muy valiosa sobre la evolución de los últimos 4 años. También supone que, encontrar información de algunas de las cuestiones más importantes relativas a 1998, permitirá disponer de una comprensión más precisa de la evolución que ha tenido lugar en los últimos 10 años.

Por esta razón, se decide centrar la recogida de nueva información en 1998 y en 2012. Esta información, junto con la existente obtenida en 2008 a través de la Evaluación de Referencia, hace posible entender el proceso de cambio de los tres periodos mencionados.

Este cuestionario ha sido desarrollado tomando en consideración no sólo la Evaluación de Referencia de 2008, también se han integrado preguntas de otros muchos cuestionarios usados anteriormente para evaluar diferentes aspectos del proceso de desinstitucionalización y desarrollo de la atención comunitaria. Algunos de ellos son: el informe DECLOC, informe “Haciendo un mapa de la exclusión- servicios institucionalizados y comunitarios en el ámbito de la Salud Mental en Europa” (Salud Mental Europa y Open Society), “cambiando la atención del hospital a la comunidad en Europa: desafíos económicos y oportunidades” (grupo MHEEN), proyecto de la OECD “sistemas de salud mental en los países de la OECD”, WHO AIMS, Atlas de la Salud Mental 2011 (OMS) y Consulta de la OMS sobre la expansión y reorganización de la Atención en Salud Mental (Gulbenkian Global Mental Platform, 2013).

El cuestionario contiene 4 secciones:

- La sección I trata sobre cuestiones relacionadas con la implementación de políticas y planes para promover la transición de la atención centrada en la hospitalización a la atención comunitaria, cubriendo los desarrollos de antes y después de 1998.
- La sección II incluye las preguntas de la Evaluación de Referencia que están más relacionadas con el objetivo de nuestra evaluación en relación a 2012.
- La sección III incluye preguntas relacionadas con los logros habidos en el proceso de transición, así como la identificación de barreras y factores facilitadores encontrados en el mismo proceso.
- La sección IV incluye un análisis DAFO del proceso de transición y la descripción de buenos ejemplos que puedan ser replicados en el futuro de Europa.

Las particularidades del Estado Español.

Sistema Nacional de Salud.

En el Estado Español, como consecuencia de la Ley General de Sanidad (1985), el Sistema Nacional de Salud queda descentralizado y por lo tanto, las competencias en materia sanitaria quedan transferidas a las Comunidades Autónomas 17 en total y la de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla bajo la cobertura del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), dependiente del Ministerio.

La propia Ley General de Sanidad (1985) establece mecanismos de coordinación, como el Consejo Interterritorial y reconoce función del Sistema Nacional de Salud de determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, así como el establecimiento con carácter general de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia, y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios.

En 2006, se aprueba la Estrategia Nacional de Salud consensuada por todas las Comunidades Autónomas (CCAA), y que establece un marco común para la mejora de la atención en Salud Mental y los avances en la implantación del modelo comunitario de atención en Salud Mental de forma equitativa en el Estado.

En este sentido, la realidad de nuestro Estado difiere a la de otros EEMM. Aunque con objetivos comunes, coexisten tantas formas de gestión sanitaria de la salud mental como Comunidades Autónomas. Los procesos asistenciales son diferentes, la denominación de los servicios, su función, su ubicación, sus protocolos de acogida son diversos. La evolución de los mismos desde la Reforma Psiquiátrica ha sido variada. Se comparten objetivos y una visión común, para la concreción es dispar.

Aunque se dispone de un amplio Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, que realiza estadísticas siguiendo los criterios de calidad europeos para numerosas variables (ej. estancia media en hospitales, número de recursos, de pacientes, de consultas...), no dispone de toda la información referente a la gestión sanitaria en Salud Mental que abarcaba el estudio del WP5.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Además de asentar objetivos comunes, la Estrategia en Salud Mental ha supuesto un espacio de coordinación e intercomunicación en materia de Salud Mental entre los diferentes agentes implicados. Dispone en un comité científico en el que participan 19 sociedades científicas y dos entidades de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Cuenta también con un Comité Institucional en el que participan con un/a delegado/a cada una de las Comunidades Autónomas, normalmente a través de sus departamentos dedicados a la atención sanitaria en Salud Mental. Se incluye también el Ministerio de Interior (ostenta las competencias en materia penitenciaria), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y diferentes departamentos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Sistemas de Información, Calidad, Salud Pública, Plan de drogas, Mujer).

Coordinación Sociosanitaria.

La atención a los trastornos mentales precisa de intervenciones que no son únicamente sanitarias o médicas sino que tienen una implicación social (ej. servicios de rehabilitación psicosocial, viviendas con apoyo, atención domiciliaria, prestaciones). A lo largo del Estado, existen diferentes dispositivos de atención

en salud mental con diferentes denominaciones que no siempre son competencia de las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas.

La diversidad de denominaciones, y dependencia funcional de este tipo de servicios es muy alta entre las distintas Comunidades Autónomas. En algunos casos, algunos de estos servicios dependen de la Consejería de Sanidad o de Sanidad y Bienestar Social, pero en muchos casos no es así. En ocasiones son competencia de las Consejerías de Bienestar Social, y se gestionan a través de los Servicios Sociales municipales o se conciertan con entidades privadas, en otras ocasiones dependen de subvenciones a entidades sin ánimo de lucro, o dependen de fundaciones públicas sociosanitarias.

La comunicación y coordinación entre el ámbito sanitario y el social o sociosanitario no siempre son estrechas. Cabe destacar que rara vez se dispone de sistemas de información compartidos. No obstante, en diferentes foros, y en documentos normativos como la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud o en Planes de Salud Mental Autonómicos se reconocen las carencias en este ámbito, y se está trabajando para mejorar esta situación.

Implicación de otras áreas.

Más allá, la aplicación del modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental implica necesidades de intervención desde otras áreas que en el Estado Español, se gestionan desde Administraciones no sanitarias.

Es el caso, por ejemplo, de las prestaciones sociales, de la atención sanitaria a las personas presas, de la promoción del empleo, de las necesidades de vivienda.

En el ámbito autonómico en ocasiones la promoción y prevención depende de departamentos diferenciados de aquellos dedicados a la asistencia sanitaria.

2.- METODOLOGÍA PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Metodología global.

Desde la Coordinación del WP5, se solicitaba la creación de una red nacional/equipo responsable del WP5 para cumplimentar distintas secciones del mismo y que incluyera a líderes en salud mental, profesionales, usuarios, familias y otros grupos de interés. En el caso del Estado Español se consideró que los Comités Técnico e Institucional de la Estrategia, podían hacer esta función.

Se formó por un lado, un comité de redacción y tratamiento de los datos, que haría las veces de secretaría técnica del WP5 compuesto por dos personas del Ministerio de Sanidad y una técnico de FEAFES y, por otra parte, un Comité de Expertos, de reducido tamaño para poder asesorar al comité de redacción.

Una de las tareas de este comité ha sido la de consensuar la traducción del glosario que proporcionaban desde la coordinación del WP 5 en relación a términos relevantes, concretamente en cuanto a denominaciones de servicios y tipos de intervención. Se incluye como **anexo 1**, el glosario finalmente consensuado.

Globalmente, la participación de las Comunidades Autónomas ha sido muy alta. De las 17 Comunidades Autónomas 16, entregan el cuestionario cuantitativo y 15 el cualitativo. No obstante, el número de preguntas respondidas varía mucho entre unas y otras como podrá verse en la exposición de resultados. En algunas preguntas, el porcentaje de población representada alcanza el 80% de la población. Pero en otras preguntas ni siquiera alcanza el 20%.

Es importante, tener en consideración que este estudio no se ha hecho con el fin de realizar un análisis comparativo entre Comunidades Autónomas, y por lo tanto las comparativas que pudieran extraerse serían de un rigor dudoso.

Fase Cuantitativa.

Las secciones I y II del cuestionario son de índole eminentemente cuantitativa. Una parte de las preguntas ha sido respondida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Han participado Sistemas de Información del SNS, el IMSERSO.

Aquellos datos no disponibles en el MSSSI, se solicitaron a las Comunidades Autónomas, al Comité de Expertos, y a FEAFES.

Fase Cualitativa.

Las secciones III y IV son de carácter cualitativo. Se han enviado a los dos comités de la Estrategia y al comité de Expertos.

La participación es la que sigue:

- de las 17 comunidades autónomas, contestaron 15.
- de las 17 sociedades científicas y las dos de familiares y pacientes, contestaron 7 sociedades y las dos de familiares y pacientes.
- De las 7 personas del comité de expertos no pertenecientes al Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad: Contestaron 4

Prácticas ejemplarizantes.

Se diseñó un formato y se establecieron unos criterios de selección. Eran excluyente el que sirviera o no para implantar un modelo comunitario, que las prácticas fueran transferibles y que ya estuvieran evaluadas con resultados positivos. Otros criterios valorados fueron la participación de sociedades, usuarios y familias, la efectividad y eficiencia.

Cada práctica se envió a dos personas para que las valoraran.

Nos remitieron 29 prácticas (25 de comunidades autónomas y 4 de sociedades) participaron 11 comunidades y 6 no remitieron ninguna experiencia.

3.- EXPOSICIÓN DE RESULTADOS:

SECCIÓN I. Implementación de políticas y planes para promover la transición de la atención centrada en el hospital a la atención Comunitaria.

Esta sección incluye preguntas relativas a tres subsecciones. La primera se refiere a la implementación de reformas en los servicios de Salud Mental. La segunda incluye los cambios ocurridos en hospitales Psiquiátricos. La tercera incluye la creación y desarrollo de nuevos servicios comunitarios.

Se recogen las preguntas planteadas en el cuestionario facilitado por el WP5 y la respuesta ofrecida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o por otra fuente de información, en cuyo caso se especifica.

1 – Reformas en los servicios de Salud Mental

1.1 ¿Se han implementado en su País (o Región/Provincia/Estado) algunas reformas en los servicios de Salud Mental para promover la transición de la atención institucionalizada a la comunitaria?

	País	Region/Provincia/Estado
Sí, antes de 1998		
Sí, después de 1998		
Antes y después de 1998	<i>Sí, en España</i>	<i>En muchas regiones.</i>
No		

*A nivel nacional, la reforma empieza en abril de 1985 con la publicación del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad.
A nivel autonómico, hay diferentes experiencias desde 1983.*

*En el año 2006, se aprueba la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, y con ella se ven reforzados los servicios comunitarios.
Esta estrategia fue evaluada y actualizada en 2009, y se repetirá este proceso en 2014.*

Tuvo también un papel importante la reforma de la atención primaria en el año 1984.

1.2. Si la respuesta a la pregunta 1.1 es positiva, ¿ha habido algún plan oficial sistemático y escrito para desarrollar esta reforma a nivel nacional/regional/estatal?

	País	Región/ Provincia/Estado
Sí, antes de 1998		
Sí, después de 1998		
Antes y después de 1998	<i>Sí, España.</i>	<i>Varias Regiones.</i>
No		

Concretamente existen los documentos de los informes y leyes citados anteriormente a nivel nacional y diferentes planes autonómicos desde 1983. Particularmente, cabe destacar:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en su art.2 Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.

- Estrategia en Salud Mental del SNS.2006

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

- Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf

- Estrategia en Salud Mental del SNS.(2009-2013)

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

1.3 – ¿Ha habido algún grupo de trabajo específico o unidad específica en salud mental para coordinar la implementación de la reforma?

	País	Región/Provincia/Estado
Sí, antes de 1998		
Sí, después de 1998		
Antes y después de 1998	Sí, España	Todas las regiones
No,		

Fundamentalmente la gestión ha sido descentralizada. A nivel central estuvo la comisión para la reforma desde 1984 hasta 1988, pero sin poder ejecutivo, sólo consultor. A nivel autonómico ha habido responsables o comisiones desde 1988.

Desde 2006, existen los comités de la estrategia que agrupan a las sociedades científicas y de pacientes por un lado y a las comunidades autónomas por otro, pero su capacidad es consultora o de elaboración de propuestas.

2 – Cierre/reducción de tamaño/ mejora de la calidad de los hospitales psiquiátricos.

2.1 ¿Se han cerrado hospitales Psiquiátricos en su país?

- Sí, antes de 1998
- Sí, después de 1998
- Antes y después de 1998 -
- No -

Los cierres de hospitales fundamentalmente se hicieron antes del 98, después se han cerrado sólo algunos.

2.2 ¿Se crearon hospitales psiquiátricos en su país desde 1998?

Sí
No

Desde 1998 se han creado 6 hospitales psiquiátricos.

2.3 Si la respuesta a la pregunta 2.1 es afirmativa, ¿qué porcentaje del total de hospitales psiquiátricos se cerró en cada periodo?

	N	%
Antes de 1998	-17	-15%
Después de 1998	0	0 %
Total	+9	+9%

*En 1986 existían 108 hospitales psiquiátricos, en 1998 estaban dados de alta 91.
En el año 2012 están dados de alta en las bases de datos del Sistema Nacional de Salud, 99 hospitales Psiquiátricos de media y larga estancia.*

2.5¹ ¿Ha habido una reducción del número de camas en hospitales psiquiátricos en su país?

Sí, antes del año 1998-
Sí, después del año 1998-
Antes y después del año 1998-
No -

El primer año de referencia que utilizamos para calcular el número de camas en hospitales Psiquiátricos es 1986 donde había 30.702 camas en funcionamiento. En 1998 había 16.887 camas y en el año 2011, 11.963.

2.6. Por favor, indique el número y porcentaje de camas en hospitales psiquiátricos que se redujo en cada uno de los periodos siguientes:

	N	%
Antes de 1998	$(30.702-16.887) = 13.815$	-45%
Después de 1998	$(16.887-11.963) = 4.914$	-29%
Total	$(30.702-11.963)=18.729$	-61%

La disminución más importante de camas en hospitales Psiquiátricos se produjo antes de 1.998

¹ Las preguntas del cuestionario original saltan de la 2.3 a la 2.5.

2.7. Si la respuesta a la pregunta 2.5 ha sido afirmativa, por favor indique la importancia de los siguientes factores en la reducción del número de camas en hospitales psiquiátricos.

	Sin importancia	Algo de importancia	Bastante importante	Muy importante
Se prohíbe el ingreso en Hospitales Psiquiátricos *	X			
Fallecimiento de un número significativo de pacientes mayores y crónicos	X			
Hay programas para derivar a los pacientes a servicios comunitarios o unidades de ingreso en Hospitales Generales.				X
Muchos pacientes se derivan a instalaciones residenciales en la comunidad.			X	
A partir de la reforma hubo barreras administrativas y asistenciales para restringir al máximo el ingreso en los hospitales psiquiátricos			X	

En España, no hubo prohibición.

2.8 Por favor, indique el nivel de mejoras que ha tenido lugar en la mayoría de los hospitales psiquiátricos en los últimos 25 años:

	No ha habido mejoras	Algunas mejoras	Bastantes mejoras	Mejoras muy importantes
Calidad de las estructuras físicas			X	
Calidad de la atención			X	
Respeto de los derechos humanos				X

El mayor cambio se produjo entre los años 1983 y 1988, es decir, desde unos treinta años atrás, y hasta hace unos veinticinco.

2.9 Si aplica: ¿El cierre o reducción de tamaño de los hospitales psiquiátricos se implementó de acuerdo a un plan de desinstitucionalización predefinido que consideraba las siguientes áreas?

Periodo	Antes de 1998				Después de 1998			
	Sí, en la mayoría de ocasiones	Sí, en algunos casos	No	Información no disponible	Sí, en la mayoría de ocasiones	Sí, en algunos casos	No	Información no disponible
Pacientes			X		X			
Recursos económicos *		X				X		
Recursos Humanos **		X				X		
Programas de formación	X				X			
Nuevas profesiones **	X				X			

* Sólo existen secciones específicas para los recursos económicos en los planes autonómicos para la implantación del modelo comunitario en Salud Mental.

** Antes de 1998 se incorporan psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc. Después de 1998 se producen las rotaciones de la formación para los especialistas en Psicología clínica (PIR) y enfermería en salud Mental (EIR) y la incorporación de estos profesionales.

2.10 ¿Qué grupos estuvieron implicados en la planificación?

