

Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

SANIDAD

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Coordinador Científico

Manuel Gómez-Beneyto

Comité Institucional

Comunidades Autónomas:

- Andalucía:** Rafael Del Pino López
- Aragón:** Mariano Sanjuan Casamayor
- Asturias: (Principado de):** Beatriz Camporro Rocas
- Baleares (Islas):** Joan Salvá Coll
- Canarias:** José Luis Hernández Fleta
- Cantabria:** José Luis Vazquez Barquero
- Castilla La Mancha:** Jaime Domper Tornil – José Luis López Hernandez
- Castilla y León:** José Manuel Martínez Rodríguez
- Cataluña:** Cristina Molina Parrilla
- Comunidad Valenciana:** Carmen Blasco Silvestre – M^a. Luisa Carrera Hueso
- Extremadura:** Leopoldo Elvira Peña
- Galicia:** Luis Fernando Márquez Gallego
- Madrid (Comunidad de):** Dolores Crespo Hervás
- Murcia (Región de):** Carlos Giribet Muñoz
- Navarra (Comunidad Foral):** José Domingo Cabrera Ortega
- País Vasco:** M^a Luisa Arteagoitia González – José A. de la Rica Giménez
- Rioja (La):** Joaquín Ezquerro Pérez
- Ingsa (Ceuta y Melilla):** Francisco de Asís Jove Domínguez-Gil – Teresa García Ortiz

Instituciones Penitenciarias – Ministerio de Interior: José Manuel Arroyo Cobo –Subdirector General de Coordinación de sanidad Penitenciaria.

Comité Técnico

- Manuel Gómez Beneyto. **Coordinador Científico de la Estrategia en Salud Mental**
- Alberto Fernández Liria. **Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).**
- Amparo Belloch Fuster. **Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).**
- Eva M^a Garcés Trullenque. **Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSS).**
- José Luis Molino Contreras. **Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. (ANESM)**
- Germán López Cortacans. **Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).**
- Rosa Ruiz Salto. **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)**
- José M^a Sánchez Monge. **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)**
- Luis Salvador-Carulla. **Asociación Científica PSICOST.**
- José Ángel Arbesu Prieto. **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)**
- Asensio López Santiago. **Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)**
- Jerónimo Saiz Ruiz. **Sociedad Española de Psiquiatría. (SEP)**
- Encarnación Mollejo Aparicio. **Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. (FEAP)**
- Mariano Hernández Monsalve. **Experto.**
- Antonio Espino Granada. **Experto**
- Sara Velasco Arias. **Experta.**

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS

Pablo Rivero Corte – Director General

Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad

Concepción Colomer Revuelta – Subdirectora General

José Rodríguez Escobar - Jefe de Servicio

Ángel Abad Bassols - Jefe de Servicio

Eusebio Rasillo Rodríguez - Técnico

María Gil Sevillano - Técnico

Ferrán Catalá López- Técnico

Instituto de Información Sanitaria

M.ª Santos Ichaso Hernández-Rubio – Subdirectora Adjunta

Observatorio de Salud de la Mujer

Isabel Saiz Martínez-Acitores - Coordinadora de Programas

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

José Miguel Mata de la Torre - Consejero Técnico

Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección

Carmen Pérez Mateos – Consejera Técnica

Equipo redactor del Informe:

Manuel Gómez-Beneyto – Coordinador Científico

José Rodríguez Escobar – Ministerio de Sanidad y Política Social

Eusebio Rasillo Rodríguez. – Ministerio de Sanidad y Política Social

María Gil Sevillano – Ministerio de Sanidad y Política Social

Ferrán Catalá López. – Ministerio de Sanidad y Política Social

Elsa Pérez Gil - Universidad Rey Juan Carlos



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO:

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

ÍNDICE

Resumen del Informe de Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

1.	Resumen ejecutivo	6
2.	Introducción	7
3.	Metodología	8
4.	Resultados de la evaluación	14
	Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental	14
	4.1. Objetivo general 1	14
	4.2. Objetivo general 2	21
	4.3. Objetivo general 3	40
	Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales	52
	4.4. Objetivo general 4	52
	4.5. Objetivo General 5	88
	Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional	93
	4.6. Objetivo general 6	93
	4.7. Objetivo general 7	103
	Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario 4.8. Objetivo general 8	109
	Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental 4.9. Objetivo general 9	111
	Línea Estratégica 6: Sistemas de información 4.10. Objetivo general 10	117
5	Conclusiones	119
	Anexo I. Actuaciones de apoyo del Ministerio para la implantación de la Estrategia:	120

	<ul style="list-style-type: none">• Proyectos financiados a las CC.AA. en 2006 / 2007 /2008• Proyectos financiados a Entidades Sin Ánimo de Lucro en 2007/2008 Relación de Guías de Práctica Clínica financiadas 2006/ 2007 / 2008	
	Anexo II. Mapa de dispositivos	138
	Indice de abreviaturas y acrónimos	159

1. RESUMEN EJECUTIVO

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), fue aprobada por unanimidad en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), el 11 de diciembre de 2006, acordándose que se realizaría una primera evaluación a los dos años de su aprobación.

El Comité de Seguimiento y Evaluación, constituido por los representantes de las Comunidades Autónomas e INGESA y de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia, estableció, por consenso, la metodología para la evaluación.

Con el fin de valorar el impacto poblacional de la Estrategia se seleccionaron los indicadores de la Encuesta Nacional de Salud, de las encuestas EDADES y ESTUDES, del ESCRI, del CMBD y del INE que reflejan aspectos de la salud mental y de los trastornos mentales en la población general.

Asimismo, para cuantificar el nivel de cumplimiento de los objetivos en cada una de las Comunidades Autónomas (CC.AA.), se optó por aplicar un método de evaluación cualitativa.

Para ello se elaboró un instrumento consistente en un conjunto de preguntas que pudieran dar cuenta del grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos de la Estrategia en cada CC.AA. a 31 de diciembre de 2008.

El 11 de diciembre de 2008 se remitió el cuestionario a las CC.AA. con un plazo de dos meses para su cumplimentación. Una vez recibidas, cotejadas y analizadas las respuestas de las CC.AA. se procedió a mejorar la pertinencia y exactitud de sus declaraciones mediante un proceso de interacción, presencial y en línea, entre los representantes de las CC.AA.

Para expresar el grado de cumplimiento de cada objetivo y tomando como datos los declarados por las CC.AA., se utilizó una escala de cuatro puntos: objetivo no iniciado, objetivo iniciado, objetivo parcialmente logrado y objetivo logrado. La escala fue aplicada por el equipo técnico de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de Ministerio de Sanidad y Política Social.

Los resultados de la evaluación indicaron que el grado de implementación de la Estrategia, según declararon las CC.AA., es diverso y moderado. Diverso en los niveles de cumplimiento de cada objetivo y entre las CC.AA., y moderado por que, excepto tres objetivos que fueron plenamente logrados y uno que ni siquiera fue iniciado, los restantes se situaron entre “iniciado” y “parcialmente logrado”.

Los objetivos logrados se refieren a aspectos relacionados con la participación, la formación de los profesionales y la investigación. Ninguno de los objetivos relacionados con la población o con la atención a los usuarios fue clasificado como logrado.

2. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que la mejora de la salud mental en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Política Social, a finales de 2004 se asume el proyecto de elaborar la Estrategia en Salud Mental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Desde la Agencia de Calidad del SNS, se convocó a las asociaciones profesionales y ciudadanas para que analizarán los puntos fuertes y áreas de mejora en la situación de la Salud Mental en España y propusieran objetivos a conseguir, así como indicadores para su evaluación.

Se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE), formado por los representantes de las Comunidades Autónomas (CCAA), del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia, de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social, están la Dirección General de Cohesión, la delegación del Gobierno del Plan nacional sobre Drogas y la Agencia de Calidad, que coordina y dirige la estrategia.