Periodo	Antes de 1998			Después de 1998		
	Si	No	Información no disponible	Si	No	Información no disponible
Pacientes/ Usuarios de los servicios		X		x		
Profesionales	X			X		
Gestores Sanitarios	X			X		
Familias/ Cuidadores	X			X		
Agentes Comunitarios *	X				X	
Ayuntamientos, diputaciones	X			X		

* Entre los diferentes agentes comunitarios implicados intervinieron positivamente la prensa, movimientos vecinales y sociales, sociedades científicas, presionando y creando clima y conciencia, en el momento del inicio en 1985 y hasta 1988.

2.11 ¿Hubo una evaluación y preparación de los pacientes institucionalizados ANTES de ser trasladados a la comunidad?

Periodo	Antes de 1998				Después de 1998			
	Sí, en muchos casos	Sí, en algunos casos	No	Información no disponible	Sí, en muchos casos	Sí, en algunos casos	No	Información no disponible
Evaluación		X			X			
Preparación		X			X			

Después del 1998, ya no se producen muchas salidas, es un proceso bastante individualizado.

2.12 Por favor, indique a qué lugares fueron transferidos los pacientes desinstitucionalizados (por favor, siga las definiciones del glosario):

Periodo	Antes de 1998				Después de 1998		
	Sí, una pequeña parte	Sí, una parte importante	No	Información no disponible	Sí	No	Información no disponible
A otros hospitales psiquiátricos			X			X	
A unidades penitenciarias			X			X	
A unidades de psiquiatría de hospitales generales			X		X		
A instalaciones residenciales en la comunidad.	X				X		
A instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales)		X			X		
A instituciones no hospitalarias de salud mental de gran tamaño.	X				X		
Con sus familias o a una vida independiente		X			X		
Other (specify)							

2.13 ¿Ha habido alguna reubicación de recursos humanos durante el cierre de los hospitales psiquiátricos?

Periodo	Antes de 1998			Después de 1998		
	Si	No	Información no disponible	Sí	No	Información no disponible
A otros hospitales psiquiátricos		X				X
A unidades penitenciarias		X				X
A unidades de psiquiatría de Hospitales Generales		X				X
A instalaciones residenciales en la comunidad.		X				X
A instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales)		X				X
A instituciones no hospitalarias de salud mental de gran tamaño.		X				X
Otros servicios comunitarios	X					X

2.14 ¿Ha habido algún proceso de reasignación presupuestaria como resultado del cierre de los hospitales psiquiátricos?

- Sí, antes del año 1998 -
- Sí, después del año 1998 -
- antes y después de 1998 -
- No -
- No es relevante -

2.15 Si la respuesta a la pregunta 2.14 es afirmativa, por favor, indique qué tipo de servicios fueron financiados con estos fondos.

Periodo	Antes de 1998			Después de 1998		
	Sí	No	Información no disponible	Sí	No	Información no disponible
A otros hospitales psiquiátricos						
A unidades penitenciarias						
A unidades de psiquiatría de Hospitales Generales	X			x		
A instalaciones residenciales en la comunidad.	X					
A instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales)						
A instituciones no hospitalarias de salud mental de gran tamaño.						
Otros (especificar)						

A partir de 1985 se aumentan los presupuestos dedicados a la creación de centros de salud mental y de otros dispositivos aunque no hubiera una reubicación como tal del presupuesto anteriormente dedicado a hospitales psiquiátricos.

3 - Desarrollo de la atención comunitaria.

3.1. Por favor, indique el ratio de unidades de ingreso disponibles para cada 100.000 habitantes en los siguientes años.

	1998	2008	2012
Hospitales Psiquiátricos	<i>0,23 por 100.000 hab</i>	<i>0,22 por 100.000 hab</i>	<i>0,21 por 100.000 hab</i>

Unidades penitenciarias	<i>0.005 por 100.000 hab</i>	<i>0.006 por 100.000 hab</i>	<i>0.004 por 100.000 hab</i>
Unidades de Psiquiatría en hospitales generales	<i>0.42 por 100.000 hab</i>	<i>0.36 por 100.000 hab</i>	<i>0.35 por 100.000 hab</i>
Instalaciones residenciales en la comunidad.			
Instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales)			
Instituciones no hospitalarias de salud mental de gran tamaño.			
Otros (especificar)			

Para el indicador referido a Unidades Penitenciarias se ha utilizado el de los hospitales Psiquiátricos Penitenciarios pertenecientes al Ministerio de Interior. En indicador es tan pequeño debido a que existen pocos hospitales penitenciarios (2 en 1998, 3 en 2008 y 2 en 2012). No obstante, existe otro hospital psiquiátricos penitenciario, dependiente de la Comunidad de Cataluña.

3.2 Por favor, indique el ratio de camas por 100.000 habitantes en los siguientes dispositivos y fechas.

	1998	2008	2012
<i>Hospitales psiquiátricos</i>	<i>43 camas por 100.000</i>	<i>37 camas por 100.000</i>	<i>26 camas por 100.000</i>
<i>Unidades penitenciarias</i>	<i>1,22 camas por 100.000</i>	<i>1,54 camas por 100.000 hab</i>	<i>0,99 camas por 100.000 hab</i>
<i>Unidades de psiquiatría en hospitales generales</i>	<i>11 camas por 100.000</i>	<i>11 camas por 100.000</i>	<i>12 camas por 100.000</i>
<i>Instalaciones residenciales en la comunidad.</i>			
<i>Instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales)</i>			
<i>Instituciones no hospitalarias de salud mental de gran tamaño.</i>			
<i>Otros (especificar)</i>			

Existe otro hospital psiquiátrico penitenciario, dependiente de la Comunidad de Cataluña.

3.3 Por favor, indique el ratio anual de altas por cada 100.000 habitantes en los siguientes dispositivos (si el dato de altas no está disponible, por favor, utilice el dato de ingresos mencionándolo en la parte inferior de la tabla)

	<i>1998</i>	<i>2008</i>	<i>2012</i>
<i>Hospitales psiquiátricos</i>	<i>79 por 100.000</i>	<i>63 por 100.000</i>	<i>50 por 100.000</i>
<i>Unidades penitenciarias</i>	<i>8.22 por 100.000</i>	<i>5.13 por 100.000</i>	<i>4.73 por 100.000</i>
<i>Unidades de psiquiatría en hospitales generales.</i>	<i>144 por 100.000</i>	<i>147 por 100.000</i>	<i>165 por 100.000</i>
<i>Other (specify)</i>			

Se ha utilizado el dato de altas.

3.4 Por favor, indique la duración media de estancia (Average length of stay- LOS) en los Hospitales Psiquiátricos.

	Menos de 2 meses	3 – 6 meses	6 – 12 meses	Más de 12 meses
1998			X	
2008		X		
2012			X	

Para calcular LOS en los Hospitales Psiquiátricos se han tenido en cuenta las altas y las estancias totales.

3.5 Por favor, indique la duración media de estancia (LOS) en las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales.

	Menos de 1 mes	1-3 meses	3 – 6 meses	6 – 12 meses	Más de 12 meses
1998	x				
2008	x				
2012	x				

3.6 Por favor, indique el ratio de dispositivos ambulatorios de Salud Mental y consultas ambulatorias por 100.000 habitantes.

	1998	2008	2012
Dispositivos Ambulatorios de Salud Mental por 100.000 habitantes.	<i>0.65 por 100.000</i>	<i>0.67 por 100.000</i>	<i>0.71 por 100.000</i>
Consultas ambulatorias por 100.000 habitantes.	<i>5.235 por 100.000</i>	<i>7.970 por 100.000</i>	<i>10.650 por 100.000</i>

Comentarios:

Sólo se dispone de los hospitales que tienen consultas externas de Psiquiatría. Los datos que se reflejan son referentes a la actividad de estas consultas.

No consta aquí la actividad de los Centros de Salud Mental.

3.7 Por favor, indique el ratio de dispositivos de atención diurna en Salud Mental por cada 100.000 habitantes.²

	1998	2008	2012
Dispositivos de atención diurna en Salud Mental por cada 100.000 habitantes	<i>1,64</i>	<i>2,17</i>	<i>2,38</i>

Comentarios

A continuación se expone la tabla con los datos ofrecidos por las CCAA y que han servido para calcular las medias ponderadas:

3.7 RATIO DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DIURNA POR 100.000 HAB			
	1998	2008	2012
ANDALUCÍA	1,45	2,45	2,38
ARAGÓN	NO DATOS	NO DATOS	1
ASTURIAS	0,65	0,65	0,84
BALEARS (ILLES)	0,48	0,94	1,25
CANARIAS	1,1	1,16	1,32
CANTABRIA	1,51	1,54	1,51
CASTILLA LA MANCHA	0,69	1,66	1,36
CASTILLA Y LEÓN	1,91	2,77	2,88
CATALUNYA	3,23	3,57	3,64
COMUNIDAD VALENCIANA	NO DATOS	NO DATOS	3,69
EXTREMADURA	1,11	1,36	1,35
GALICIA	1,11	1,4	1,68
LA RIOJA	0,38	0,32	0,31
MURCIA	0,63	1,2	1,72
NAVARRA	1,13	0,96	1,24
PAÍS VASCO – EUSKADI	1,29	1,35	1,38
MEDIA TOTAL	1,64	2,17	2,38
POBLACIÓN REPRESENTADA RESPECTO AL CONJUNTO DE ESPAÑA	73,83%	72,27%	85,91%

² Probablemente estos servicios no dependan únicamente de las consejerías de Sanidad. Deben recogerse los datos de los recursos existentes sin importar de qué consejería dependan.

3.8 Por favor indique el ratio de Centros de Salud Mental Comunitarios y el ratio anual de pacientes tratados en los mismos por cada 100.000 habitantes.

	1998	2008	2012
Centros de Salud Mental Comunitarios por cada 100.000 habitantes.	1,42	1,52	1,7
Número anual de pacientes tratados en en Centros de Salud Mental Comunitarios por cada 100.000 habitantes	2624,13	2934,44	3257,64

Fuente: CCAA

Comentarios:

A continuación se expone la tabla con los datos ofrecidos por las CCAA y que han servido para calcular medias ponderadas.

3.8 CENTROS DE SALUD MENTAL			
	1998	2008	2012
ANDALUCÍA	1,13	1,1	1,08
ARAGÓN	NO DATOS	1,7	1,7
ASTURIAS	1,66	1,76	1,86
BALEARS (ILLES)	1,34	1,03	1,16
CANARIAS	1,1	1,16	1,32
CANTABRIA	1,13	1,37	1,34
CASTILLA LA MANCHA	1,52	1,42	1,93
CASTILLA Y LEÓN	1,63	1,92	1,94
CATALUNYA	1,63	2,06	2,08
COMUNIDAD VALENCIANA	NO DATOS	NO DATOS	2,16
EXTREMADURA	NO DATOS	1,73	1,9
GALICIA	1,32	1,58	1,69
LA RIOJA	0,76	0,64	0,63
MURCIA	1,36	1,13	1,13
NAVARRA	1,5	1,45	1,71
PAÍS VASCO – EUSKADI	1,94		2,3
MEDIAS PONDERADAS SEGÚN POBLACIÓN	1,42	1,52	1,70
POBLACIÓN RESPECTO AL TOTAL DEL ESTADO	71,16%	70,44%	85,91%

	RATIO/NÚMERO DE PACIENTES TRATADOS		
	1998	2008	2012
ANDALUCÍA	2464,22	2787,9	3228,87
ARAGÓN	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
ASTURIAS	3149,84	4628,02	5063,12
BALEARS (ILLES)	NO VALIDO	NO VALIDO	NO VALIDO
CANARIAS			2872,15
CANTABRIA	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
CASTILLA LA MANCHA	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
CASTILLA Y LEÓN	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
CATALUNYA	2338	2744	2850
COMUNIDAD VALENCIANA	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
EXTREMADURA	NO DATOS	NO VALIDO	NO VALIDO
GALICIA			
LA RIOJA	1890,00	2171,00	2185,00
MURCIA	2314	3637	4022
NAVARRA	3202,6	2955,62	3052,1
PAÍS VASCO – EUSKADI	3871,5		3960,6
MEDIAS PONDERADAS SEGÚN POBLACIÓN	2624,13	2934,44	3257,64
POBLACIÓN RESPECTO AL TOTAL DEL ESTADO	46,40 %	41,21 %	50,60 %

3.9 Por favor, estime la proporción de pacientes con trastorno mental severo que recibía atención comunitaria de seguimiento de forma rutinaria en 1998, en los siguientes dispositivos:

	Ninguno /a	Unos/as pocos/as (1-20%)	Algunos/as (21-50%)	La mayoría (51-80%)	Todos/as o casi todos/as (81-100%)	Información no disponible
Consultas ambulatorias en Hospitales Psiquiátricos		X				
Consultas ambulatorias en unidades de psiquiatría de hospitales generales				X		
Atención domiciliaria	X					
Equipos Asertivo Comunitarios	X					
Otros, especificar						

Fuente: Comité de expertos.

3.10 Por favor, estime la proporción de pacientes con trastorno mental severo que recibía atención comunitaria de seguimiento de forma rutinaria en 2012, en los siguientes dispositivos:

	Ninguno/a	Unos/as pocos/as (1-20%)	Algunos/as (21-50%)	La mayoría (51-80%)	Todos/as o casi todos/as (81-100%)	Información no disponible
Consultas ambulatorias en Hospitales Psiquiátricos			X			
Consultas ambulatorias en unidades de psiquiatría de hospitales generales				X		
Atención domiciliaria		X				
Equipos Aseritivo Comunitarios		X				
Otros, especificar						

Fuente: Comité de expertos.

3.11 Por favor, estime la proporción de pacientes que recibían una o más intervenciones psicosociales en los siguientes dispositivos en 1998*.

	Ninguno/a	Unos/as pocos/as (1-20%)	Algunos/as (21-50%)	La mayoría (51-80%)	Todos/as o casi todos/as (81-100%)	Información no disponible
Dispositivos de Salud Mental Ambulatorios			X			
Dispositivos de tratamiento de día para la Salud Mental.		X				
Unidad de psiquiatría en hospital general		X				
Hospitales psiquiátricos			X			
Otros (especificar)						

Fuente: Comité de expertos.

3.12 ¿Requerían las políticas/planes o la legislación que las personas con trastorno mental tuvieran acceso a los siguientes servicios de salud mental comunitarios especializados en 1998? (por favor, marque todas las opciones aplicables)*

	Sí, en las políticas/planes	Sí, en la legislación.	No	Información no disponible.
Tratamiento y atención especializadas en Salud Mental	X	X		

Intervención en crisis.– daytime only	X			
Intervención en crisis.Crisis care – 24 hours	X	X		
Tratamiento domiciliario – Atención domiciliaria		X		
Equipos Asertivo Comunitarios			X	
Intervención temprana- atención precoz			X	
Servicios de rehabilitación	X	X		
Coordinación con atención primaria	X	X		

Fuente: Comité de expertos.

3.13 Estaban los servicios de salud mental organizados por áreas de servicio/ áreas de influencia en 1998?*

- Sí**
 Sí, en algunos lugares del país.
 No
 Información no disponible

Si la respuesta es afirmativa, indique la media de población a quien afectada o rango:

El 100% de la población.

3.14 ¿Cuál es la cantidad de recursos humanos que trabajaban en los servicios de salud mental en 1998 (tanto públicos como privados³)?*

Recursos humanos en Salud Mental	Número de recursos humanos por cada 100000 personas por tipo de profesión	Información no disponible
Psiquiatras	4,88 ⁴	
Otros médicos, no especializados en psiquiatría	1,32	
Enfermeros/as no especializados/as	6	
Enfermeras especializadas en Salud Mental		
Psicólogos clínicos que trabajaban en servicios de salud mental	2,64	
Psicoterapeutas (titulados/as) ⁺	3,63	
Trabajadores/as sociales	1,37	
Terapeutas Ocupacionales	0,37	

3 Sólo se considerará aquellos recursos privados que están concertados y prestan servicios dentro de Sistema Nacional de Salud.

4 Dato facilitado por el Ministerio.

Otros trabajadores sanitarios o de la salud mental (incluyendo trabajadores auxiliares, profesionales de atención primaria no médicos, ayudantes, orientadores, excluyendo el personal administrativo)	13,08	
Total	33,29	

+ El número de psicoterapeutas puede superponerse con otras categorías

* La misma pregunta relativa a 2012 se encuentra en otra sección del cuestionario

Comentarios:

En 1998, no había aún enfermeros/as con la especialidad.

En la traducción al castellano del cuestionario, en lugar de psicólogos se tradujo por psicólogos clínicos. En aquella fecha, la especialidad no era requisito para todos los servicios, por lo que muchos psicólogos no tenían la especialidad. Esto ha podido provocar algún sesgo y la ratio de psicólogos puede estar subestimada.

La proporción de población representada para cada categoría es muy distinta como puede observarse en la tabla a continuación.

Todos los encuestados pertenecen al sector sanitario, muchos de ellos declaran que sólo incluyen a los trabajadores del Sistema de Salud. No tienen acceso a la información de trabajadores de otros sectores que trabajan en salud mental.

A continuación se expone la tabla con los datos ofrecidos por las CCAA y que han servido para calcular medias ponderadas:

3.14 ¿Cuál es la cantidad de recursos humanos que trabajaban en los servicios de salud mental en 1998 (tanto públicos como privados)?*							
	Otros médicos, no especializados en psiquiatría	Enfermeros/as	Psicólogos/as clínicos que trabajaban en servicios de salud mental	Psicoterapeutas (titulados/as) ⁺	Trabajadores/as sociales	Terapeutas Ocupacionales	Otros/as trabajadores/as sanitarios o de la salud mental
ANDALUCÍA		4,88	2,11		1,4	0,21	9,3
ARAGÓN	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
ASTURIAS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
BALEARS (ILLES)							
CANARIAS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
CANTABRIA	1,35	7,59	2,66	NO DATOS	1,14	0,38	NO DATOS
CASTILLA LA MANCHA	1,63	7,8	4,13	NO DATOS	1,74	0,81	19,34
CASTILLA Y LEÓN	NO DATOS	6,02	2,51		1,02	0,18	8,55
CATALUNYA	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
COMUNIDAD VALENCIANA	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS	NO DATOS
LA RIOJA	0,57	10	3,7		0,57	0,85	
MURCIA	1,18	6,54		3,63	0,81	0,81	14,01

NAVARRA	0,93	10,43	5,12		3,17	0,93	62,4
PAÍS VASCO – EUSKADI	NO DATOS						
MEDIA PONDERADA SEGÚN POBLACIÓN	1,32	6,00	2,64	3,63	1,37	0,37	13,08
POBLACIÓN REPRESENTADA	10,52%	34,86%	32,03%	2,84%	34,86%	34,86%	32,86%

3.15 ¿Cuál era la proporción de presupuesto de gasto para la salud mental en relación al gasto sanitario total en 1998?

Proporción	Por favor especifique si se trata de una proporción de presupuesto o de gasto	Información no disponible
6,3	PRESUPUESTO	
7,54	GASTO	

Comentarios:

El dato de presupuesto se refiere sólo a la Comunidad Autónoma de Cataluña.

El dato de gasto refiere únicamente a las Comunidades de Navarra y País Vasco. Estos datos no son muy representativos como puede verse en la siguiente tabla:

3.15 ¿cual era la proporción de presupuesto de gasto para la salud mental en relación al gasto sanitario total en 1998?		
	proporción	tipo de gasto
CATALUNYA	6,3	PRESUPUESTO
NAVARRA	5,8	GASTO
PAÍS VASCO – EUSKADI	8	GASTO
MEDIA PONDERADA GASTO	7,54	
POBLACIÓN REPRESENTADA GASTO	6,58%	
PRESUPUESTO	6,3	
POBLACIÓN REPRESENTADA PRESUPUESTO	15,53%	

Calculado como el importe total de dinero dedicado a la salud mental dividido por el importe total gastado por el gobierno en salud (o por el seguro social y sanitario obligatorio).

3.16 Por favor indique la asignación del presupuesto/gasto en salud mental (o de los presupuestos agregados locales/estatales) en 1998?*

Presupuesto de salud mental	% del presupuesto total para la salud mental	Fecha del dato	Información no disponible	Fuente de financiación	Información no disponible
Unidades de psiquiatría en hospitales generales.	8,85			PÚBLICA	
<i>Comentarios: Sólo responden dos Comunidades Autónomas, que representan tan sólo un 14,36 % de la población española.</i>					
Hospitales psiquiátricos	47,83			PÚBLICA	
<i>Comentarios: Sólo responden dos Comunidades Autónomas, que representan tan sólo un 14,36 % de la población española.</i>					
Servicios de salud mental comunitarios (excluyendo las camas)	11,74			PÚBLICA	
<i>Comentarios: Sólo responde una Comunidad Autónoma, que representa el 13,2% de la población Española.</i>					
Atención a la salud mental en servicios de atención primaria	30,71			PÚBLICA	
<i>Comentarios: Sólo responde una Comunidad Autónoma, que representa el 13,2% de la población Española.</i>					
Instalaciones residenciales en la comunidad					
Programas de promoción de la salud mental:					
Programas de prevención de los trastornos mentales					

Comentarios:					
Psicofármacos					
Comentarios:					
Otros	1,34			PÚBLICA	
Comentarios: Aquí incluyen el presupuesto de formación. Sólo responde una Comunidad Autónoma, que representa el 13,2% de la población Española.					

Fuente: CCAA

Comentarios:

Sólo responden a esta pregunta Navarra y Cataluña.

3.16. Asignación presupuesto/gasto en 1998					
	unidades de psiq en hospital general	hospitales psiquiátricos	servicios de salud mental comunitarios	atención a la salud mental en atención primaria	Otros - formación
	% presupuesto	% presupuesto	% presupuesto	% presupuesto	% presupuesto
CATALUNYA	9,27	47,97	10,71	30,71	1,34
NAVARRA	4	46,26	23,44		
MEDIAS PONDERADAS	8,85	47,83	11,74	30,71	1,34
POBLACIÓN REPRESENTADA	14,36%	14,36%	14,36%	13,20%	13,20%

* Calculado como el importe total dedicado a cada categoría por el departamento de sanidad (o el seguro sociosanitario obligatorio) dividido por el importe total de dinero gastado para servicios de salud mental por el departamento de sanidad (o el seguro sociosanitario obligatorio).

SECCIÓN II. Selección de preguntas del cuestionario de la Evaluación de Referencia, en relación a 2013.

Esta sección incluye parte de las preguntas del cuestionario de la Evaluación de Referencia realizada por la OMS en 2008, pero esta vez en relación a 2012. Para su orientación, en cada pregunta se incluye el número original de la pregunta (entre paréntesis) de la Evaluación de Referencia.

REVISIÓN DE LA POLÍTICA Y LEGISLACIÓN

Política en Salud Mental

1. Por favor, indique el año de la última versión del documento de política en Salud Mental aprobado en su país.

Año: 2009

Nombre del documento: *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)*

2. Por favor, indique si la política en Salud Mental es un documento separado o está incorporado dentro de otros documentos políticos en Salud.

Documento separado.

3. Por favor, indique si los siguientes contenidos/componentes están incluidos en los documentos estratégicos aprobados relevantes en el área de la salud mental (estrategias, políticas o planes)

Componentes incluidos en las políticas/ planes de Salud Mental	Sí	No	Información no disponible
Organización de los servicios: desarrollo de servicios de Salud Mental Comunitarios	X		
Comentarios:			
Organización de los servicios: reducción de los grandes hospitales psiquiátricos	X		
Comentarios (ej. Periodo, porcentaje de camas):			
Organización de los servicios: desarrollo de un componente de salud mental en la atención primaria.	X		
Comentarios:			
Organización de servicios/iniciativas para la prevención de los trastornos mentales	X		

Comentarios:			
Organización de las iniciativas para la promoción de la salud mental	X		
Comentarios:			
Cantidad y calidad de los recursos humanos		X	
Comentarios:			
Implicación de usuarios y familiares/cuidadores	X		
Comentarios:			
Defensa de intereses y derechos (advocacy)	X		
Comentarios:			
Equidad en el acceso a los servicios de Salud Mental entre diferentes colectivos	X		
Comentarios:			
Financiación		X	
Comentarios:			
Garantías de calidad	X		
Comentarios:			
Sistemas de información		X	
Comentarios:			

Legislación en Salud Mental

4. Por favor, indique el año de la última versión de la legislación aprobada en su país en salud mental.⁵

En España, a raíz del Informe de la Comisión para la reforma psiquiátrica de 1985 se decide que no haya legislación específica para las personas con trastorno mental por considerarlo estigmatizante.

La legislación general que incluye aspectos relacionados con la salud mental tiene que ver con la Ley de Enjuiciamiento Civil, cuya actualización se llevó a cabo en marzo de 2014 y la Ley de Enjuiciamiento Criminal (última actualización febrero de 2013 que dan garantías jurídicas y de derechos a cuestiones como los internamientos y tratamientos involuntarios, la comisión de delitos, etc. Asimismo la “Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social” del 29 de noviembre de

⁵ La pregunta 5 refiere a los componentes de la legislación en Salud Mental. Al no disponer de legislación específica, no se responde a esta pregunta.

2013, tiene en cuenta a las personas con problemas de salud mental.

6. Cuáles son las principales actividades iniciadas/desarrolladas desde 2008

	Comentarios (principales desarrollos y fechas):	Ninguno	Información no disponible
Política en Salud Mental	<p><i>Evaluación de la estrategia en 2009, actualización de la misma para el periodo 2009-2013</i></p> <p><i>Elaboración y aprobación de documentos de grupos de trabajo sobre:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>"Documento de consenso para la gestión de casos de pacientes sujetos a penas y medidas de seguridad."</i> 2. <i>"Transversalidad y Continuidad Asistencial en Salud Mental"</i> 3. <i>"Difusión de la Estrategia Nacional y formación Profesional"</i> 		
Legislación en Salud Mental	<i>Ninguna</i>		

HITO 5: Priorizar los servicios que abordan los problemas de salud mental de los grupos marginados o vulnerables, incluyendo los problemas de comorbilidad.

Por ejemplo: donde los problemas de salud mental concurren con otros problemas tales como el abuso de sustancias o las enfermedades físicas.

A) Servicios de atención primaria para adultos.

7. (30) Por favor, indique el papel que los médicos de atención primaria/ médicos de familia tienen en su país.

Papel de los médicos de atención primaria/médicos de familia	Indicado en la política o legislación			Presente en la práctica		
	Si	No	Información no disponible	Sí	No	Información no disponible
Identificar y derivar a		X			X*	
Problemas de Salud Mental Comunes						

servicios especializados a personas con:	Problemas de salud mental severos y duraderos	X			X		
Comentarios: * A pesar de que los trastornos mentales comunes deben abordarse en Atención Primaria, muchos son derivados a los centros de Salud Mental.							
Diagnosticar a personas con:	Problemas de Salud Mental Comunes	X			X		
	Problemas de salud mental severos y duraderos		X			X	
Comentarios:							
Tratar a personas con:	Problemas de Salud Mental Comunes	X			X*		
	Problemas de salud mental severos y duraderos		X			X	
Comentarios: * A pesar de que los trastornos mentales comunes deben abordarse en Atención Primaria, muchos son derivados a los centros de Salud Mental							

8. (32) ¿Existen guías para la valoración y tratamiento de condiciones de salud mental claves en la atención generalista/ medicina de familia? (por favor marque todas las posibles opciones aplicables)

- X **Sí, para los trastornos comunes.**
X **Sí, para los trastornos mentales severos y duraderos**
 No
 Información no disponible

Si la respuesta es afirmativa, por favor, especifique:

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de un convenio con Guía Salud desarrolla un plan de elaboración y actualización de guías de práctica clínica basadas en la mayor evidencia clínica disponible.

Para temas de Salud Mental, existen las siguientes guías:

Año publicación	Título de las Guías de Práctica Clínica (GPC)
2008	<i>GPC sobre el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria</i>
	<i>GPC sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto</i>
	<i>GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente</i>
	<i>GPC sobre Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)</i>

2009	<i>GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria</i>
	<i>GPC para el Manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria</i>
	<i>GPC sobre la Depresión Mayor en el Niño y en el Adolescente</i>
	<i>GPC Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave</i>
2010	<i>GPC sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Población Infanto-juvenil.</i>
	<i>GPC sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias</i>
2011	<i>GPC sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria</i>
2012	<i>GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento</i>

B) Servicios de Salud Mental Especializados para Adultos

9. (33) Están los servicios de salud mental organizados por áreas de influencia/ áreas de servicio?

- Sí**
 Sí, en algunas partes del país.
 No
 Información no disponible

Si sí, por favor especifique la media de población:

El 100% de la población.

10. (37) Por favor, indique la proporción de pacientes que recibieron una o más intervenciones psicosociales en los siguientes dispositivos.

	Ning uno/a	Unos/as pocos/as (1-20%)	Algunos/as (21-50%)	La mayoría (51-80%)	Todos/as o casi todos/as (81-100%)	Información no disponible
Dispositivos de Salud Mental Ambulatorios				X		
Dispositivos de tratamiento de día para la Salud Mental.		X				
Unidad de psiquiatría en hospital general			X			
Hospitales psiquiátricos		X				
Otros (especificar)						

Fuente: Comité de expertos.

11. (38) ¿Requieren las políticas/planes o legislación que las personas con trastorno mental tengan acceso a los siguientes servicios de salud mental especializados en la comunidad? (por favor, marque todas las respuestas aplicables)

	Sí, en las políticas/ planes	Sí, en la legislación	No	Información no disponible
Atención y Tratamiento especializado en Salud Mental	X			
Intervención en crisis – sólo de día.	X			
Intervención en crisis- 24 horas	X			
Atención o tratamiento domiciliario	X			
Equipos asertivo comunitarios	X			
Intervención temprana/ atención precoz	X			
Servicios de rehabilitación	X			
Coordinación con atención primaria			X	

Comentarios:

Todos estos servicios están contemplados en la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS. Están contemplados en muchos planes regionales y en experiencias en muchas áreas de Salud en todo el territorio.

12 (42) ¿Hay algún programa que proporcione atención para los grupos vulnerables y marginados, incluyendo minorías e inmigrantes ilegales?

- Si**
 No
 Información no disponible

Si sí, por favor proporcione algún ejemplo:

ARAGON	<i>“Centro de día el encuentro” para personas sin hogar y con trastorno mental grave de la Fundación La Caridad de Zaragoza.</i>
ANDALUCÍA	<i>Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) para pacientes con TMG; Programa de Intervención Temprana en la Psicosis (ITP); Programa de Atención a la Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM); Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES).</i>
BALEARES	<i>Programa de Psiquiatría- Exclusión Social del Consell de Mallorca (IMAS)</i>
CANARIAS	<i>En Gran Canaria está constituido el ETAC- Equipo de tratamiento asertivo comunitario. En Tenerife el Equipo Comunitario Asertivo.</i>
CANTABRIA	<i>Programa de tratamiento a personas con trastorno mental grave con medicación inyectable:1130 consultas. Programa de tratamiento a personas con TMG con medicación oral 1958.</i>

CASTILLA LA MANCHA	<i>Programas de Integración social PRIS. Dirigido a municipios, agrupaciones de municipios, entidades no lucrativas, y entidades privadas de iniciativa social. De las cuatro modalidades una es para personas o colectivos en situación de vulnerabilidad o exclu</i>
CATALUNYA	<i>Programa de atención a la población inmigrante, programa de atención específica a la población marginada, programa de atención a las personas que sufren trastornos psicológicos por agresiones o maltrato, de seguimiento individualizado (sinhogar), de apoyo</i>
EXTREMADURA	<i>Protocolo de coordinación y atención a la patología dual, unidad de discapacidad y alteraciones conductuales.</i>
LA RIOJA	<i>Programa de atención en exclusión social con colaboración con educadores sociales del Ayuntamiento de Logroño.</i>
MURCIA	<i>Unidad Móvil de atención a drogodependientes y patología dual. Programas de bajo umbral. ETAC disponibles en la red asistencial, atienden, entre otros, a personas que pertenecen a grupos vulnerables o marginales.</i>

HITO 6: Desarrollar alianzas para el trabajo intersectorial y reconducir los desincentivos que dificultan el trabajo conjunto.

13. (44) ¿Existen disposiciones legislativas o financieras en relación a viviendas subvencionadas para personas con trastornos mentales?