Este comité estableció por consenso el sistema de seguimiento y evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

A partir de los objetivos establecidos y de los indicadores de evaluación, el Comité de Seguimiento y Evaluación consensuó la metodología de evaluación, diseñándose un modelo de recogida de información y, en función de las fuentes de datos establecidas por las CCAA y la Agencia de Calidad del SNS (Ministerio de Sanidad y Política Social), se inició el proceso de recogida de información.

El corte para la recogida de información de esta primera evaluación tuvo lugar el 11 de diciembre de 2008, fecha en la que se cumplían dos años desde la aprobación de la Estrategia. Una vez finalizados los trabajos de recogida de información y análisis de los datos aportados, tanto por el Instituto de Información Sanitaria, como por las propias Comunidades Autónomas, y las otras instituciones representadas, la Agencia de Calidad ha elaborado el presente informe de evaluación, cuyos resultados por líneas estratégicas se presentan en este documento. Es preciso resaltar que estos dos años de trabajo conjunto entre sociedades científicas, asociaciones de familiares y de personas con enfermedad mental, Comunidades Autónomas y Ministerio de Sanidad y Política Social, orientados a hacer efectiva la implantación de la Estrategia en Salud Mental del SNS, han conseguido aunar los esfuerzos dirigidos a la mejora continua de la atención en Salud Mental y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional.

3. METODOLOGÍA

La Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS consiste en la valoración del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. Para ello, la evaluación consta de una serie de indicadores cuantitativos y de un informe que resume las principales acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas.

En el proceso de Evaluación se distinguen las siguientes etapas:

- 3.1. Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación
- 3.2. Aprobación del Informe cualitativo
- 3.3. Recogida de la información para la evaluación.
- 3.4. Elaboración del informe de evaluación
- 3.5. Presentación al Consejo Interterritorial del SNS

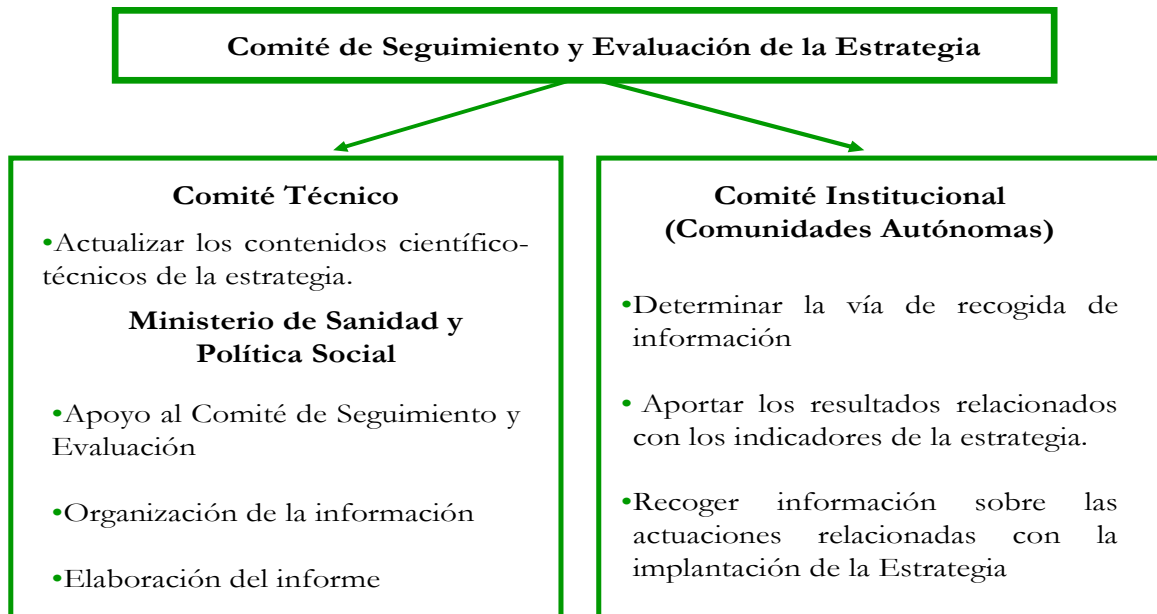
3.1. CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El 19 de mayo de 2007 se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, con el objetivo de establecer el sistema de seguimiento y evaluación de la misma. Dicho Comité está formado por los miembros del Comité Institucional y del Comité Técnico que fueron los que participaron en la elaboración de la Estrategia, junto con otros representantes de sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares del ámbito de la Estrategia que, por distintas circunstancias, no pudieron participar en el proceso de elaboración. Se mantuvieron como grupos de trabajo el Comité Institucional y el Comité Técnico, con las siguientes funciones:

- **El Comité Institucional:** que está formado por los representantes de todas las Comunidades Autónomas es el encargado de establecer el sistema de recogida de la información necesaria para la evaluación. Tiene como principal objetivo valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos propuestos en la Estrategia.
- **El Comité Técnico:** coordinado por el Dr. Manuel Gómez-Beneyto y constituido por representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y familiares y expertos independientes designados por el Ministerio de Sanidad y Política Social; es el encargado de elaborar, tanto la propuesta de actualización de objetivos, como las consiguientes recomendaciones de actuación para alcanzarlos, así como de proponer mejoras y/o cambios en base a la más reciente evidencia científica.

La Agencia de Calidad del SNS, a través de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, es la encargada de dar el apoyo técnico, logístico y administrativo necesario para que se cumplan y desarrollen correctamente las funciones del Comité de Seguimiento y Evaluación coordinando además la recogida de información necesaria para la evaluación de los indicadores y la elaboración del informe de evaluación de la Estrategia.

Figura 1. Funciones del Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia.



Fuente: Elaboración propia.

3.2 APROBACIÓN DEL INFORME CUALITATIVO

El comité de seguimiento trabajó en la elaboración de un cuestionario para recoger datos que permitan valorar el grado de cumplimiento, por parte de las CCAA, de los objetivos que no disponían de indicador cuantitativo. Este “cuestionario cualitativo de evaluación” fue aprobado por dicho comité de seguimiento el 19 de diciembre de 2008.

3.3 RECOGIDA DE INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN

La información necesaria para la evaluación de los objetivos de la Estrategia ha sido facilitada fundamentalmente por las Comunidades Autónomas y por el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través del Instituto de Información Sanitaria, dependiente de la Agencia de Calidad del SNS.

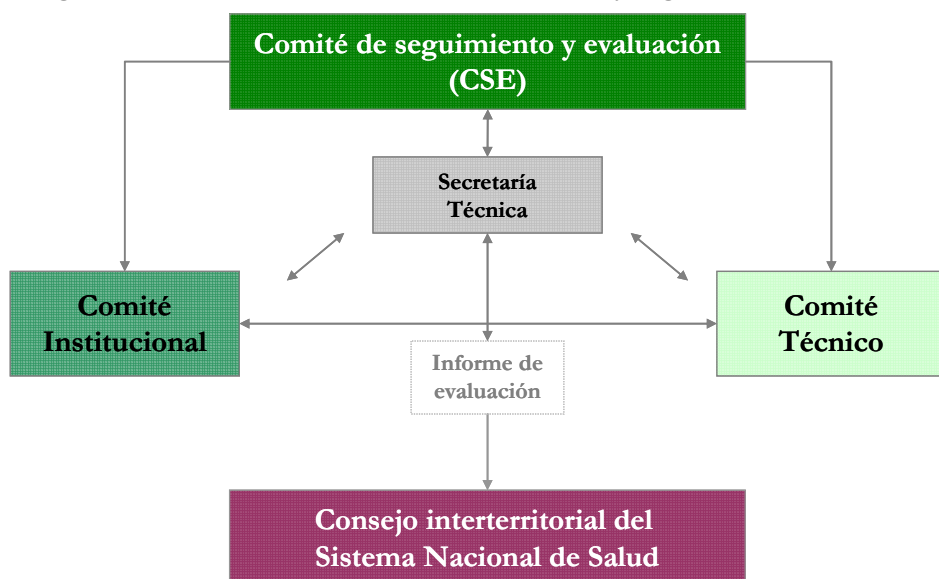
Para recoger los datos de las CCAA, tanto cuantitativos como cualitativos, se elaboró una herramienta on-line de recogida de datos, que se verificó con los representantes autonómicos el 28 de octubre de 2008.