- No, dichas disposiciones legales o financieras no existen**
- Existen disposiciones legislativas y económicas pero no se ejecutan.**
- Las disposiciones legislativas y económicas existen y se ejecutan.**
- Actualmente se planifica desarrollar disposiciones legales o financieras**
- Otros, por favor, especifique.**

Comentarios:

Hay un desarrollo progresivo de unidades residenciales y, en menor medida, de pisos asistidos. Es una materia que regulan y gestiona cada comunidad autónoma en el ámbito de su competencia. A modo de ejemplo podemos enumerar las siguientes:

- *La Comunidad de Madrid estableció el Decreto 122/1997, de 2 de octubre de 1997 (B.O.C.M.del 9 de Octubre de 1997) que regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica.*

- *Decreto 182/2006, de 1-12-2006 (LCV 2006\490), del Consell, que establece las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las viviendas tuteladas para personas con discapacidad física o con enfermedad mental crónica.*

- *Orden BES/12/2002, de 14-1-2002 (LCAT 2002\71), de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras del Programa de apoyo a la acogida residencial para personas mayores, del Programa de ayudas para el acceso a las viviendas con servicios comunes para personas con problemática social derivada de enfermedad mental y del Programa de apoyo a la autonomía en el propio hogar.*

14. (45) ¿Existen disposiciones legislativas o financieras para empleadores para contratar empleados con discapacidad por motivo de trastorno mental?

- No existen tales disposiciones
- Existe disposiciones legales pero no se ejecutan.
- Las disposiciones legislativas existen y son ejecutadas.
- Se está planificando el desarrollo de disposiciones legislativas y financieras.
- Otros, por favor, especificar:**

Desde la condición de persona con discapacidad reconocida; en pocos casos existe una política diferenciada para el colectivo de personas con Trastorno Mental, existen medidas de fomento o discriminación positiva en el colectivo de personas con trastorno mental, en el sentido de que en algunas normas legislativas se pide el requisito del grado de discapacidad del 65% cuando es física y sin embargo el 33% cuando es psíquica.

Comentarios:

La persona con trastorno mental para ser considerada persona con discapacidad tiene que ser valorada y reconocida con un grado de discapacidad mayor o igual al 33%, y de este modo entraría en los planes de medidas de acción positiva para el empleo de las personas con discapacidad.

Conforme al estudio de “El empleo de las personas con discapacidad en el año 2012” cruce entre los resultados de la Encuesta de Población Activa del INE y la Base Estatal de datos de personas con discapacidad del Imsero, la tasa de actividad de las personas con discapacidad derivada de trastorno mental, en edad laboral, es del 27,1%, la más baja de los distintos colectivos. Asalariados que cotizan a la seguridad Social resultaron 17.200 personas.

En el ámbito laboral, los prejuicios derivados de la mala imagen de la enfermedad mental son causa del rechazo de empresarios, compañeros y dificultan el mantenimiento de empleo de estas personas.

A título orientativo ponemos una serie de ejemplos dirigidos a personas con todo tipo de discapacidad y por tanto entraría la psíquica, y por último, la de Catalunya que es específica para trastorno mental:

•R. D. 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad. Artículo 6. Trabajadores destinados al enclave.

“2. A los efectos establecidos en este real decreto, se consideran trabajadores con discapacidad que presentan especiales dificultades para el acceso al mercado ordinario de trabajo:

*a) Las personas con parálisis cerebral, **las personas con enfermedad mental** o las personas con discapacidad intelectual, con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33 por cien.”*

•R. D. 469/2006, de 21 de abril, por el que se regulan las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los Centros Especiales de Empleo. Artículo 3. Destinatarios finales.

“1. Los destinatarios finales de este programa serán los trabajadores con discapacidad de los Centros Especiales de Empleo que se encuentren en alguno de los supuestos que se describen a continuación:

*a) Personas con parálisis cerebral, **personas con enfermedad mental** o personas con discapacidad intelectual, con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33%.”*

•Ley 43/2006, de 29 de diciembre (B.O.E .de 30 de diciembre).

•R. D. 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Artículo 3. Destinatarios finales.

“1. Los destinatarios finales del programa de empleo con apoyo serán trabajadores con discapacidad inscritos en los Servicios Públicos de Empleo como demandantes de empleo no ocupados, así como trabajadores con discapacidad contratados por centros especiales de empleo, siempre que, en ambos casos, se encuentren en alguno de los supuestos que se describen a continuación:

a) Personas con parálisis cerebral, personas con enfermedad mental o personas con discapacidad intelectual con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33%.”

•R. D. 1851/2009, de 4 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 161 bis de la Ley General de la Seguridad Social en cuanto a la anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado igual o superior al 45 por ciento. Artículo 2. Discapacidades que pueden dar lugar a la reducción de la edad de jubilación.

“A los efectos de la aplicación de lo establecido en el apartado 1 del artículo 161 bis del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, las discapacidades en las que concurren evidencias que determinan de forma generalizada y apreciable una reducción de la esperanza de vida y que podrán dar lugar a la anticipación de la edad de jubilación regulada en este real decreto, son las siguientes:

d) Trastornos del espectro autista.

h) Enfermedad mental:

1.º Esquizofrenia.

2.º Trastorno bipolar.”

•Decreto núm. 39/2013, de 11 de julio COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA. DISCAPACIDAD. Regula los incentivos destinados a fomentar la contratación de las personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo de Castilla-La Mancha.

•Orden núm. EMO/279/2013, de 7 de noviembre de la Comunidad Autónoma de Catalunya. Discapacidad que establece las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para la realización del Programa de orientación y acompañamiento a la inserción de las personas con discapacidad y/o enfermedad mental de la red de orientación para el empleo y abre la convocatoria para el año 2013.

•Por último el Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre regula los Centros Especiales de Empleo de personas con discapacidad en general, especificando las subvenciones y ayudas.

15. (46) ¿Existen disposiciones legislativas para la protección contra la discriminación (vivienda, despidos, ingresos más bajos) únicamente por motivo de trastorno mental?

- No existen tales disposiciones legislativas.**
- Existen disposiciones legislativas o financieras pero no se ejecutan.**
- Existen disposiciones legislativas y financieras y se ejecutan.**
- Se está planificando desarrollar dichas disposiciones legislativas o económicas.**
- Otras, por favor especificar:**
Existe legislación para las personas con discapacidad que protege contra cualquier discriminación.

Comentarios:

Su normativa reguladora es el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

En los años 80 el modelo de atención social para las personas con trastorno mental se reorientó hacia el enfoque de los derechos humanos en la atención de necesidades, desde un modelo de atención comunitaria.

El modelo comunitario y su orientación normalizadora ha permitido una mejora de la imagen de las personas con enfermedad mental y de la sensibilización de la sociedad hacia ellas.

En el ámbito de la atención social, las competencias del Estado se sitúan en la regulación normativa de la protección de los derechos, asumiendo las CC.AA. el desarrollo normativo de los mismos y, junto con las Entidades Locales, los servicios y las prestaciones sociales.

HITO 7: Integrar estrategias de recursos humanos para construir una fuerza de trabajo en Salud Mental suficiente y competente.

16.(49) ¿Cuál es la cantidad de recursos humanos que trabajan en los servicios de salud mental (tanto públicos como privados⁶)?*

Recursos humanos en Salud Mental	Número de recursos humanos por cada 100000 personas por tipo de profesión	Año del dato	Inform. no disponible
Psiquiatras	8,14 ⁷	2011	
Otros médicos, no especializados en psiquiatría	0,76	2012	
Enfermeros/as no especializados/as	9,76	2012	
Enfermeras especializadas en Salud Mental			
Psicólogos clínicos que trabajan en servicios de salud mental	5,75	2012	
Psicoterapeuta (titulados/as) <input type="checkbox"/>	0,1	2012	
Trabajadores/as sociales	2,62	2012	
Terapeutas Ocupacionales	1,32	2012	

6 Sólo se toman en consideración los recursos privados que están concertados y prestan servicios dentro de Sistema Nacional de Salud.

7 Dato facilitado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Otros trabajadores sanitarios o de la salud mental (incluyendo trabajadores auxiliares, profesionales de atención primaria no médicos, ayudantes, orientadores, excluyendo el personal administrativo)	18,21	2012	
Total	46,66	2012	

*** El número de psicoterapeutas puede superponerse con otras categorías**

Las comunidades autónomas (CCAA) no supervisan si su personal tiene o no el título de psicoterapeuta, exigen la especialidad de psicología clínica.

No todas las bases de datos de las Comunidades Autónomas muestran si los enfermeros/as tienen la especialidad en salud mental, ya que no es un requisito para ser contratado/a en los servicios.

En la traducción al Castellano del cuestionario, el término "psicólogo" se sustituyó por el de "psicólogo clínico". En algunas unidades de rehabilitación la especialidad de Psicología Clínica no es obligatoria. Puede haber por tanto un sesgo y estar subestimada la ratio de psicólogos.

Todos los encuestados pertenecen al sector sanitario, muchos de ellos declaran que sólo incluyen a los trabajadores del Sistema de Salud. No tienen acceso a la información de trabajadores de otros sectores que trabajan en salud mental.

La proporción de población representada es muy diferente para cada categoría como puede verse en la siguiente tabla:

	Otros/as médicos, no especializados en psiquiatría	Enfermeros/as totales	Psicólogos/as clínicos que trabajan en servicios de salud mental	Psicoterapeutas (titulados/as)	Trabajadores/as sociales	Terapeutas Ocupacionales	Otros
ANDALUCÍA	NO DATOS	7,42	3,11	NO DATOS	1,4	0,66	11,28
ARAGÓN	2	18	6		4	2	37
ASTURIAS	0,28	16,06	3,91	NO DATOS	1,49	0,52	17,82
BALEARS (ILLES)		13,4	5,3		2	0,9	21,7
CANARIAS	NO DATOS	11,38	5,45		2,02	NO DATOS	13,78
CANTABRIA	1,18	7,9	4,5		0,9	0,5	
CASTILLA LA MANCHA	0,94	10,08	5,7	NO DATOS	3,48	2,35	28,84
CASTILLA Y LEÓN	NO DATOS	11,27	3,96		1,54	0,95	13,39
CATALUNYA	0,59	9,05	11,86		4,35	1,72	12,99
COMUNIDAD VALENCIANA	NO DATOS	4,46	2,94				
EXTREMADURA	0,99	10,41	4,34	NO DATOS	1,72	1,08	41,03
LA RIOJA	0,57	10	3,7		2	2	30
MURCIA	0,5	11,1	6,1	0,1	1,8	1,9	19,15
NAVARRA	0,16	14	6,78	NO DATOS	3,45	2,25	36,73
PAÍS VASCO - EUSKADI		17,65	5,61	NO DATOS	3,76	1,66	30,09
MEDIAS PONDERADAS	0,76	9,76	5,75	0,1	2,62	1,32	18,21

% POBLACIÓN REPRESENT.	34,44%	80,00%	80,00%	3,13%	69,33%	64,82%	68,07%
-------------------------------	--------	--------	--------	-------	--------	--------	--------

HITO 9: Asegurar que la financiación, las normativas y la legislación en materia sanitaria son equitativas e inclusivas con la salud mental.

17. (70) ¿Cuál es la proporción de presupuesto de gasto para la salud mental en relación al gasto sanitario total?

Proporción*	Por favor especifique si se trata de una proporción de presupuesto o de gasto	Año del dato	Información no disponible
3,97	GASTO.	2012	
8,36	PRESUPUESTO	2013	
5,38%	GLOBAL		

Comentarios:

La representatividad del dato de presupuesto es muy baja. Se proporciona la media global, pero se considera de poco rigor.

17.70 PROPORCIÓN DE PRESUPUESTO DE GASTO RESPECTO AL TOTAL		
	PROPORCIÓN	PRESUPUESTO O GASTO
ANDALUCÍA	3,64	gasto
ASTURIAS	3,44	gasto
CASTILLA LA MANCHA	4,89	gasto
CATALUNYA	8,36	presupuesto
MURCIA	3,1	gasto
NAVARRA	3,85	gasto
PAÍS VASCO – EUSKADI	5,26	gasto
MEDIA PONDERADA GASTO	3,97	GASTO.
POBLACIÓN REPRESENTADA GASTO	33,88%	GASTO.
MEDIA PRESUPUESTO:	8,36	PRESUPUESTO
POBLACIÓN REPRESENTADA PRESUPUESTO	16,01%	PRESUPUESTO
MEDIA PONDERADA CONJUNTA	5,38	
POBLACIÓN TOTAL REPRESENTADA	49,89%	

* Calculado como el importe total de dinero dedicado a la salud mental dividido por el importe total gastado por el gobierno en salud (o por el seguro social y sanitario obligatorio).

18.71. Por favor indique la asignación del presupuesto/gasto en salud mental (o de los presupuestos agregados locales/estatales) en el último año del que tenga datos disponibles?*

Presupuesto de salud mental	% del presupuesto total para la salud mental	Fecha del dato	Información no disponible	Fuente de financiación	Información no disponible
Unidades de psiquiatría en hospitales generales.	21,8	2012		<i>Pública autonómica</i>	
Comentarios: <i>Responden 7 CCAA, representando un 49.12% de la población.</i>					
Hospitales psiquiátricos	8,56	2012		<i>Pública autonómica</i>	
Comentarios: <i>Responden 7 CCAA, representando un 49.12% de la población</i>					
Servicios de salud mental comunitarios (excluyendo las camas)	17,34	2012		<i>Pública autonómica</i>	
Comentarios: <i>Responden 7 CCAA, representando un 49.12% de la población</i>					
Atención a la salud mental en servicios de atención primaria	11,94	2012		<i>Pública autonómica</i>	
Comentarios: <i>Responde una única Comunidad Autónoma, representando el 16.01% de la población.</i>					
Instalaciones residenciales en la comunidad	5,51	2012		<i>Pública autonómica</i>	
Comentarios: <i>Responden 3 Comunidades Autónomas representante el 11.50 % de la población.</i>					
Programas de promoción de la salud mental:	0,09	2012		<i>Pública autonómica</i>	
Comentarios: <i>Responde una única Comunidad Autónoma. Incluyen aquí el apoyo a los movimientos asociativo.</i>					
Programas de prevención de los trastornos mentales					

Comentarios: :					
Psicofármacos	45,18	2012		Pública autonómica	
Comentarios: Proporcionan datos válidos 5 Comunidades Autónomas que representan el 42, 18% de la población.					
Otros	13,02	2012		Pública autonómica	
Comentarios: Responden 3 Comunidades Autónomas que representan el 20, 65% de la población. Dos de ellas incluyen aquí las ayudas a asociaciones o programas de rehabilitación. La otra incluye la formación.					

* Calculado como el importe total destinado a cada categoría por el departamento de sanidad de gobierno autonómico dividido por el importe total destinado por el mismo a los servicios de salud mental.

18.71 PORCENTAJE DE ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO O GASTO EN EL ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE									
	unidades de psiq en hospital general	hospitales psiquiát.	servicios de salud mental comunitarios	atención a la salud mental en atención primaria	Instal. residen. en la comunidad	programas de promoción	programas de prevención	psicofármacos	otros
ANDALUCÍA	35,37	0	14,94				NO DATOS	49,69	
ASTURIAS	36,08	0	36				NO DATOS		6,09
CASTILLA LA MANCHA	9,01	6,37	11,58		3,98		NO DATOS	49	
CATALUNYA	12,32	12,84	7,74	11,94			NO DATOS	39,66	15,5
EXTREMADURA	10,17	32,7	7,2		2,68	0,09		44,22	2,91
NAVARRA	13,3	19,9	27,2				NO DATOS	39,6	
PAÍS VASCO – EUSKADI	15,76	17,66	NO VALIDO		8,41		NO DATOS		
MEDIA PONDERADA	22,44	8,56	13,06	11,94	5,51	0,09		45,18	13,02
POBLACIÓN REPRESENTADA	44,46%	49,12%	44,46%	16,01%	11,50%	2,36%		42,18%	20,65%

19. (72) ¿La asignación del presupuesto local/regional para la atención en salud mental está basada en una fórmula que tiene en cuenta las necesidades relativas de la población? (ej. Proporción de personas mayores, minorías, etc.)

- Si
 No
 Información no disponible

Si sí, por favor específica:

	SI	NO	INF NO DISPONIBLE
ANDALUCÍA			x
ARAGÓN		X	
ASTURIAS		x	
BALEARS (ILLES)		x	
CANARIAS			x
CANTABRIA			x
CASTILLA LA MANCHA			
CASTILLA Y LEÓN		x	x
CATALUNYA	x		
COMUNIDAD VALENCIANA			x
GALICIA			
EXTREMADURA		x	
LA RIOJA			x
MADRID			
MURCIA		x	
NAVARRA		x	
PAÍS VASCO – EUSKADI			x
NÚMERO DE RESPUESTAS VÁLIDAS			
MEDIAS	1	7	6

Cataluña es la única CCAA que responde de forma afirmativa afirma que el presupuesto se establece según si la atención es para menores de 18 años o para adultos y que existe un presupuesto específico destinado a servicios para poblaciones más vulnerables. No se puede hacer una media.