Una vez cumplimentados los cuestionarios por los representantes de las distintas Comunidades Autónomas se inició la elaboración del primer borrador del informe de evaluación, junto con el resto de información recogida a través de las restantes fuentes de información.

3.4 ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN AL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS

El Informe ha sido realizado por Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad (Agencia de Calidad del SNS – Ministerio de Sanidad y Política Social). Para ello se contó con la información enviada por las distintas CCAA., INGESA, Instituto de Salud Carlos III, Instituciones Penitenciarias, además de la recogida por el Instituto de Información Sanitaria y de la propia Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la Agencia de Calidad del SNS. Una vez elaborado el borrador del informe, se presentó y fue debatido por los miembros de Comité de Seguimiento y Evaluación, el día 26 de marzo de 2009, para su aprobación antes de ser presentado al Consejo Interterritorial del SNS.

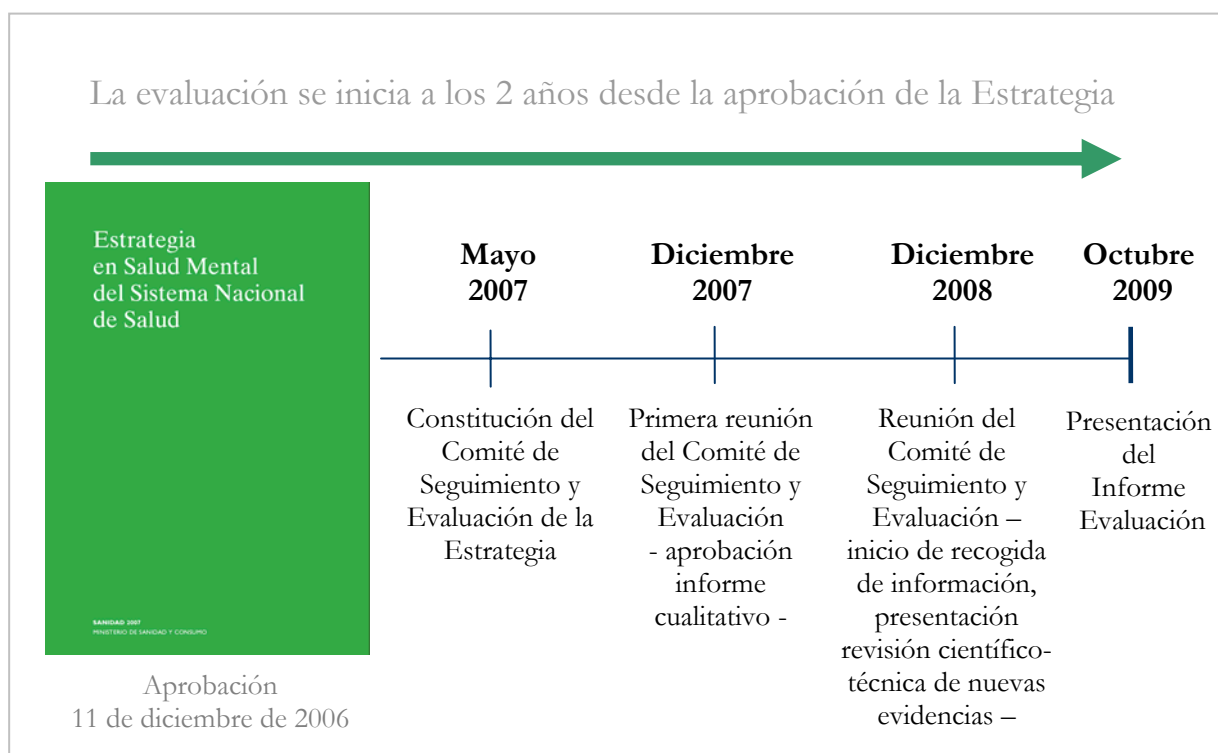
Figura 2. Estructura del proceso de evaluación y seguimiento de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

En junio de 2009 se presenta este Informe de evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS al Consejo Interterritorial del SNS. En la figura 3 se muestra el cronograma de seguimiento y evaluación de la Estrategia, desde su aprobación el 11 de diciembre de 2006.

Figura 3. Cronograma del proceso de evaluación y seguimiento de la Estrategia



Fuente: Elaboración propia.

Objetivos e indicadores de evaluación de la Estrategia de Salud Mental en el SNS

Las líneas estratégicas de la Estrategia se despliegan en objetivos generales y específicos, con sus correspondientes recomendaciones técnicas e indicadores de seguimiento y evaluación. Lógicamente, las líneas estratégicas no tienen igual entidad y complejidad; por tanto, su despliegue operacional en objetivos generales y específicos no es homogéneo en referencia a su amplitud (número de objetivos que la integran) ni en relación a la diversidad de las intervenciones que se proponen.

Se proponen *6 líneas estratégicas con 10 objetivos generales y 45 objetivos específicos*:

- **Línea estratégica 1:** Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- **Línea estratégica 2:** Atención a los trastornos mentales.
- **Línea estratégica 3:** Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
- **Línea estratégica 4:** Formación del personal sanitario.
- **Línea estratégica 5:** Investigación en salud mental.
- **Línea estratégica 6:** Sistema de información en salud mental.

Tabla 1. Indicadores de la Estrategia en Salud Mental del SNS - Resumen -

Líneas estratégicas	Indicadores	Fuentes
1. Promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y erradicación del estigma	Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental	ENSE
	Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	ENSE
	Porcentaje de personas que declaran consumir drogas	EDADES
	Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas	ESTUDES
	Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol	ENSE
	Tasa de alta por autolesiones	CMBD
	Tasa de mortalidad por suicidio	INE
	Camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes	EESCRI
	Camas en hospitales monográficos por 100.000 habitantes	EESCRI
	Apoyo social y familiar	ENSE
Discapacidad atribuida a trastorno mental	EDDES	
2. Atención	Guías integradas de práctica clínica con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS	GuíaSalud
	Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos	SI-CF
	Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos	SI-CF
	Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas	SI-CF
	Porcentaje de reingresos	CMBD
	Morbilidad atendida	CC.AA.
3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional	Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios	II.PP.
	Mapa de dispositivos de salud mental	SIAP-SM
4. Formación	Ratio de psiquiatras por población	EESCRI
	Informe cualitativo	CC.AA.
5. Investigación	Número de proyectos de investigación	ISCIH
	Red de investigación en salud mental	ISCIH
6. Sistema de información	Informe	Instituto de información sanitaria - MSPS

Abreviaturas:

ENSE: Encuesta Nacional de Salud;

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España;

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias;

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos;

INE: Instituto Nacional de Estadística;

EESCRI: Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento;

EDDES: Encuesta de discapacidades, deficiencia y estado de salud;

SI – CF: Sistema de información de consumo farmacéutico del SNS;

II.PP: Instituciones Penitenciarias;

SIAP – SM: Datos del TSI del Sistema de Información de Atención Primaria – Salud Mental;

CC.AA.: Comunidades Autónomas;

ISCIII: Instituto de Salud Carlos III.

4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.

4.1 OBJETIVO GENERAL 1: PROMOVER LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN GENERAL Y DE GRUPOS ESPECÍFICOS.

Indicador: Apoyo social y familiar.

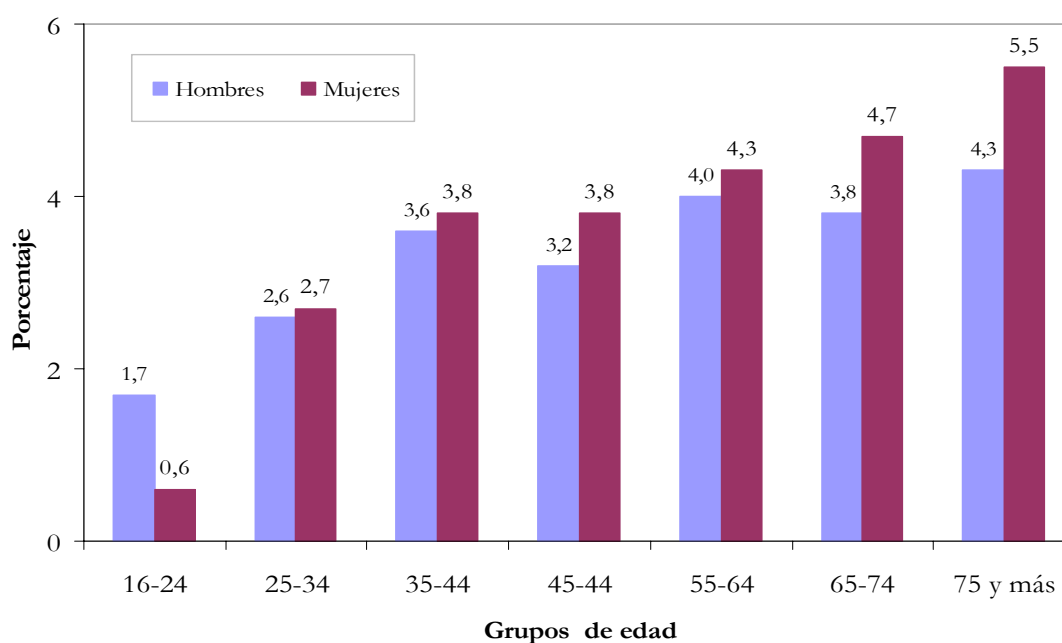
Como apoyo social y familiar entendemos el resultado de la interacción entre las personas en función de la ayuda percibida tanto en los aspectos emocionales, informativos, funcionales y materiales.

Apoyo social

Para valorar el apoyo social percibido por la población de 16 y más años, se ha utilizado en la Encuesta Nacional de Salud el cuestionario Duke-UNC. Este instrumento evalúa a través de once preguntas el apoyo social percibido, que no necesariamente se corresponde con el apoyo real en dos dimensiones: confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía).

Se considera que el apoyo social percibido es bajo cuando la puntuación total del cuestionario es igual o menor de 32 puntos.

Figura 4. Porcentaje de personas que consideran que tienen un bajo apoyo social



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social

Tabla 2. Porcentaje de bajo apoyo social percibido, por sexo y CCAA.

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	2,7	2,1	3,2
Aragón	2,5	2,5	2,6
Asturias (Principado de)	1,8	1,8	1,8
Baleares (Islas)	3,4	4,0	2,8
Canarias	4,5	5,0	3,9
Cantabria	1,5	1,9	1,1
Castilla y León	1,7	1,6	1,8
Castilla-La Mancha	2,8	2,2	3,4
Cataluña	4,6	4,4	4,7
Comunidad Valenciana	5,1	5,0	5,3
Extremadura	0,6	0,5	0,7
Galicia	3,0	2,5	3,5
Madrid (Comunidad de)	4,3	4,4	4,2
Murcia (Región de)	4,7	3,9	5,4
Navarra (Comunidad Foral)	2,7	1,4	3,9
País Vasco	0,8	1,5	0,1
La Rioja	1,5	1,7	1,4
Ceuta y Melilla	3,0	3,1	2,9
Total nacional	3,4	3,2	3,6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social

Se observa como, en términos generales, la percepción de un bajo apoyo social aumenta conforme avanza la edad. Así, lo declaran el 4,3% de los hombres y el 5,5% de las mujeres de 75 y más años, siendo estos los valores más altos. También al aumentar la edad aumenta el diferencial entre hombres y mujeres, siendo en todos los grupos la mujer—excepto el de jóvenes de 16 a 24 años— la que percibe menor apoyo.

Función familiar

Para valorar la dinámica familiar se ha utilizado en la Encuesta Nacional de Salud el cuestionario de APGAR familiar, que mide los componentes del funcionalismo familiar en cuanto a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Las puntuaciones finales obtenidas se encuadran en tres categorías: función familiar buena (7 a 10 puntos), disfunción familiar moderada (4 a 6 puntos) y disfunción familiar grave (0 a 3 puntos).

En la tabla 3 se muestra el porcentaje de población de 16 y más años con una función familiar calificada como buena, según sexo y comunidad autónoma.

Tabla 3 Porcentaje de personas con buena función familiar

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	94,0	94,5	93,6
Aragón	95,1	94,7	95,5
Asturias (Principado de)	96,1	96,5	95,6
Baleares (Islas)	92,8	93,1	92,5
Canarias	94,4	93,5	95,3
Cantabria	96,3	96,4	96,1
Castilla y León	95,8	95,9	95,8
Castilla-La Mancha	93,0	93,2	92,7
Cataluña	92,8	94,3	91,4
Comunidad Valenciana	93,4	93,9	93,0
Extremadura	97,7	98,0	97,4
Galicia	94,2	94,9	93,6
Madrid (Comunidad de)	89,3	88,9	89,7
Murcia (Región de)	90,7	91,5	89,8
Navarra (Comunidad Foral)	91,6	91,1	92,2
País Vasco	97,4	97,4	97,4
La Rioja	95,1	95,5	94,7
Ceuta y Melilla	96,5	98,2	94,8
Total nacional	93,4	93,7	93,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social

El 93,4% de la población española declara tener una familia considerada normofuncionante, siendo la diferencia entre hombres y mujeres, apenas perceptible.

Objetivo Específico 1.1. “Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones para promocionar la salud mental en cada uno de los grupos de edad o etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y las personas mayores.”

Tabla 4. Intervenciones para promocionar la salud mental.

Comunidades Autónomas	Incluido Plan de Salud	Nº Terminadas		Terminadas y Evaluadas		Nº en proceso	
		Programas	Intervenciones	Programas	Intervenciones	Programas	Intervenciones
Andalucía	SI	2	925	2	925	-	5
Aragón	SI	0	0	0	0	0	0
Asturias	SI	14	31.216	0	0	0	0
Baleares (Islas)	SI	0	0	0	0	0	1
Canarias	SI	0	0-	0	0	0	0
Cantabria	SI	6	15	0	0	0	0
Castilla y León	SI	4	517	1	130	0	0
Castilla-La Mancha	SI	1	502	-	-	3	3
Cataluña	SI	2	913	2	913	4	14
Comunidad Valenciana	SI	6	224	6	224	1	-
Extremadura	SI	2	-	0	0	1	-
Galicia	SI	0	0	0	0	0	0
Madrid (Comunidad)	SI	0	0	0	0	5	13
Murcia (Región de)	SI	6	131	0	0	6	131
Navarra (Comunidad Foral)	SI	3	9	0	0	2	8
País Vasco	SI	0	0	0	0	0	0
La Rioja	SI	-	3	0	0	-	3
Ceuta y Melilla	NO	0	0	0	0	0	0
Total nacional	16	46	34.455	11	2.192	22	178

*Población que ha sido objeto de intervención

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA..