20. (74) ¿Es gratuita la medicación psicotrópica (al menos el 80% del importe está cubierto)?

Medicación psicotrópica gratuita (al menos se cubre el 80%) en:	Sí	No	Información no disponible
Hospital	X		
Comentarios: En hospitales se da gratis la medicación. En caso de que los pacientes tengan que ir desde casa a recogerla (medicamentos de diagnóstico hospitalario) algunas Comunidades cobran copago.			
Servicios comunitarios	X		
Comentarios: Los Antisicóticos y antidepresivos son medicamentos de aportación reducida, los pacientes pagan un 10% hasta un máximo de 5 euros. El resto de medicación está financiada según si son trabajadores en activo y el nivel de renta. <ul style="list-style-type: none"> • Pensionistas: Pagan un 10% hasta un máximo de 18 euros mes. • Activos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rentas bajas: Pagan un 10 % ○ Rentas medias: Pagan un 40 % ○ Rentas altas: Pagan un 60 % 			
Atención primaria	X		

Comentarios:

Los Antisicóticos y antidepresivos son medicamentos de aportación reducida, los pacientes pagan un 10% hasta un máximo de 5 euros.

El resto de medicación está financiada según si son trabajadores en activo y el nivel de renta.

- Pensionistas: Pagan un 10% hasta un máximo de 18 euros mes.

- Activos:

- Rentas bajas: Pagan un 10 %

- Rentas medias: Pagan un 40 %

Rentas altas: Pagan un 60 %

HITO 10: Acabar con el tratamiento y atención inhumanos y degradantes y desarrollar los derechos humanos y la legislación en salud mental para cumplir los estándares de las convenciones de las Naciones Unidas y la legislación Internacional.

21. (77) ¿Cuáles son las funciones de los organismos de inspección a nivel nacional y/o regional encargados de evaluar la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental?

	Sí	No	Información no disponible
Desarrollar inspecciones regulares de los dispositivos de Salud Mental.		x	
Revisar los procedimientos involuntarios de ingreso y alta	x		
Revisar la investigación de los procesos de queja	x		
Supervisar las restricciones de libertad	x		
Supervisar las contenciones		x	
Imponer sanciones (ej. retirar la acreditación, imponer multas, o cerrar dispositivos que violen persistentemente los derechos humanos).		x	

Fuente: FEAFES.

Comentarios:

Los organismos de supervisión son diversos. El más relevante a efectos de las cuestiones primera, segunda y tercera es el Defensor del Pueblo, que vigila cualquier vulneración de derechos y puede actuar de oficio, abriendo investigaciones o consultas incluso sin esperar a que alguien se queje. Sin embargo, enlazando con la sexta cuestión, no puede anular o modificar los actos ni las resoluciones de las administraciones públicas, en el caso de que concluya que se han vulnerado derechos fundamentales. Su misión se circunscribe a tratar de convencer a la Administración para que adopte las medidas que sean oportunas para corregir la situación, pero no puede adoptar medidas de manera directa. Como Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura puede visitar, entre otros lugares en los que se restringe la libertad, dependencias en las que se esté llevando a cabo cualquier internamiento

involuntario. Ahora bien, tiene las limitaciones antes referidas. En este contexto, se podría abordar el asunto de las contenciones (quinta cuestión), pero no me consta que se haya hecho, teniendo en cuenta los estándares de derechos humanos.

En relación a la segunda cuestión, el control se efectúa principalmente por los tribunales competentes, pero para que este control sea efectivo se requiere información a los afectados y eliminar el estigma que impregna toda la sociedad en general y el ámbito judicial en particular.

En conclusión, se cuenta con mecanismos de supervisión, pero su efectividad es relativa y la detección de las graves vulneraciones a las que se pueden ver sometidas las personas con trastornos mentales todavía es muy insuficiente, sobre todo en el contexto de los ingresos involuntarios (tanto en el ámbito civil como penitenciario).

No se puede afirmar que haya una especial consideración a la protección de los derechos humanos de los usuarios en los servicios de salud mental, desde una atención especializada adecuada a su específica situación de vulnerabilidad y desde el establecimiento de inspecciones periódicas de las instalaciones en las que se encuentran desde una perspectiva de derechos humanos. Sería deseable que las hubiera y se informara a las entidades representativas.

Fuente: Servicio de Asesoría jurídica de FEAFES.

22. (78) ¿Cuál es la proporción de instituciones que han tenido supervisiones externas para la protección de los derechos humanos de los pacientes, en el último año disponible?

	Proporción	Información no disponible
Hospitales psiquiátricos*		x
Unidades de psiquiatría en hospitales generales**		x
Instalaciones residenciales en la comunidad***		x
Instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales) ****		x

Fuente: CCAA

Comentarios:

Los resultados de la encuesta a las Comunidades Autónomas son muy variados, no se puede establecer una proporción. Algunas de ellas refieren como inspección externa de los derechos humanos las visitas del juez tras los ingresos involuntarios, otra el papel del defensor del pueblo recogiendo quejas. La pregunta sin embargo refiere a un análisis en mayor profundidad de las posibles vulneraciones en los centros.

Cabe destacar que la Comunidad Autónoma de Asturias pasó una evaluación rigurosa de los derechos humanos, por parte de la Organización Mundial de la Salud en 2010. Castilla La Mancha refiere el cumplimiento del derecho a la privacidad, con el cumplimiento de las normas europeas pertinentes, supervisado por un organismo independiente. Andalucía expone una inspección general a las unidades de hospitalización por la Inspección General de Servicios Sanitarios de Andalucía.

Calculado como:

* El número de hospitales psiquiátricos con al menos una revisión/inspección anual de la protección de los derechos humanos de los pacientes, dividido por el número total de hospitales psiquiátricos.

** el número de las unidades de psiquiatría con al menos una revisión/inspección anual de la protección de los derechos de los pacientes, dividido por el número total de las unidades de psiquiatría.

*** el número de las instalaciones residenciales en la comunidad con al menos una revisión/inspección anual de la protección de los derechos de los pacientes, dividido por el número total de instalaciones residenciales en la comunidad.

**** el número de instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales) con al menos una revisión/inspección externa de la protección de los derechos humanos de los pacientes, dividido por el número total de instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales).

22.1 (78.1) Si estas inspecciones se han llevado a cabo, ¿estaban los usuarios representados en los órganos de supervisión de ámbito nacional y regional encargados de evaluar la protección de los derechos humanos de los usuarios en los servicios de salud mental?

- Si**
 No
 Información no disponible

Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique dónde y cómo

Comentarios:

Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (2009-2010), que se realiza mediante un Acuerdo de Colaboración OMS – Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, se efectuó el análisis sociodemográfico, de datos asistenciales, de la morbilidad, de la organización de los distintos servicios sanitarios, sociales y socio sanitarios, así como la relación con otras Instituciones y entidades relacionadas con la atención a la Salud Mental. El proyecto se desarrolló en varias fases:

- *Fase 1: Informe de Situación. Año 2010.*
- *Fase 2: Evaluación de los Derechos Humanos y Calidad en las instalaciones con Internamiento.*
- *Fase 3: Evaluación cualitativa de la atención a personas con problemas de Salud Mental. Grupos Focales.*

En las fases 1 y 2 se utilizó la “Herramienta OMS para evaluar Servicios de Salud Mental” y la “Herramienta de la OMS para el control de calidad y de las condiciones de los Derechos Humanos en instalaciones de Salud Mental” y en la fase 3, se realizó con una dinámica de trabajo en grupos, que permitió identificar áreas de mejora y priorizar líneas de acción, en coherencia con las Líneas Estratégicas planteadas por el Ministerio de Sanidad y Política Social, esto se realizó en :

- *“Jornada de trabajo intersectorial para el consenso de acciones clave del Plan de Salud Mental para Asturias 2011-2016”, (Dirección General de Salud Pública y Participación- Unidad de Coordinación de Salud Mental).*
- *Grupos de trabajo formados por usuarios, familiares, profesionales y otros que por su competencia técnica, política o de gestión pudieran tener una implicación en la solución de los problemas detectados que dan lugar al documento “Desarrollo de las Recomendaciones de la Evaluación de los Servicios de Salud Mental”.*

22.2 (78.2) Si estas inspecciones se han llevado a cabo, ¿estaban los familiares/ cuidadores representados en los órganos de supervisión de ámbito nacional y regional encargados de evaluar la protección de los derechos humanos de los usuarios en los servicios de salud mental?

- Si**
 No
 Información no disponible

Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique dónde y cómo:

Comentarios:

Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (2009-2010), que se realiza mediante un Acuerdo de Colaboración OMS – Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, se efectuó el análisis sociodemográfico, de datos asistenciales, de la morbilidad, de la organización de los distintos servicios sanitarios, sociales y socio sanitarios, así como la relación con otras Instituciones y entidades relacionadas con la atención a la Salud Mental. El proyecto se desarrolló en varias fases:

- *Fase 1: Informe de Situación. Año 2010.*
- *Fase 2: Evaluación de los Derechos Humanos y Calidad en las instalaciones con Internamiento.*
- *Fase 3: Evaluación cualitativa de la atención a personas con problemas de Salud Mental. Grupos Focales.*

En las fases 1 y 2 se utilizó la “Herramienta OMS para evaluar Servicios de Salud Mental” y la “Herramienta de la OMS para el control de calidad y de las condiciones de los Derechos Humanos en instalaciones de Salud Mental” y en la fase 3, se realizó con una dinámica de trabajo en grupos, que permitió identificar áreas de mejora y priorizar líneas de acción, en coherencia con las Líneas Estratégicas planteadas por el Ministerio de Sanidad y Política Social, esto se realizó en :

- *“Jornada de trabajo intersectorial para el consenso de acciones clave del Plan de Salud Mental para Asturias 2011-2016”, (Dirección General de Salud Pública y Participación- Unidad de Coordinación de Salud Mental).*
- *Grupos de trabajo formados por usuarios, familiares, profesionales y otros que por su competencia técnica, política o de gestión pudieran tener una implicación en la solución de los problemas detectados que dan lugar al documento “Desarrollo de las Recomendaciones de la Evaluación de los Servicios de Salud Mental”.*

23. (79) ¿Existen protocolos de ingreso involuntario, contención y manejo de la violencia?

	Sí	No	Información no disponible
Ingreso involuntario	X		
Comentarios: (*)			
Contención	X		
Comentarios: (*)			
Manejo de la violencia	X		
Comentarios: (*)			

(*)Comentarios:

Todos estos aspectos están contemplados en la Estrategia en Salud Mental del SNS. En la evaluación de 2009, de las 17 comunidades autónomas:

- 12 Comunidades autónomas afirman que sus centros asistenciales disponen de normas específicas en sus protocolos y procedimientos encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental
- Un total de 16 Comunidades Autónomas declara tener definidos y/o actualizados protocolos de traslado y hospitalización involuntaria
- Son 15 las Comunidades Autónomas que declaran tener desarrollados protocolos de actuación para los procedimientos de contención física, tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico.

En los próximos meses está previsto evaluar la Estrategia en el periodo desde enero de 2010 a diciembre de 2013.

24. (80) ¿Se registran los ingresos involuntarios, las contenciones y las privaciones de libertad?

	Si	No	Información no disponible
Ingresos involuntario	X		
Comentario: En 13 Comunidades autónomas declaran que sí, varias de ellas declaran que se registra únicamente en la historia clínica y que existen protocolos por lo que no pueden dar datos agregados. Alguna indica que no, al entender que se refiere a registros regionales.			
Contenciones	X		
Comentario: 10 comunidades autónomas afirman que sí. Varias indican que ésto se hace en la historia clínica, y que existen protocolos, pero que no pueden ofrecer datos regionales.			
Privaciones de libertad	X		
Comentarios: Algunas Comunidades indican que sí (6), otras que no(4) y 3 declaran que no disponen de información. Las que indican que sí, declaran que esta información queda registrada en la historia clínica. Varias de las que declaran que no, aluden a que no se hace uso de estas medidas en los servicios que les competen. Ej. El hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla depende del Ministerio del Interior.			

Fuente: CCAA

A continuación, se recoge una tabla con las respuestas de las CCAA.

	24.80 SE REGISTRAN...			
	LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS,	LAS CONTENCIONES	LAS PRIVACIONES DE LIBERTAD	
	SI/NO/INF NO DISPONIBLE	SI/NO/INFORM NO DISPONI	SI/NO/INF NO DISPONIBLE	
ANDALUCÍA	SI	SI	NO	
ARAGÓN	SI	SI	SI	
ASTURIAS	SI			
BALEARS (ILLES)	SI	SI	SI	
CANARIAS	NO	NO	NO	
CANTABRIA	SI	SI	NO DATOS	
CASTILLA LA MANCHA	SI	SI		
CASTILLA Y LEÓN	SI	SI	NO DATOS	
CATALUNYA	SI	SI	SI	
COMUNIDAD VALENCIANA	SI	NO DATOS	NO DATOS	
GALICIA				
EXTREMADURA	SI	NO	NO	
LA RIOJA	SI	SI	SI	
MURCIA	SI	SI	SI	
NAVARRA	SI	SI	INF NO DISPONIBLE	
PAÍS VASCO – EUSKADI	SI	SI	SI	
NÚMERO DE RESPUESTAS VÁLIDAS		15	14	13
SI		13	10	6
NO		1	2	3
INF NO DISPONIBLE		1	2	4

24.1 (80.1) Si sí, por favor especifique los ratios para cada 100.000 habitantes de (información del último año disponible):

	Proporción de ingresos involuntarios*		Proporción de contenciones **		Proporción de aislamientos ***		Año del dato
	Civil	judicial	Civil	judicial	Civil	judicial	
Todos los servicios de salud mental <input type="checkbox"/>							

Comentarios:

Sólo 4 CCAA han completado esta sección, teniendo en cuenta su escasa representatividad, que aluden a años diferentes, y que las categorías expuestas pueden haber sido interpretadas de forma diferente por cada encuestado, el dato de las medias es de muy baja calidad por lo que no se responde a esta pregunta. Se ofrecen no obstante las respuestas recibidas de las CCAA.

24.1 SI SÍ ESPECIFIQUE RATIOS PARA CADA 100.00 HAB									
	INGRESOS INVOLUNTARIOS		CONTENCIONES		AISLAMIENTOS		AÑO DEL DATO	POBLACIÓN REPRESENTADA	COMENTARIOS
	CIVIL	JUDICIAL	CIVIL	JUDICIAL	CIVIL	JUDICIAL			
ANDALUCÍA	56,45		31,48				2009	17,96%	<p>“-No disponemos del dato que diferencie entre ingresos civiles y judiciales. En Andalucía todos los ingresos son civiles, ya que los/as jueces carecen de criterios técnicos para indicar un ingreso, siempre se hacen por criterios clínicos. No obstante, cuando se realiza un ingreso involuntario, se solicita autorización al juez o a la jueza.</p> <p>- Los datos proporcionados en este apartado proceden del Informe Andaluz de Evaluación de la aplicación del protocolo de contención mecánica en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental</p> <p>- Los datos proporcionados en este apartado proceden del Informe Andaluz de Evaluación de la aplicación de la normativa sobre ingresos involuntarios en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.”</p>
ASTURIAS	17,8	0,36					2012	2,29%	<p>“El 17,8 se trata de un porcentaje de ingresos con carácter involuntario sobre el total de ingresos. Los protocolos de contención mecánica y la monitorización de estas acciones vienen recogidos en los indicadores de calidad marcados por los servicios de salud.”</p>
LA RIOJA		45	3			0,50%	2013	0,68%	
NAVARRA	25	1,42	ND	ND	NO APLICABLE	NO APLICABLE	2013	1,37%	<p>“Sobre 1193 ingresos en Hospitalización total de corta, media y larga estancia. Se realizaron 17 ingresos por medidas de seguridad privativas de libertad. Aproximadamente 300 ingresos se realizaron con Autorización judicial para el mismo por la vía civil. Muchos de ellos relacionados con pacientes en situación de incapacidad legal o menores de edad.”</p>

* Calculado como el número de ingresos involuntarios en los servicios de salud mental dividido por el número total de ingresos en los servicios de salud mental.