16 CCAA afirman que tienen incluidas en los planes autonómicos de salud mental acciones ligadas a la promoción. En la tabla 4 se presenta un resumen de la información recogida para este objetivo, según estos datos, hay 46 programas realizados, 11 evaluados y 22 en proceso, con más de treinta y cuatro mil intervenciones realizadas, más de dos mil evaluadas y ciento setenta y ocho en proceso. Cuatro comunidades aún no han realizado aún ninguna intervención.

Conclusión Objetivo Específico 1.1:

La mayoría de las Comunidades afirman haber incluido en sus planes de salud intervenciones para promocionar la salud mental, sin embargo el número de intervenciones evaluadas es escaso.

Objetivo parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 1.2. “Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones orientadas a asesorar e informar a los y las responsables institucionales de las Administraciones central, autonómica y local sobre la relación existente entre las actuaciones de carácter institucional y la salud mental.”

Tabla 5. Intervenciones orientadas a asesorar e informar a los responsables institucionales de la administración central, autonómica y local.

Comunidades Autónomas	Incluida en el Plan de Salud	Realizadas (número)	En proceso (número)	Evaluadas (número)
Andalucía	Sí	2	2	0
Aragón	No	0	0	0
Asturias (Principado de)	Sí	13	0	0
Baleares (Islas)	Sí	0	0	0
Canarias	Sí	7	0	0
Cantabria	No	0	1	0
Castilla y León	Sí	1	0	0
Castilla-La Mancha	No	0	0	0
Cataluña	Sí	10	10	0
Comunidad Valenciana	Sí	16	2	0
Extremadura	No	1	0	0
Galicia	Sí	0	0	0
Madrid (Comunidad de)	Sí	0	2	0
Murcia (Región de)	No	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral)	No	0	0	0
País Vasco	Sí	0	1	0
La Rioja	No	0	0	0
Ceuta y Melilla	No	0	0	0
Total nacional	10	50	18	0

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Del total de las CCAA, son 10 las que afirman tener incluidas en el Plan de Salud intervenciones orientadas a asesorar e informar a los responsables institucionales de la administración central, autonómica y local, aunque tres de ellas no han realizado ninguna intervención y dos que no lo tienen priorizado si han iniciado intervenciones. Con un total de 50 realizadas, 18 están actualmente en proceso de implantación y desarrollo y ninguna comunidad declara haber evaluado los resultados de la puesta en adaptado de estas intervenciones.

Conclusión Objetivo Específico 1.2: Iniciado

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 1.3 “Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad y las CCAA, un conjunto de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.”

Tabla 6. Intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.

Comunidades Autónomas	Incluida en el Plan de Salud	Realizadas (número)	En proceso (número)	Evaluadas (número)
Andalucía	Sí	2	1	2
Aragón	No	0	0	0
Asturias (Principado de)	Sí	14	0	0
Baleares (Islas)	Sí	0	1	0
Canarias	No	0	0	0
Cantabria	No	1	0	0
Castilla y León	No	0	0	0
Castilla-La Mancha	Sí	1	1	1
Cataluña	Sí	5	4	1
Comunidad Valenciana	Sí	1	0	1
Extremadura	Sí	1	0	0
Galicia	Sí	1	0	0
Madrid (Comunidad de)	Sí	1	0	0
Murcia (Región de)	No	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral)	No	0	0	0
País Vasco	Sí	0	1	0
La Rioja	No	0	0	0
Ceuta y Melilla	No	0	0	0
Ministerio de Sanidad	Sí	0	0	0
Total nacional	10	27	8	5

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

10 comunidades autónomas (55,5% sobre el total) declaran haber incluido estas iniciativas en sus respectivos planes de salud mental, habiéndose llevado a cabo 27 actividades relacionadas con el objetivo y estando 8 en proceso. De acuerdo a la información facilitada, tan sólo 5 de las actividades realizadas fueron finalmente evaluadas por lo que se sugiere que en el futuro se adopte una mayor implicación en actividades de evaluación de los resultados.

Por otro lado, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social no se ha realizado ninguna campaña

Conclusión Objetivo Específico 1.3 : Parcialmente Iniciado

Recomendación: Mantener Objetivo

Conclusión al Objetivo General 1:

1: La Encuesta Nacional de Salud del año 2006 incorpora por primera vez la evaluación del “Apoyo Social Percibido” y la “Función Familiar”, factores ambos relacionados con la resiliencia y la resistencia al estrés.

2: No es fácil obtener información sobre las actividades de promoción de la salud en España, y menos cuantificar y conocer el tipo de actividades que se están llevando a cabo en grupos específicos de la población. Puede decirse que algo más de la mitad de las CCAA ha llevado a cabo las intervenciones propuestas en un principio para cumplir con los objetivos específicos y menos las que lo han evaluado.

Conclusión: parcialmente cumplido

Recomendación: Mantener Objetivo

4.2 OBJETIVO GENERAL 2: PREVENIR LA ENFERMEDAD MENTAL, EL SUICIDIO Y LAS ADICCIONES EN LA POBLACIÓN GENERAL.

Indicador: Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental.

La salud mental de la **población adulta** (de 16 y más años) se ha valorado en la Encuesta Nacional de Salud para el año 2006 con el *Cuestionario de Salud General de 12 preguntas (GHQ-12)*. Estableciendo el punto de corte en 4 sobre 12, que es el utilizado en el Reino Unido, país con más experiencia en este instrumento.

Este cuestionario permite hacer un cribado poblacional, detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de malestar psicológico, explorando el estado del encuestado durante el último mes respecto a su estado habitual. Sin embargo, no es adecuado para hacer diagnósticos clínicos ni para valorar trastornos crónicos.

Tabla 7. Riesgo de mala salud mental en adultos (%), según sexo y CC.AA.

Total nacional	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	15,5%	11,0%	19,9%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

En la tabla 7, se muestra el porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental desagregado por sexo. El mayor porcentaje de personas que tienen mayor riesgo son las mujeres que representan el 19,9 % frente al 11 % de los hombres, siendo esta situación similar en todas las Comunidades Autónomas. Dado que la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 ha incorporado por primera vez la evaluación del riesgo de mala salud mental, será importante realizar un seguimiento del comportamiento de este instrumento y, por ende, de estos datos, en sucesivas ediciones de la Encuesta.

En **población infantil**, la salud mental se valoró con el *Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)*. Este instrumento detecta casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en la población de 4 a 15 años. Explora cinco bloques, relacionados con síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial. Para la obtención del indicador sintético de riesgo de mala salud mental se ha utilizado las puntuaciones consideradas de caso “probable”, situada a partir de los 17 puntos.

Tabla 8. Riesgo de mala salud mental infantil (%), según sexo y CC.AA.

Total Nacional	Total	Hombres	Mujeres
	11,96 ± 1,16	12,88 ± 1,67	10,99 ± 1,50

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

EL 11,96% de la población infantil presentó unos índices considerados de riesgo de mala salud mental, siendo éste del 12.88% en niños y 10.99% en niñas. La interpretación de este indicador debe ser cautelosa debido a que la ENSE utiliza por primera vez en 2006 el SDQ en España en una encuesta de este tipo. Los datos están basados en una muestra de la población y por tanto están sujetos a errores de muestreo. Se incluyen los intervalos de confianza para reflejar mejor la fiabilidad de las estimaciones obtenidas.

Indicador: Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales

A continuación se analiza la morbilidad psiquiátrica a partir de información recogida en la Encuesta Nacional de Salud del año 2006. En dicha, se pregunta acerca de si la persona "padece o ha padecido", dentro de un listado de problemas, "depresión, ansiedad u otros trastornos mentales". En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece".

Tabla 9. Prevalencia declarada de trastornos mentales (%), según sexo y CC.AA.

Total nacional	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	11,5	6,6	16,3

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

En población de 16 y más años, la prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales se situó en el 11,5%, siendo llamativa la diferencia entre sexos, ya que es más del doble en el caso de las mujeres (16,3%) que en el de los hombres (6,6%)

Es necesario tener presente esta diferencia entre sexos, teniendo en cuenta la constante mayor prevalencia entre las mujeres, que sugiere la necesidad de atención específica a la misma

Conclusión Indicador:

Se observa una de prevalencia autodeclarada de trastornos mentales similar a la obtenida en estudios epidemiológicos de población general en España, con una mayor prevalencia de mujeres, lo que es habitual en estos estudios. La variabilidad entre comunidades es menor que la detectada con el GHQ-12, salvo en el caso de una comunidad que destaca por su baja prevalencia.

Indicador: Discapacidad atribuida al trastorno mental.

En la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), la variable fundamental objeto del estudio es la discapacidad. Se considera como tal a estos efectos, las limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado, o se prevea que vayan a durar, más de un año y tengan su origen en una deficiencia.

En la siguiente tabla se presentan las tasas por 1.000 habitantes de las discapacidades cuya deficiencia de origen corresponde al epígrafe de deficiencias mentales, diferenciadas por sexo y por comunidades autónomas.

Tabla 10. Tasa de discapacidad atribuida a deficiencia mental por 1.000 habitantes

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	18,66	16,55	20,73
Aragón	17,91	13,89	21,90
Asturias (Principado de)	23,04	17,67	27,95
Baleares (Islas)	15,79	12,86	18,71
Canarias	15,80	17,67	13,93
Cantabria	14,96	12,81	17,01
Castilla y León	17,92	14,71	21,06
Castilla-La Mancha	15,49	13,97	17,04
Cataluña	15,78	12,24	19,24
Comunidad Valenciana	17,91	16,33	19,46
Extremadura	17,76	13,48	21,97
Galicia	26,28	20,16	31,95
Madrid (Comunidad de)	12,21	10,85	13,49
Murcia (Región de)	18,21	18,43	17,99
Navarra (Comunidad Foral)	16,44	14,20	18,67
País Vasco	13,67	12,85	13,51
La Rioja	12,18	8,67	15,74
Ceuta	16,32	13,68	18,94
Melilla	20,37	24,79	16,18
Total nacional	17,03	14,72	19,27

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. Instituto Nacional de Estadística. 2008.

En España, la discapacidad atribuida a los trastornos mentales (demencias, trastornos mentales y deficiencia intelectual) afectó a 718,9 mil personas (cifras absolutas) lo que constituye un 18,9% del total de los 3,8 millones de personas con discapacidad.

Representa una tasa de 17,03 casos por cada mil habitantes, siendo mayor en mujeres que en hombres, con tasas comprendidas entre 19,27 y 14,72 casos por mil, respectivamente.

Desagregando estos datos en función del tipo de deficiencia, que ha causado la discapacidad, se presentan a continuación las tasas por mil habitantes mayores de 5 años, para el conjunto de España y diferenciadas por sexo

Tabla 11. Tasas de discapacidad* según origen y sexo

Tipo de deficiencia de origen	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Demencias	7,5	4,1	10,9
Enfermedad mental	3,4	3,5	3,3
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3,0	3,1	2,8
Deficiencia intelectual moderada	1,2	1,6	0,8
Deficiencia intelectual profunda y severa	1,1	1,2	1,0
Deficiencia intelectual ligera	0,6	0,7	0,5
Retraso madurativo	0,3	0,4	0,2
Inteligencia límite	0,3	0,3	0,3

*Tasa por mil habitantes de discapacidad (dentro de las deficiencias mentales) de personas con 6 o más años.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE)

En el caso de las Demencias, las mujeres se ven claramente más afectadas que los hombres, mientras que en el resto de los tipos de deficiencias mentales incluidas en este epígrafe, las diferencias entre sexo son poco significativas.

En la tabla 12 se presentan las tasas por mil habitantes de deficiencias mentales y neurológicas según sea su origen.

Tabla 12. Deficiencias (tasa por mil habitantes) según origen y sexo.

Tipo de deficiencia de origen	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Deficiencias mentales (total)	17,0	15,0	19,3
Demencias	7,5	4,1	10,9
Enfermedad mental	3,4	3,5	3,3
Otros trastornos mentales y del comportamiento	3,0	3,1	2,8
Deficiencia intelectual moderada	1,2	1,6	0,8
Deficiencia intelectual profunda y severa	1,1	1,2	1,0
Deficiencia intelectual ligera	0,6	0,7	0,5
Retraso madurativo	0,3	0,4	0,2
Inteligencia límite	0,3	0,3	0,3

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008.

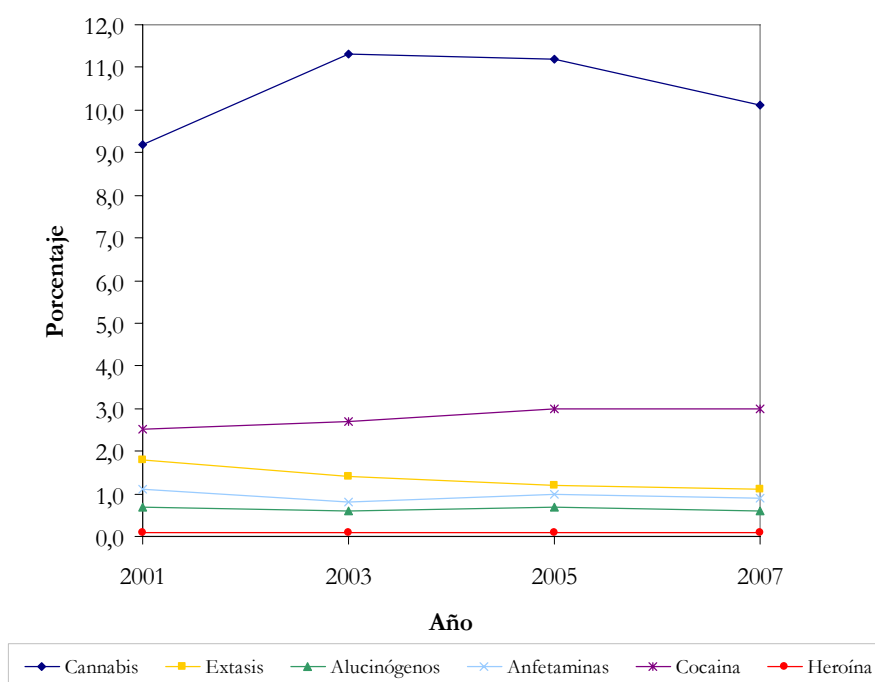
En ambos sexos y por edad, en el tramo comprendido entre los 6 y 44 años hay un importante peso de los trastornos mentales como causa de discapacidad, representa 1/3 del total de personas con discapacidad (tabla 12).

Indicador: Porcentaje de personas que declaran consumir drogas

A continuación se presentan datos de consumo de drogas procedentes de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas (EDADES) en España (últimas cifras referidas a 2007).

En la figura 5 se muestra la evolución del consumo de drogas (por tipo de sustancia) durante los últimos años.

Figura 5 Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses, en la población española de 15 a 64 años, según sexo y tipo de sustancia. 2001 – 2007



Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) 2001 a 2007

Tabla 13. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses, en la población española de 15 a 64 años, según sexo y tipo de sustancia. 2001 – 2007 Porcentajes.