** Calculated as the number of restraints in mental health services divided by the number of admissions to mental health services

*** Calculated as the number of seclusions in mental health services divided by the number of admissions to mental health services

25. (81) ¿Tienen las personas ingresadas de forma involuntaria derecho a una representación legal gratuita?

- Sí
- No
- Información no disponible

Se tiene derecho a representación legal, pero la gratuidad no depende del hecho de estar ingresado, sino de si la persona cumple o no los requisitos para beneficiarse de la justicia gratuita (muy relacionados mayoritariamente con la capacidad económica de la persona).

El artículo 763 de la LEC establece el derecho del afectado a comparecer en juicio representado y asistido por abogado y procurador. Cuando no lo haga, el Ministerio Fiscal velará por sus intereses, excepto cuando sea el promotor del proceso, en cuyo caso se le nombrará un defensor (figura que no requiere formación jurídica).

La cuestión es si se informa a los pacientes, a sus familiares y a sus representantes legales, si los tuviere (aquí me refiero a tutores, curadores, etc.) sobre los motivos del ingreso y los derechos que asisten a la persona ingresada. En este sentido, podemos decir que es bastante probable que no, al menos desde

la experiencia de los casos que acuden a FEAFES, que constituyen una muestra de cómo se está ejecutando esta medida en nuestro país. La queja por la falta de información es muy frecuente entre los familiares y en el caso de las personas afectadas por el ingreso aún más. Esto afecta profundamente al ejercicio de sus derechos.

Fuente: Servicio de Asesoría Jurídica de FEAFES.

HITO 11: Elevar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de salud mental.

26. (83) ¿Existen políticas y programas para incrementar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de salud mental?

- SI
- No
- Información no disponible

Si sí, porfavor proporcione la siguiente información para cada programa (máximo 5):

26.83 Políticas y programas para incrementar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de salud mental

CCAA	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	TEMPORIZACIÓN	EVALUADO	ENLACES DE INTERÉS
ANDALUCÍA	PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA	CONTINUADO	SI	http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/s
ASTURIAS	PROYECTOS DE INCLUSIÓN SOCIAL	ANUAL	NO	www.afesasturias.org
CANARIAS	PROGRAMA INSULAR DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	CONTINUADO	SI	http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=f0ae71f7-a98d-11dd-b574-dd4e320f085c
CANTABRIA	INICIA – Programa de inserción sociolaboral de personas con enfermedad mental	PERMANENTE	SI	www.amica.es
CASTILLA LA MANCHA	PROGRAMAS DE LA FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA LA MANCHA	PERMANENTE	SI	-
CASTILLA Y LEÓN	PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS	CONTINUADO	SI	-
CATALUNYA	PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA "OBERTAMENT"	INDEFINIDO	EN PROCESO	obertament.org
COMUNIDAD VALENCIANA	III PLAN DE SALUD D EL COMUNIDAD VALENCIANA	2010-2013	EN PROCESO	
LA RIOJA	TALLERES OCUPACIONALES		NO	www.arfes.org
NAVARRA	PROGRAMA DE ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL GRAVE DE NAVARRA		SI	http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1A2478B3-2651-4
PAÍS VASCO	Programa de tratamiento asertivo comunitario para personas sin hogar.			http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/

Por CCAA se ofrece únicamente una, aunque varias presentaron más. Se han elegido aquellas que respondían al máximo de categorías solicitadas.

27. (84) ¿Cuál es la proporción de desempleados que reciben prestaciones sociales o pensiones con razón de discapacidad debida a un trastorno mental?

Proporción	Año del dato	Información no disponible
25,50%	Abril/2014	

Comentarios:

El dato reseñado resulta de: personas titulares de pensiones no contributivas de invalidez y prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad afectadas de discapacidad por trastorno mental y el total de personas que reciben dichas prestación , conforme al criterio que se facilita.

Conforme al referido estudio “El empleo de las personas con discapacidad en 2012”, el 64,3% de las personas con discapacidad derivada de trastorno mental, en edad laboral, percibe prestaciones sociales públicas y el 85,5% de dichas prestaciones se derivan de incapacidad y el 14,5% son otro tipo de prestaciones. El 16,1% tiene reconocimiento de situación de dependencia frente al 83,9% que no lo tienen o no lo han solicitado.

HITO 12: Asegurar la representación de usuarios y cuidadores en comités y grupos responsables de la planificación, ejecución, evaluación e inspección de actividades de salud mental.

28. (86) Existen directivas gubernamentales para la representación de usuarios/as y cuidadores/as en los comités y grupos responsables de: (marque todas las opciones aplicables).

Requerimientos para la representación en comités responsables de:	Usuarios				Cuidadores			
	Sí, en servicios de salud mental	Sí, en cuestiones estigma, prevención y promoción	No	Inform no disponible	Sí, en servicios de salud mental	Sí, en cuestiones de estigma, prevención y promoción	No	Inform no disponible
Planificación de actividades en Salud Mental	X	X			X	X		
Implementación de actividades en salud mental	X	X			X	X		
Evaluación de actividades en Salud Mental	X	X			X	X		

Comentarios :

La Estrategia en Salud Mental del SNS establece que hay que :

7.1. Desarrollar en cada Comunidad Autónoma una estrategia de información dirigida a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que

pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones.

7.2. Implantar en cada Comunidad Autónoma mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.

En la evaluación de 2009 16 de las 17 comunidades autónomas afirmaban tener desarrollados estos mecanismos de información y participación.

En los próximos meses está previsto evaluar la Estrategia en el periodo desde enero de 2010 a diciembre de 2013.

29. (87) ¿Cuáles de las siguientes formas de representación son prácticas comunes? (porfavor, indique todas las respuestas aplicables)

Representación en comités responsables de:	Usuarios				Cuidadores			
	Sí, en servicios de salud mental	Sí, en cuestiones estigma, prevención y promoción	No	Inform no disponible	Sí, en servicios de salud mental	Sí, en cuestiones de estigma, prevención y promoción	No	Infor no disponible
Planificación de actividades en Salud Mental				X				X
Implementación de actividades en salud mental				X				X
Evaluación de actividades en Salud Mental				X				X

Comentarios:

En los próximos meses, y dentro de la evaluación de la Estrategia, podremos disponer de datos más ajustados, por ahora sabemos que en muchas comunidades hay participación de usuarios y cuidadores sobre todo en la planificación y evaluación.

Asimismo participan de forma activa en la elaboración de la Estrategia en Salud Mental y en su evaluación.

30. (88) ¿Proporciona el gobierno de forma sistemática apoyo económico para el establecimiento y funcionamiento de:

30.1 (88.1) Asociaciones de usuarios/as de servicios o consumidores/as.

- Sí
- No
- Información no disponible

A nivel Nacional, el Ministerio convoca cada año subvenciones para el apoyo y mantenimiento de organizaciones de Discapacidad y otras (convocatoria de subvenciones para entidades del tercer sector). La Confederación de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental FEAFES, lleva recibiendo esta ayuda desde hace más de 5 años.

30.2 (88.2) Asociaciones de familiares y cuidadores/as.

- Sí
 No
 Información no disponible

A nivel Nacional, el Ministerio convoca cada año subvenciones para el apoyo y mantenimiento de organizaciones de Discapacidad y otras (convocatoria de subvenciones para entidades del tercer sector). La Confederación de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental FEAFES, lleva recibiendo esta ayuda desde hace más de 5 años.

31. (89) ¿Proporciona el gobierno sistemáticamente apoyo a ONGs y organizaciones de usuarios/as?

Organizaciones de usuarios y cuidadores activas en:	Sí	No	Información no disponible
Proporcionar servicios comunitarios que impliquen a los usuarios/as de los servicios	X		
Desarrollando habilidades de cuidado y afrontamiento de familiares y cuidadores.	X		
Desarrollando e implementando iniciativas de promoción de la salud mental y prevención para usuarios/as y cuidadores/as	X		
Defensa y empoderamiento de los derechos de los usuarios/as	X		

Esto no se realiza de forma sistemática.

SECCIÓN III -Logros, barreras y facilitadores.

En esta sección se evalúan por representantes de los principales grupos de interés a nivel nacional y autonómico los principales logros realizados en la transición de la atención institucional a la atención comunitaria en el Estado, Comunidad Autónoma o provincia.

Todos los encuestados responderán a las preguntas que se presentan a continuación sobre “logros, “barreras” y “factores facilitadores”.

1. Logros

Por favor evalúe el nivel de logros realizados en las áreas presentadas a continuación, de acuerdo a la clasificación siguiente:

5 = Muy alto

4 = Alto

3 = Un poco

2 = Bajo

1 = Sin logro

NA = No es aplicable/ no lo sé/ no se utiliza en este país

	1	2	3	4	5	NA
1.1.Legislación, política y planes						
Implementación de legislación sobre salud mental				X		
Implementación de un plan, política o estrategia Nacional o regional sobre salud mental.				X		
Implementación de zonas de captación locales o de planes en el ámbito del hospital				X		
1.2. Promoción, defensa y sensibilización publica						
Promoción, defensa y sensibilización pública por el gobierno			X			
Promoción, defensa y sensibilización pública por ONGs				X		
Promoción, defensa y sensibilización pública por los profesionales sanitarios			X			
Promoción, defensa y sensibilización pública por los familiares.				X		
Promoción, defensa y sensibilización pública por los usuarios/as de los servicios.			X			
1.3. Integración de la atención en salud mental en la atención primaria						
			X			
1.4. Clínicas ambulatorias						
Desarrollo de atención ambulatoria en los hospitales generales				X		
Desarrollo de clínicas ambulatorias en los servicios comunitarios				X		

Reembolso de consultas ambulatorias en médicos particulares						X
1.5. Atención comunitaria en salud mental						
Desarrollo de centros de salud mental comunitarios				X		
Desarrollo de equipos comunitarios de salud mental				X		
Desarrollo de servicios de atención diurna				X		
Desarrollo de clínicas móviles / servicios de alcance (outreach) ⁸		X				
Desarrollo de grupos de autoayuda y de usuarios			X			
Desarrollo de e- salud mental (telemedicina aplicada a la salud mental)		X				
1.6. Tratamiento de los pacientes en hospitales generales						
Desarrollo de camas psiquiátricas en hospitales generales				X		
1.7. Cierre/reestructuración de hospitales psiquiátricos y asilos						
Fin de los nuevos ingresos en instituciones o “cierre de la puerta principal”				X		
Reducir el número de ingresos a través de nuevos procedimientos de admisión.				X		
Reducir el número de camas psiquiátricas				X		
Planificación de las altas/ programas de preparación del tránsito del hospital a la comunidad.			X			
1.7. Atención residencial en la comunidad						
Desarrollo de infraestructuras residenciales en la comunidad.			X			
1.8. Empleo, rehabilitación vocacional y ocupacional.						
Desarrollo de programas de formación vocacional.			X			
Desarrollo de programas de empleo con apoyo.			X			
1.9. Otros						

⁸ Se entiende por servicio de alcance o outreach, un servicio social que se desplaza ahí donde hay necesidades de atención, para canalizar la atención. Ej. Equipos móviles, educadores de calle, equipos móviles de apoyo a personas sin hogar...

2. Barreras

Por favor, valore el impacto de las barreras presentadas en la tabla siguiente, de acuerdo a la siguiente clasificación:

5 = Impacto muy alto

4 = gran impacto

3 = bastante impacto

2 = Poco impacto

1 = Sin impacto

NA = No es aplicable/No lo sé/No se utiliza en este país

	1	2	3	4	5	NA
Baja prioridad de la salud mental en la agenda política				X		
Financiación insuficiente				X		
Modelo financiero inadecuado				X		
Recursos para la salud mental centralizados en grandes instituciones			X			
Falta de recursos humanos formados			X			
Falta de consenso entre los grupos de interés			X			
Resistencia a los cambios por parte de los profesionales			X			
Falta de cooperación entre el sector social y sanitario			X			
Dificultades para la integración de la salud mental en la atención primaria			X			
Falta de un liderazgo claro y fuerte			X			
Otros						
Otros						

3. Factores facilitadores

Por favor valore el impacto de los factores facilitadores presentados en la tabla siguiente, de acuerdo a la siguiente clasificación:

5 = Impacto muy alto

4 = gran impacto

3 = bastante impacto

2 = Poco impacto

1 = Sin impacto

NA = No es aplicable/No lo sé/No se utiliza en este país

	1	2	3	4	5
Fuerte apoyo político por parte del gobierno (nacional, regional y local)			X		
Capacidad técnica y política de la unidad de Salud Mental del Ministerio de Sanidad			X		
Legislación social y/u otras contribuciones por parte del sector social			X		
Legislación sobre empleo y/u otras legislaciones desde servicios del sector de empleo		X			
Participación de usuarios/as y familiares			X		
Contribuciones de otras reformas sanitarias				X	
Situaciones de crisis y emergencia			X		
Contribuciones de la investigación			X		
Contribuciones de movimientos pro derechos humanos			X		
Cooperación internacional		X			
ONGs - Familias				X	
ONGs – usuarios/as			X		
Asociaciones de profesionales			X		
Contribuciones desde la perspectiva de recuperación			X		
Otros					

4. Información Personal de los Encuestados:

La sección 3 se ha completado con los resultados de 29 cuestionarios de personas pertenecientes a los siguientes grupos.

- Comité de Expertos para WP5: 5 expertos independientes.
- Comité Institucional de la Estrategia en Salud Mental: 15 representantes sobre los 17 totales.
- Sociedades científicas y asociaciones de usuarios: 9 delegados

4.1. ¿Es usted miembro del Comité de la Estrategia?

Si: 26

No: 3

4.2 ¿A qué grupo perteneces?

- Directores/ gestores de servicios de salud mental: 16
- Profesionales de la Salud Mental: 9
- Miembros de asociaciones de usuarios: 2
- Miembros de asociaciones de familiares:2

4.3 Genero:

Hombre: 21

Mujer: 8

SECCIÓN IV -Análisis DAFO

El análisis DAFO pretende establecer los puntos fuertes o fortalezas (F), las debilidades (D), las oportunidades (O) y las amenazas (A) de una organización. Para realizarlo se establece un cuadro donde recogemos cada uno de esos puntos. Es la herramienta más utilizada en los análisis de situación.

Para asegurar que conseguimos extraer la máxima información del análisis DAFO debemos considerar una serie de puntos:

* Aunque es probable que detrás de cada cuadrante haya información resultante de un proceso profundo de análisis, el secreto del análisis DAFO está en mantenerlo lo más simple y concreto que podamos. **Escriba frase sencillas y claras**

* **Fortalezas y Debilidades** hacen referencia a **ASPECTOS INTERNOS** de lo que estamos analizando, en este sentido al Modelo de salud Mental.

* **Oportunidades y Amenazas** hacen referencia a **ASPECTOS EXTERNOS** que inciden en aquello que queremos analizar.

* El análisis DAFO es una imagen estática de la situación en el momento de realizar ese análisis. No es un documento permanente.