Tipo de sustancia	Ambos sexos				Varones				Mujeres			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Año												
Cannabis	9,2	11,3	11,2	10,1	13	16,2	15,7	13,6	5,5	6,3	6,6	6,6
Cocaína polvo	2,5	2,7	3	3	3,8	4,1	4,6	4,4	1,3	1,2	1,3	1,5
Éxtasis	1,8	1,4	1,2	1,1	2,8	2	1,8	1,6	0,7	0,8	0,6	0,5
Anfetaminas/espíd	1,1	0,8	1	0,9	1,6	1,1	1,4	1,3	0,6	0,5	0,5	0,3
Alucinógenos	0,7	0,6	0,7	0,6	1,2	0,9	1,1	0,9	0,2	0,3	0,4	0,3
Heroína	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0	0,1	0,1	0,1

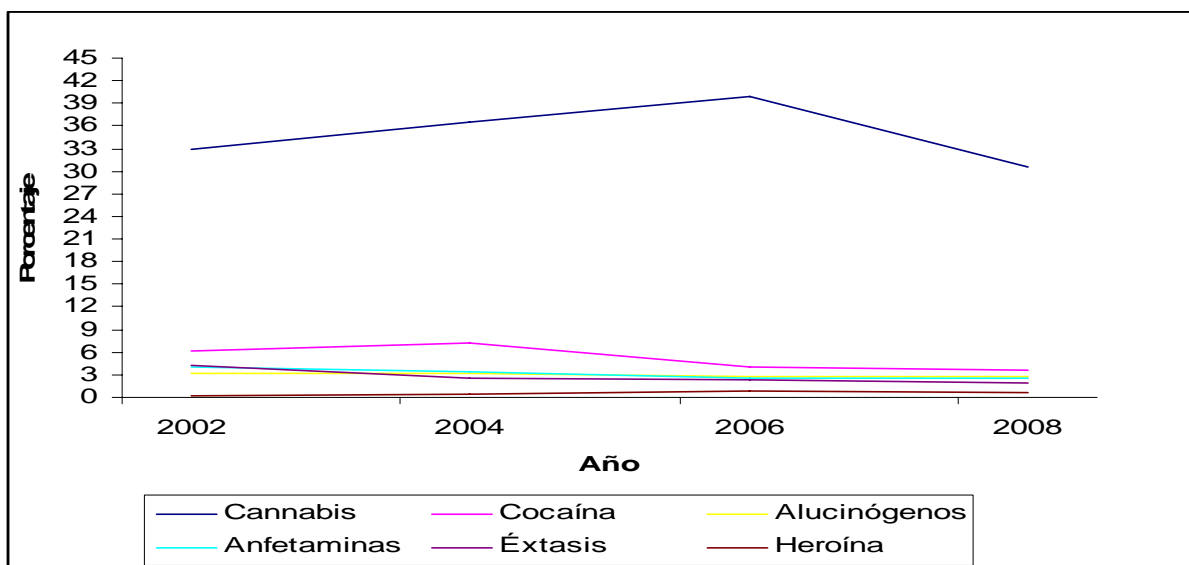
Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES), 2001 a 2007.

En la población de 15 a 64 años, la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo es el cannabis, por delante de la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas, los alucinógenos o la heroína. Este patrón presenta diferencias por género, la prevalencia de consumo de todas las drogas ilegales en los hombres es el doble de la de las mujeres, en estas últimas no ha aumentado el uso de la cocaína. En conjunto se observa un incremento en la tasa de consumo de cannabis y cocaína en hombres y solamente de cannabis en mujeres. En 2007 el 11,2% de la población entre 15 y 64 años declaró haber consumido cannabis durante los doce meses anteriores a la encuesta (13,6% de hombres y 6,6% de mujeres). En general se observa un descenso o estabilización de la prevalencia de sustancias psicoactivas en los últimos años.

Indicador: Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas.

A partir de los datos obtenidos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (ESTUDES) de 2008 para población de 14 a 18 años, el cannabis continúa siendo la sustancia con mayor prevalencia de consumo por delante de la cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas, el éxtasis o la heroína. El 30,5 % de la población escolar declaró consumir cannabis, siendo del 33,5% en hombres y del 27,5% en mujeres. Para el resto de sustancias existe una menor prevalencia de consumo. En la figura 6, se muestra la tendencia de consumo para cada sustancia entre los años 2002-2008. Para todas las sustancias psicoactivas se observó una mayor prevalencia de consumo para población escolar que las obtenidas en población adulta y mayor en los chicos.

Figura 6. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas durante los 12 últimos meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes) España 1994-2008



Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2002-2006

En términos generales, no se observa un incremento en el consumo de drogas ilegales en el periodo estudiado

Tabla 14. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas durante los 12 últimos meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), España 2002-2006.

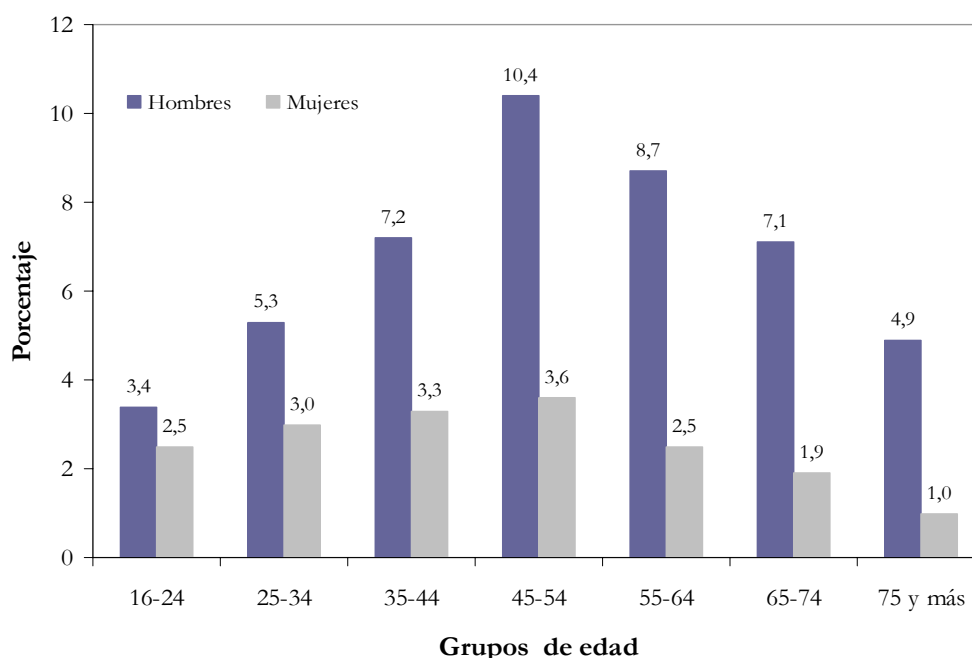
Tipo de sustancia	Ambos sexos				Hombres				Mujeres				
	Año	2002	2004	2006	2008	2002	2004	2006	2008	2002	2004	2006	2008
Cannabis		32,8	36,6	39,8	30,5	36,2	39,4	31,6	33,5	29,8	33,7	28,2	27,5
Cocaína		6,2	7,2	4,1	3,6	4,8	4,3	3,3	4,9	5,1	5,1	3,1	2,4
Alucinógenos		3,2	3,1	2,8	2,7	4,4	4,4	4,1	3,9	2	1,8	1,6	1,7
Anfetaminas		4,1	3,3	2,6	2,5	4,8	4,3	3,3	3,2	3,4	2,3	2	1,8
Éxtasis		4,3	2,6	2,4	1,9	4,7	3,3	3,3	2,6	3,8	1,9	1,6	1,3
Heroína		0,3	0,4	0,8	0,7	0,4	0,8	1,2	1,1	0,2	0,1	0,3	0,4

Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2002 – 2008

Indicador: Porcentaje de bebedores en riesgo de abuso alcohol

Se considera bebedor de riesgo a aquella persona bebedora habitual, cuyo consumo de alcohol equivale a más de 40 g/día, para el hombre, y de 20 g/día para la mujer (en población de 16 y más años).

Figura 7. Consumo de alcohol con riesgo para la salud, según grupo de edad (años) y sexo.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social

En la tabla adjunta se muestran los resultados de le ENSE de 2006, desagregados por por sexo.