De entre los cuestionarios cualitativos recibidos, desde la secretaría de apoyo en España al WP5 se hizo un resumen de aquellas cuestiones que surgían más veces repetidas. El resultado fue el siguiente:

FORTALEZAS

- Ley General de Sanidad que da soporte al modelo comunitario
- La Estrategia en Salud Mental del SNS
- Planes Integrales de salud mental en las Comunidades Autónomas alineados con la estrategia nacional
- Organismos centralizados en cada comunidad autónoma para la planificación, gestión y evaluación de la salud mental.
- Amplia cartera de servicios.
- Única, amplia red de salud Mental Integrada en el Sistema Sanitario Público y con dispositivos accesibles y diversos
- Generalización del Modelo Comunitario:
 - Desinstitucionalización progresiva
 - Creación de Unidades de Hospitalización de Psiquiatría en Hospitales Generales
 - Equipos multidisciplinares con visión comunitaria
 - Unidades de rehabilitación, residenciales.
 - Experiencias de continuidad de cuidados, gestión de casos, tratamiento asertivo comunitario, hospitalización domiciliaria, inserción sociolaboral, etc.
 - Servicios específicos para infancia y adolescencia, y otros.
- Organización sectorizada (territorial)
- Integración de la promoción y prevención en la red sanitaria única
- Experiencias, consolidadas en algunas comunidades autónomas, de coordinación con Atención Primaria, servicios, sociales, educativos, medios de comunicación etc.
- Experiencias, consolidadas en algunas comunidades, de procesos asistenciales integrados, gestión por procesos, áreas de gestión clínica, etc.
- Aumento capacidad resolutoria de Atención Primaria
- Guías de práctica clínicas acreditadas
- Progresiva implantación de la Hª Clínica Informatizada
- Progresiva orientación hacia la recuperación
- Amplios y consolidados movimientos de usuarios y familiares
- Participación de usuarios y familiares y sociedades científicas
- Alto grado de consenso en todos los agentes sociales
- Amplia sensibilización ciudadana
- Profesionales muy capacitados:
 - Formación específica postgrado de internos residentes en Psiquiatría, psicología clínica y enfermería en Salud Mental
 - Formación continuada
- Motivación y compromiso de los profesionales con el modelo comunitario
- Medicamentos financiados
- Estructura familiar cuidadora
- Buena colaboración pública privada

DEBILIDADES

- Tendencia a fragmentación de los servicios, de creciente intensidad en últimos años
- Escasa financiación en relación a la dimensión epidemiológica, social y sanitaria del problema
- Desigualdades autonómicas importantes en recursos, financiación, dependencia funcional y servicios comunitarios.
- Baja morbilidad atendida respecto a la morbilidad real

- Red no orientada real y adecuadamente a las necesidades de las personas.
- La existencia de una red paralela y no integrada en la mayoría de las comunidades autónomas para los temas de adicciones y patología dual, escasez de recursos residenciales para estas patologías.
- Variabilidad clínica injustificada. Insuficiente implementación de guías de práctica clínicas y procedimientos basados en la evidencia.
- No suficiente desarrollo de:
 - Programas de detección precoz
 - Atención a los trastornos mentales comunes en Atención Primaria
 - Atención temprana en trastornos mentales severos
 - métodos y programas de intervención comunitaria
 - Continuidad de cuidados
 - programas para población infantil, adolescentes y ancianos
 - atención a los grupos de población en situación de riesgo y de marginación-exclusión (especialmente población sin hogar y población penitenciaria)
 - Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia
- Sanidad penitenciaria sin apenas conexión con la red de Salud Mental
- Precariedad de programas y oportunidades de trabajo protegido
- Falta de suficientes recursos intermedios post-hospitalización o que la puedan evitar: Hospitales de día, recursos residenciales, de viviendas, atención domiciliaria, etc.
- Camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos públicos y privados
- Insuficiente regulación de los criterios de concertación con entidades privadas y no alineados con la Estrategia.
- Zonas con escasos recursos especializados
- Escasos recursos asistenciales interdepartamentales. Quedan zonas con atención rehabilitadora en recintos hospitalarios alejados de la comunidad.
- Unidades de Ingreso en Hospitales Generales sin espacios adecuados y al aire libre
- Quedan 3 hospitales psiquiátricos penitenciarios en el Estado Español.
- Débil coordinación con A.P., S. Sociales, Educación y Justicia.
- Insuficiente coordinación entre Sº de Psiquiatría y equipos psicosociales
- Déficit de promoción y prevención en salud Mental, entre ellas, en el ámbito laboral.
- Sistema de información insuficiente para planificación, seguimiento y evaluación de la atención y los servicios. Ausencia de cuadro de mandos integral
- No implantación completa de Hº Clínica Informatizada
- Escaso desarrollo de la investigación en psiquiatría y salud mental.
- Insuficiente participación activa de usuarios (pacientes) en el diseño, y evaluación de los servicios.
- Insuficientes programas de educación incluidos en los servicios a pacientes y familiares
- Escasa financiación y apoyo a asociaciones de pacientes en algunos territorios.
- Escaso apoyo a los cuidadores y las familias, que han asumido el peso principal de los esfuerzos exigidos por los procesos de reforma
- Especialidades de salud mental no siempre integradas al resto, y en ocasiones estigmatizadas.
- Conflictos y ambigüedad de roles dentro del equipo
- Insuficiencia de recursos humanos de forma generalizada, con altos porcentaje de contratos eventuales
- Existencia de profesionales cada vez más “quemados” por escasez de recursos, condiciones laborales, etc.
- No regulación de la formación especializada y reglada en algunas profesiones, sobre todo enfermería.
- El paradigma de la recuperación no está integrado en los profesionales ni en su formación, predomina el modelo biomédico.
- Falta de liderazgo adecuado en algunos servicios o áreas
- Resistencia al cambio de gestores y profesionales

OPORTUNIDADES

- La crisis económica actual es una oportunidad para innovar nuevas formas y modelos de gestión y atención más eficientes, entre ellos el desarrollo del modelo comunitario
- Desarrollo normativo Autonómico Nacional y Europeo en Materia de Salud mental: Convención de la ONU de derechos de personas con discapacidad, Plan global de la OMS y Europeo en Salud Mental, etc..
- Actuaciones de la OMS y Comisión Europea (incluyendo la financiación):
- Participación en proyectos europeos
- Actuaciones legislativas que permiten la integración de las adicciones en la red integrada de salud mental
- Nueva visión de la cronicidad, paradigma de la recuperación, estrategia en cronicidad.
- Aparición y aumento de nuevas tecnologías, (de la información, la telemedicina)y recursos técnicos para educación para la salud y control y seguimiento de patologías (escuela de pacientes)
- Progresiva disminución del estigma de la enfermedad mental. Creciente implicación de la sociedad en la atención a la salud mental: Sociedad civil más organizada, organizaciones de usuarios, voluntariado
- La priorización de las Neurociencias en los planes de investigación desarrollo e innovación, nacionales y Europeos.
- El desarrollo tecnológico y científico abre nuevas vías para la innovación e la atención a la salud mental
- Nuevas generaciones de profesionales formadas en modelo comunitario
- Modelo descentralizado político y administrativo
- Papel de los medios de comunicación y redes sociales.
- La Estrategia en Salud Mental del SNS como oportunidad de:
 - Facilitar el intercambio de puntos de vista de los distintos sectores involucrados
 - Afianzar-consolidar, impulsar y armonizar en todas las CCAA las políticas que condicionan el desarrollo de los servicios de SM
 - Evaluar los efectos positivos y negativos de las reformas seguidas hasta el momento
 - Establecer estudios de comparación-contraste en distintos servicios y CCAA, según medidas y estrategias distintas
 - Estudiar :
 - Los factores asociados a problemas de discriminación-accesibilidad a los servicios por grupos de población
 - La articulación de servicios hospitalarios y ambulatorios
 - La relación con servicios sociales, educativos, penitenciarios y de justicia

AMENAZAS

- La crisis y los recortes presupuestarios:
 - Cierres de servicios y recortes de recursos o plazas.
 - Dificultad para adoptar medidas que han resultado eficaces en otros países de nuestro entorno
 - Aumento de la patología mental debido a la situación económica.
 - Precio de los medicamentos.
 - Empobrecimiento de los pacientes y familiares.
- Envejecimiento de la población aumento de la cronicidad

- Dispersión poblacional que limita la implantación de atención domiciliaria, continuidad de cuidados y el acceso a dispositivos de tratamiento de día y unidades comunitarias de rehabilitación.
- Judicialización y criminalización de la enfermedad mental y la disidencia
- Claudicación de la familia y cambio del modelo cuidador de la misma
- Excesiva delegación de la ciudadanía en las administraciones para la resolución de problemas sociales y de salud
- La cultura consumista desplazada al uso de servicios y al consumo de psicofármacos
- Cultura competitiva e individualista puede incrementar el estigma, exclusión y discriminación hacia colectivos vulnerables.
- Un importante porcentaje de la formación de los profesionales está financiada por la industria farmacéutica que influye, asimismo, en la creación de expectativas sociales de confianza exclusiva en el psicofármaco
- Excesiva medicalización de los tratamientos
- Aumento del consumo de drogas

SECCIÓN IV – Prácticas ejemplarizantes.

Por favor, describa ejemplos de iniciativas/programas exitosos en su país que han contribuido a la transición de la atención en salud mental institucionalizada a la comunitaria, utilizando el siguiente formato: **objetivos, plan estratégico, actividades, recursos disponibles, estrategias de evaluación y resultados**. Por favor no exceda las 2000 palabras.

La solicitud de Prácticas Ejemplarizantes se remitió a los distintos comités de la Estrategia. Se creó un formato y se establecieron unos criterios de selección. Era excluyente el que sirviera o no para implantar un modelo comunitario, que las prácticas fueran transferibles y que ya estuvieran evaluadas con resultados positivos. Otros criterios valorables eran la participación de sociedades, usuarios y familias, la efectividad y eficiencia.

Cada práctica recibida se envió a dos personas para que las valoraran.

Nos remitieron 29 prácticas (25 de comunidades autónomas y 4 de sociedades) participaron 11 comunidades y 6 no remitieron ninguna experiencia.

A continuación se recoge un listado de las prácticas finalmente seleccionadas.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	TÍTULO
Andalucía	Programa de intervención en salud mental y exclusión social
Andalucía	Instrumento de gestión y planificación en salud mental
Andalucía	Fundación Pública andaluza para la integración de social de personas con enfermedad mental
Andalucía	Reforma psiquiátrica en Andalucía
Andalucía	Federación andaluza de asociaciones de personas usuarias de salud mental
Andalucía	Federación andaluza de familiares y personas con enfermedad mental
Asturias	Programa Prometeo- Salud Mental
Asturias	Proyecto de integración social de personas afectadas por una

	enfermedad mental grave
Cantabria	Programa de fases tempranas en los trastornos de la conducta alimentaria e intervención con estrategias terapéuticas basadas en las nuevas tecnologías (DETECTA)
Castilla y León	Modelo de atención socio-sanitaria para las personas con trastorno mental grave
Castilla-La Mancha	Desarrollo de una red de dispositivos comunitarios de atención a personas con trastorno mental grave de carácter rehabilitador y residencial
Castilla-La Mancha	Reestructuración de los hospitales psiquiátricos (Unidades Residenciales y Rehabilitadoras) en unidades de media estancia
Extremadura	Programa de rehabilitación psicosocial para pacientes con enfermedades graves ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Mérida
Galicia	Proyecto NISE contra el estigma de las enfermedades mentales
Madrid	Programa de atención psiquiátrica de enfermos mentales sin hogar
Murcia	Extensión de los equipos de tratamiento asertivo comunitario
Murcia	Actuaciones de integración socio-laboral con enfermos con trastorno mental severo y/o patología dual.
SOCIEDADES CIENTÍFICAS	TÍTULO
Asociación Gallega de Psiquiatría	Programa de hospitalización psiquiátrica a domicilio (HADOP)

4.- CONCLUSIONES

1. Se llevó a cabo en un contexto facilitador.

1.1 Fuerte apoyo político: Creación de La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983-1985) y en la Estrategia en Salud Mental (desde el 2006)

1.2 Cambios generales en el modelo sanitario.

1.2.1: Ley general de Sanidad que dedica un capítulo entero a la Salud Mental, afirmando la total equiparación de la persona con enfermedad mental a las demás personas y definiendo como método de atención el modelo comunitario con todas sus características (nivel ambulatorio, hospitalizaciones parciales, ingresos en hospitales generales, atención a domicilio, rehabilitación y reinserción social e integrando en los servicios la prevención.)

1.2.2: La reforma de la Atención Primaria proporcionó una mayor capacidad resolutive a los equipos y desplegó una amplia y sectorizada red de centros de salud.

1.2.3: Fuerte apoyo social en un contexto de importante cambio político en España. Movimientos vecinales, prensa, sociedades científicas, e incipiente movimiento de familiares.

1.3: Cambios legislativos: Se modificaron artículos de las leyes de enjuiciamiento civil y criminal que dieron garantías jurídicas y de derechos a cuestiones como los internamientos y tratamientos involuntarios, la comisión de delitos, etc. Asimismo la “Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social” tiene en cuenta a las personas con problemas de salud mental

2. Incompleta consolidación de la red comunitaria. Luces y Sombras.

2.1 Luces:

- Cartera de servicios unificada que garantiza servicios de salud mental preventivos, de atención y de rehabilitación.
- Estrategia en salud Mental del SNS con comités de participación que da cohesión y potencia el modelo comunitario.
- Hospitalización de agudos y urgencias 24 horas en Unidades Psiquiátricas de hospitales generales.
- Se ha reducido de forma muy importante el número de camas en hospitales monográficos.
- Aumento de la calidad tanto de las estructuras e instalaciones, de la práctica clínica como de experiencias novedosas en la gestión de los servicios.
- Red unificada de Salud Mental al pasar todos los servicios existentes a ser competencia de un único administrador inicialmente INSALUD en muchos casos, y según se van descentralizando las competencias sanitarias, las Comunidades Autónomas.
- Potenciación de recursos ambulatorios comunitarios con una extensa red de Centros de

Salud Mental.

- Creación de equipos multidisciplinares e incorporación de otras profesiones (psicología, enfermería, trabajo social...)
- Se ha desarrollado un fuerte movimiento de familiares y usuarios.
- Formación especializada acreditada de médicos/as, psicólogos y enfermería...

2.2 Sombras:

- Quedan algunos grandes hospitales psiquiátricos por transformarse en unidades más acordes con el modelo comunitario.
- Desigualdades territoriales
- Escasez de recursos humanos y no exigencia, en enfermería, de la especialidad para poder ejercer en salud mental.
- Escasez de recursos comunitarios, particularmente para pacientes crónicos, y alternativas a la hospitalización como atención domiciliaria, hospitales de día, recursos residenciales (pisos, minirresidencias...), etc.
- Insuficientes servicios de rehabilitación e inserción laboral.
- Falta de consolidación de programas y servicios para grupos vulnerables.
- Existencia de redes paralelas para drogadicción y atención penitenciaria.

3. El modelo comunitario se ha sustentado mucho en las familias. Ha permitido la reducción de camas, pero se dan tendencias a la claudicación y éstas familias van envejeciendo, por lo que son necesarias alternativas residenciales.

4. Es necesario desarrollar un sistema de información, específico para salud mental, sobre recursos, actividad asistencial y clínica, hospitalaria y ambulatoria, financiación y gestión

5. Mejorar la información a las familias y usuarios de los derechos que les amparan y potenciar la participación de los mismos a todos los niveles.

6. Hay cobertura legislativa y procedimental suficiente sobre procedimientos involuntarios y contenciones, debiéndose mejorar la información sistemática sobre los mismos.

7. Es necesario mejorar la continuidad asistencial mediante una eficaz coordinación con el nivel de atención primaria y los servicios sociales

8. La falta de alternativas residenciales y a la hospitalización, la sobrecarga familiar, y la saturación de los servicios por pacientes crónicos, asociado a la situación económica actual y deficitaria financiación de la salud mental producen resultados insuficientes del modelo comunitario.

5.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1985; 5(13): 204-22. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810/14679>
2. Menéndez Osorio F. Informe de la situación actual de la atención de salud mental del Insalud: a los dos años de aprobado el plan de reforma psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1987; 7(23): 665-70. Disponible en:
<http://revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/14968/14836>
3. Aparicio Basauri V, Sánchez Gutiérrez A E. Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1990; 10 (34): 363-74. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15161/15027>
4. Escriba Pérez P. Ayer y hoy de los institucionalizados de la psiquiatría. Revista de Trabajo Social 1991, (122): 81-96.
5. Aparicio Basauri V. Apuntes sobre la reforma psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1988, 8(26): 523-7. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15015/14883>
6. Fernández Liria A. La reforma psiquiátrica en España: en que y en que no metimos la pata y que podemos hacer. Psiquiatría Pública 1997, 9 (3): 167-75.
7. Fernández Liria A, Diéguez Porres M. La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales. Administración Sanitaria 1998, 2(5): 85-102. Disponible en:
http://afliria.info/es/escritos/doc_view/79-la-reforma-psiquiatrica-en-espana-aspectos-diferenciales
8. García J, Vázquez-Barquero JL. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. Actas Españolas de Psiquiatría 1999, 27 (5): 281-91.
9. Desviat M. ¿Que fue de la reforma psiquiátrica? Algunas preguntas y una propuesta. Revista de la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental 1999, III (5): 9-13.
10. González Duro E. De la psiquiatría a la salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2000, 20 (74): 249-60. Disponible en <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15695/15554>
11. Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas: amenazas y oportunidades. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2002, 22 (81): 1461-83. Disponible: en <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15789/15648>
12. Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F. La salud mental en España: cien años en el país de las maravillas. Informe Sespas 2002:
Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. [s.l.]: Sociedad Española de Salud

- Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), 2002; pp. 302-26. Disponible en:
<http://www.sespas.es/informe2002/cap15.pdf>
13. Lamas Crego S. Que queréis que os diga: hace treinta años. Siso/Saude 2004, (40): 79-91.
 14. Menéndez Osorio F. Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2005, (95): 69-81. Disponible en
<http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15933/15792>
 15. Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social 2010. 23: 253-63. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS1010110253A/7484&output=embed>
 16. Giménez Muñoz MC. El gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986). Historia Actual Online 2012. 27, 19-28. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3861352.pdf>
 17. García González J, Espino Granada A, Lara Palma L, editores. La psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
 18. Pérez F, coordinador. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2006.
 19. Espino Granada A, coordinador. La atención a la salud mental en España: Estrategias y compromiso social. [Toledo]; [Madrid]: Consejería de Sanidad, Agencia de Calidad; Ministerio de Sanidad y Consumo, [2006]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/op_sc_est15.pdf.pdf
 20. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Revista Española de Salud Pública 2011. 5: 427-36. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf
 21. Espino A. Estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas, amenazas y oportunidades. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2002. 22, (81): 39-61. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15789/15648>
 22. Huertas R. “El debate sobre la reforma psiquiátrica en la España del primer tercio del siglo xx”. Átopos. Disponible en: http://www.atopos.es/pdf_02/debate-reforma-psiquiatrica.pdf
 23. López M, LavianaM , García-Cubillana P. Los hospitales psiquiátricos en las reformas: notas para orientar una investigación necesaria. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2006:239-73.
 24. Gómez Beneyto M, coordinador, et al. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de

- Publicaciones, 2007. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/estrategia-salud-mental-2474/>
25. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhague: World Health Organization, WHO Regional Office for Europe, 2008. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
 26. González de Chávez M, editor, et al. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1980
 27. Desviat M. De locos a enfermos: de la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria. Leganés (Madrid): Ayuntamiento de Leganés, 2007
 28. Fernández Liria A, Mas Hesse J. La reforma psiquiátrica en Madrid, dificultades y perspectivas. Una reflexión desde la Zona Sur. *Psiquiatría Pública* 1988. 2: 79-86.
 29. Fernández Liria A. La reforma inacabada: introducción a la mesa. I Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000, Marzo 1-15. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a.htm
 30. Fernández Liria A. La AEN y la psiquiatría española a finales del siglo XX. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1999. 19 (71): 503-20. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15664/15523>
 31. Uriarte JJ. Rehabilitación y psiquiatría: ¿eterna promesa o pasada de moda? *Norte de Salud Mental* 2005. 22: 6-10.
 32. García J, Espino A, Lara L. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
 33. Bravo Ortiz MF, coordinadora. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000. Disponible en: <https://www.aen.es/docs/CTecnicos4.pdf>
 34. Informe sobre salud mental: entregado a la Sra. Ministra de Sanidad con ocasión de la entrevista con una representación de la Junta Directiva de la AEN. *Norte de Salud Mental* 2001. 4(11):69-71. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-iv/revista-11/69-informe-sobre-salud-mental.pdf>
 35. La atención a las personas con trastorno mental grave en la historia. En: Gisbert Aguilar C, coordinadora. *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003; p. 19-27.
 36. Desviat M. El riesgo de la contrarreforma. *Psiquiatría Pública* 1999. 11(2): 85-91.
 37. González Duro E. La contrarreforma de Jaén. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1984. 4 (8): 91-102. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14711/14587>

38. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1985. 5(13): 204-21. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810/14679>
39. Marchena Gómez M. Planificación territorial y gestión de la asistencia psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1986. 6 (019): 578-86. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14906/14774>
40. Informe acerca de la asistencia en Salud Mental en la provincia de Granada. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1986. 6 (019): 608-18.
41. Pirella A. La psiquiatría institucional, entre transformación y racionalización: el caso italiano. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1987. 7(020): 4-18. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14914/14782>
42. González de Chávez M. Asistencia psiquiátrica y derechos humanos en Japón: entrevista con Nobuko Kobayashi. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1987. 7(021): 297-308. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14936/14804>
43. Marquínez Bascones F. Salud mental y reforma psiquiátrica para Euskadi. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1987. 7(022): 461-8. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14951/14819>
44. Editorial: la reforma psiquiátrica: no hay razones para el optimismo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1988. 8(024): 3-4. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14974/14842>
45. Instituto Andaluz de Salud Mental. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1988. 8(026): 471-514. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15014/14882>
46. González Álvarez O. Un nuevo documento del PSOE sobre Salud Mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1984. 4(011): 393-4. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14782/14651>
47. De Salvia D. Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir del año 1978. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1986. 6(016): 69-85. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14861/14729>

6.- ANEXOS.

ANEXO I. Glosario

(Basado en el glosario del Cuestionario de la Evaluación de Referencia, OMS 2008)

Hospital psiquiátrico. *Mental Hospital.*

Un hospital psiquiátrico es una instalación hospitalaria especializada que proporciona atención a los pacientes ingresados y servicios residenciales de larga duración para personas con trastornos mentales. Normalmente estas instalaciones son independientes y autónomas aunque pueden estar vinculadas al resto del sistema sanitario. El nivel de especialización varía considerablemente: en algunos casos sólo ofrecen servicios custodiales de larga estancia, y en otros, servicios de corta estancia y especializados, tales como servicios de rehabilitación y unidades especializadas para niños y personas mayores.

Un hospital psiquiátrico puede ser público o ser una instalación privada con o sin ánimo de lucro. Los hospitales psiquiátricos dedicados a los niños/as y adolescentes y aquellos dedicados a otros grupos específicos (tales como los de personas mayores) también están incluidos.

El término “hospital psiquiátrico” **excluye** las unidades comunitarias para ingresos de psiquiatría, las unidades de ingresos penitenciarias, los hospitales penitenciarios así como aquellas instalaciones que tratan únicamente personas con problemas de abuso de alcohol y de sustancias o retraso mental, si éste no va acompañado de un diagnóstico de trastorno mental.

Unidad de psiquiatría en hospital general - Unidad comunitaria para ingresos de psiquiatría. *Community-based psychiatric inpatient unit.*

También llamadas unidades de agudos, de crisis o de hospitalización breve en hospitales generales. Una unidad comunitaria para ingresos de psiquiatría es una unidad de psiquiatría que proporciona atención las personas ingresadas para el manejo de los trastornos mentales dentro de una instalación comunitaria. Estas unidades normalmente están localizadas en hospitales generales, pero a veces se proporcionan algunas camas en centros comunitarios. Las camas comunitarias mayoritariamente proporcionan atención a usuarios con problemas agudos, y las estancias son cortas generalmente (semanas a meses).

Esta categoría **incluye**: tanto instalaciones públicas como privadas con o sin ánimo de lucro¹: unidades de psiquiatría exclusivas para niños y adolescentes, y unidades de psiquiatría para otros grupos específicos (tales como las personas mayores).

Esta categoría **excluye**: hospitales psiquiátricos, instalaciones comunitarias residenciales, u otras instalaciones que únicamente tratan personas con trastornos de abuso de alcohol o de sustancias, retraso mental o discapacidades del desarrollo.

Dispositivos ambulatorios de Salud Mental. *Mental health outpatient facility.*

Un dispositivo centrado en manejar los trastornos mentales y los trastornos clínicos y sociales asociados al mismo desde dispositivos ambulatorios.

Los dispositivos ambulatorios de salud mental **incluyen**: centros de salud mental comunitarios; ambulatorios de salud mental; servicios externos para trastornos mentales específicos o para tratamientos específicos; consultas externas en salud mental en hospitales generales; policlínicas de salud mental; y clínicas especializadas de asociaciones no gubernamentales que disponen de personal de salud mental y

proporcionan atención externa en salud mental (tales como personas sin hogar o personas que han sufrido violaciones). Se incluyen tanto los dispositivos públicos como privados con o sin ánimo de lucro⁹. Los dispositivos de salud mental ambulatorios para niños y adolescentes únicamente y los dispositivos de salud mental para otros grupos específicos (como por ejemplo las personas mayores) también están incluidos. Se **excluyen** de este término: las consultas privadas; y los dispositivos que únicamente tratan personas con trastornos de abuso de sustancias o retraso mental si no va acompañado de un diagnóstico de trastorno mental.

Centros de Salud Mental - Servicios comunitarios de Salud Mental. *Community mental health services.*

Dentro de los servicios ambulatorios se distinguen los centros de salud mental. Se trata de atención secundaria o especializada (que no puede ser proporcionada por un médico de atención primaria) para valorar y tratar enfermedades mentales por parte de profesionales formados en la salud mental (tales como un psiquiatra o un psicólogo clínico).

También puede ser proporcionado por un equipo multidisciplinar (equipo comunitario de salud mental) que comprende psiquiatras, enfermeras de salud mental y a menudo psicólogos y trabajadores sociales. Habitualmente proporciona atención para la población de un área determinada (municipio o pueblo). La atención se proporciona en diferentes tipos de instalaciones. Una estructura alternativa es el centro de salud mental comunitaria, donde diferentes equipos desarrollan un rango de servicios, uno de los cuales es el seguimiento y atención fuera del hospital.

Dispositivos de tratamiento de día para la Salud Mental. *Mental health day treatment facility.*

Un dispositivo que típicamente proporciona atención para los usuarios de los servicios durante el día. Los centros están generalmente: - disponibles para grupos de usuarios al mismo tiempo y no suelen proporcionar servicios a las personas de una en una, esperan que los usuarios permanezcan en el dispositivo periodos durante los cuales tienen contacto cara a cara con el personal (el servicio no está simplemente basado en que los usuarios acudan a citas con el personal y se marchen inmediatamente después de la cita) e implica asistencia de una duración de medio día o de un día completo.

Los dispositivos de tratamiento de día **incluyen**: hospital de día, unidad de hospitalización parcial, centros de día, centros de atención diurna, talleres tutelados, clubs sociales, centros de acogida, centros ocupacionales, talleres de empleo, centros de rehabilitación psicosocial. Tanto los centros públicos como privados, con o sin ánimo de lucro están incluidos.

Los dispositivos de tratamiento de día **excluyen**: dispositivos que únicamente tratan a personas con trastornos de abuso del alcohol o de sustancias o a personas con discapacidad intelectual si no va acompañada de un trastorno mental; instalaciones generales que son importantes para las personas con trastorno mental pero que no han sido planificadas para sus necesidades específicas; y los dispositivos de tratamiento de día para pacientes ingresados.

Intervención en crisis. *Crisis care.*

Se refiere a las intervenciones que abordan crisis agudas, breves, en las que las habilidades de afrontamiento usuales de la persona están temporalmente abrumadas. Los abordajes tempranos intentaban reducir a días las crisis (habitualmente 72 horas), pero ahora la atención generalmente se alarga varias semanas.

La intervención en crisis se caracteriza por la provisión rápida de apoyos (tales como la orientación o los ingresos temporales) mientras se resuelven la excitación y la angustia y se planifica una atención a más largo plazo. El contacto es generalmente muy frecuente, a veces más de una vez por semana.

9 Sólo se incluirán en el cuestionario de España los servicios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

Tratamiento domiciliario – Atención domiciliaria. *Home treatment*

Pocas intervenciones en salud mental requieren equipamientos complejos o alojamiento especializado. El tratamiento (psicológico, farmacéutico y social) es, cada vez más, proporcionado en el hogar o vecindario de la persona cuando es seguro hacerlo.

El tratamiento domiciliario a menudo conlleva que la intervención tiene como un objetivo reconocido evitar el ingreso hospitalario y puede implicar contacto frecuente (normalmente diario o semanal).

Unidades comunitarias de rehabilitación. *Community rehabilitation units*

Unidades ambulatorias con objetivos claros de rehabilitación, focalizadas en actividades de la vida diaria, intervenciones psicológicas y la implicación en los servicios. Por ejemplo: centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación laboral, programas de rehabilitación...

Unidades de rehabilitación para grandes dependencias. *High-dependency rehabilitation units*

Unidades con claros objetivos de rehabilitación para individuos altamente sintomáticos, que tienen graves condiciones de comorbilidad, historias significativas de riesgo y comportamientos desafiantes.

Unidades de atención compleja de larga duración. *Longer-term complex care units*

Unidades de rehabilitación especializadas para personas que tienen altos niveles de discapacidad, comorbilidad compleja, potencial de cambio limitado y un riesgo significativo para su propia salud y seguridad o la de otros.

Equipos de tratamiento asertivo. *Assertive Outreach*

Servicios comunitarios que trabajan intensamente a lo largo del tiempo con personas con necesidades de salud mental complejas abordando la salud mental, la salud física y las necesidades sociales.

Intervención temprana – atención precoz. *Early intervention*

Se refiere a proporcionar servicios de forma temprana en la evolución de las psicosis, de forma que se reduce la duración de la psicosis no tratada. Se considera que reducir esta duración contribuye a un mejor resultado. Tales servicios son habitualmente equipos multidisciplinares que usan un rango de técnicas que incluyen acercamiento a los colegios y aumento de la conciencia de los síntomas tempranos de deterioro (pródromos). Proporcionan tratamiento intensivo enfocado a prevenir el deterioro.

Instalaciones residenciales en la comunidad. *Community residential health facilities*

Una instalación sanitaria¹⁰ residencial en la comunidad se define como una instalación no hospitalaria, ubicada en la comunidad que proporciona residencia específicamente para personas con trastornos mentales.

10 En este contexto, sanitario no se refiere a que el dispositivo dependa necesariamente de la autoridad competente en

Habitualmente estas instalaciones sirven a usuarios con trastornos mentales relativamente estables que no requieren intervenciones farmacéuticas intensivas.

Una instalación sanitaria residencial en la comunidad **incluye:** viviendas con apoyo; viviendas compartidas sin personal; viviendas compartidas con algún profesional que se aloja o hace visitas; albergues con personal de día; albergue con personal de día y de noche; albergues y casas con personal de enfermería 24 horas; viviendas intermedias, a medio camino, pensiones concertadas y comunidades terapéuticas. Tanto las instalaciones residenciales para niños y adolescentes sólo como las instalaciones residenciales para otros grupos específicos (tales como las personas mayores) están incluidos.

Las instalaciones residenciales comunitarias **excluyen:** instalaciones que tratan sólo a personas con diagnósticos de abuso de sustancias o de alcohol o discapacidad intelectual, instalaciones residenciales en hospitales psiquiátricos; instalaciones genéricas que son importantes para las personas con trastornos mentales pero que no han sido planificadas como tal para sus necesidades específicas como por ejemplo hogares o residencias de ancianos para personas mayores, instituciones que tratan principalmente enfermedades del sistema nervioso o problemas de discapacidad física.

Instalaciones residenciales no sanitarias (instituciones sociales). *Residential facilities that are not health care (social institutions)*

Este estudio define las instalaciones residenciales no sanitarias como instalaciones residenciales que acogen a personas con trastornos mentales pero que no casan con la definición de ninguna otra instalación de salud mental aquí definida (unidades de psiquiatría para ingresos, instalaciones comunitarias residenciales, unidades de ingreso penitenciarias u hospitales psiquiátricos).

Las instalaciones residenciales no sanitarias **incluyen:** instalaciones residenciales específicas para personas con discapacidad intelectual, para personas con problemas de abuso de sustancias o con demencias. Incluyen también instalaciones residenciales que no son formalmente dispositivos de salud mental pero en las cuales la mayoría de las personas que residen allí tienen trastornos de salud mental diagnosticables.

Instituciones no hospitalarias de salud mental de gran tamaño. *Large mental health institutions*

Instituciones residenciales **no hospitalarias** del sector público, privado o social, con más de 30 camas que proporcionan apoyo mayoritariamente a pacientes crónicos de larga estancia.

Unidades penitenciarias. *Forensic units*

Las unidades penitenciarias atienden a personas con trastornos mentales que han entrado en contacto con el sistema de justicia penal. Pueden ser denominadas también unidades de seguridad u hospitales especiales. Se **incluyen** aquí los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Intervención psicológica o psicosocial. *Psychosocial intervention*

Una intervención que utiliza principalmente métodos sociales o psicológicos para el tratamiento y/o la rehabilitación de un trastorno mental o la reducción sustancial de la angustia psicosocial.

materia sanitaria. Muchos de los recursos aquí descritos dependen en el estado español de Servicios Sociales/Bienestar Social.