Tabla 15. Consumo de alcohol con riesgo para la salud (en %).

Total nacional	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	4,7	6,8	2,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social

El porcentaje de personas con un consumo elevado de alcohol, considerado de riesgo, se sitúa en el 4,7% de la población española, siendo este consumo muy superior en los hombres (6,8%) que en las mujeres (2,7%)

En la figura 7 se observa cómo el grupo de edad de 45 a 54 años acumula el mayor porcentaje de este tipo de bebedores, llegando hasta el 10,4% entre los hombres. Si bien dicho grupo de edad es también el de mayor consumo en las mujeres (3,6%), se mantiene una elevada diferencia respecto al de hombres. Dicha diferencia entre sexos de esta práctica de riesgo se observa en todos los grupos de edad, si bien entre los jóvenes esta diferencia es menos acusada. Este indicador confirma que en el consumo de alcohol aparece otra diferencia por sexos, debida a la socialización de género y para cuya prevención y asistencia debe tratarse de intervenir sobre las actitudes de género.

Indicador: Tasa de alta por autolesiones.

Los datos que se presentan en la tabla 16 corresponden en 2007, a todas aquellas altas hospitalarias en las que consta la existencia de una autolesión (codificada con la clasificación CIE 9-MC; códigos E950 a E959), De ellas, se han excluido los casos que han causado fallecimiento. Dicha exclusión de ha efectuado debido a la existencia del indicador específico de suicidio, que valora todos los fallecimientos ocurridos por esta causa.

Tabla 16. Tasa de alta por autolesiones (por 100.000) según sexo y CC.AA.

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	13,07	14,05	12,11
Aragón	20,21	17,33	23,07
Asturias (Principado de)	28,81	27,64	29,88
Baleares (Islas)	25,08	21,17	29,00
Canarias	0,50	0,59	0,40
Cantabria	23,10	19,84	26,22
Castilla y León	18,58	16,01	21,09
Castilla-La Mancha	11,68	9,38	14,01
Cataluña	-	-	-
Comunidad Valenciana	0,68	0,67	0,70
Extremadura	7,99	7,30	8,67
Galicia	14,95	12,64	17,10
Madrid (Comunidad de)	14,99	12,31	17,51
Murcia (Región de)	17,60	14,31	20,97
Navarra (Comunidad Foral)	12,49	12,69	12,28
País Vasco	19,20	15,18	23,04
La Rioja	21,33	16,05	26,69
Ceuta	5,57	2,78	8,38
Melilla	5,85	8,86	2,90
Total nacional	11,02	9,83	12,18

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD) 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social.

La elevada variabilidad entre comunidades autónomas, induce a pensar en la existencia de diferentes criterios a la hora de registrar y codificar este tipo de problemas, pudiendo existir en algunos casos un infra-registro en las historias clínicas y/o infra-codificación de los mismos.

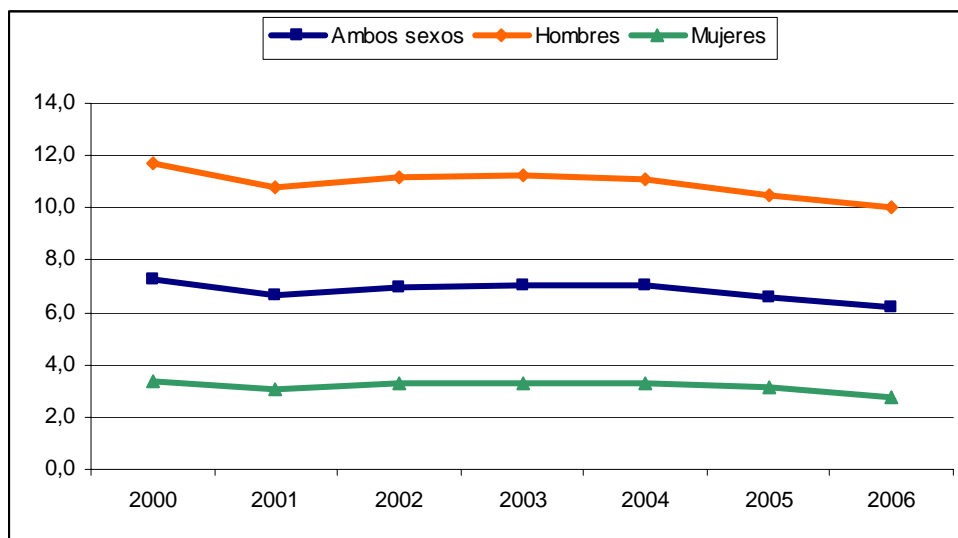
Por este motivo, antes de efectuar ningún análisis comparativo, se considera necesario abordar este tema, con objeto de normalizarlo. Para ello, se ha trasladado a la Unidad Técnica de la CIE (grupo estable de participación de expertos de las comunidades autónomas con el Ministerio, dependiente del Comité Técnico del CMBD) esta circunstancia para su abordaje y mejora.

Indicador: Tasa de mortalidad por suicidio.

En España, la tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad (utilizando como estándar la población europea), se situó en 6,23 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2006, siendo esta superior en el hombre (10,04) que en la mujer (2,76).

En la siguiente figura se muestra la evolución de dicha tasa ajustadas desde el año 2000 hasta el 2006, en la que se aprecia que las diferencias por sexo se mantienen a lo largo de la serie

Figura 8. Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad, por 100.000 habitantes.



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia Ministerio de Sanidad y Política Social,

Durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2006, la tasa de mortalidad por suicidio ha disminuido ligeramente, siendo en 2000 de 7,2 casos por cada 100 mil habitantes, mientras que en 2006 fue de 6,2 casos por cada 100 mil. Por sexo, puede afirmarse que la mortalidad por suicidio es más frecuente en hombres, que cuadruplican la tasa respecto de las mujeres.

Objetivo Específico 2.1: “Realizar y evaluar un conjunto o plan de intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones”.

Se expone en la tabla 17, un resumen de las intervenciones notificadas por las Comunidades Autónomas

Tabla 17. Conjunto o plan de “intervenciones comunitarias” en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad.

CC.AA	ANDALUCIA	ASTURIAS			BA LE AR ES	CANARIAS		CAN TABR IA	CASTI LLA Y LEÓN	CASTILLA LA MANCHA
Incluido en Plan de Salud	SI	SI			SI	NO		NO	NO	SI
Título	Programas de Actuación Integral en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), destinados a reducir las desigualdades y mejorar el control de los determinantes de la salud de las personas y grupos que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social.	Tiempo propio Promoción del envejecimiento activo	Atención a las personas cuidadoras: Educación para la salud y actividades comunitarias:	Plan gitano	-	EMOSAM Atención a personas sin hogar	ECA Atención a personas sin hogar	-	-	Programa de Integración Social y Apoyo Comunitario de Personas con Enfermedad Mental (PRIS)
Población diana	Las ZNTS son espacios urbanos, claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian significativamente problemas en las siguientes materias: a) Vivienda, deterioro urbanístico, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos; b) Elevado índice de absentismo y fracaso escolar; c) Altas tasas de desempleo, junto a graves carencias formativas profesionales; d) Significativas deficiencias higiénico-sanitarias; y e) Fenómenos de desintegración social.	Mujeres del ámbito rural mayores de 50 años en Aytos de <50000 h.	Personas cuidadoras de familiares dependientes.	Población gitana en situación de marginalidad(5742 personas atendidas en el período 2007/2008)	-	Las Palmas de Gran Canaria, área metropolitana.	Tenerife	-	-	personas con TMG
Realizada	Si	Sí	Sí	Sí	1	Sí	Sí	-	-	Sí
Evaluada	Si	Sí	Sí	Sí	1	Sí	Sí	-	-	-
En proceso	Si	Sí	Sí	Sí	-	-	-	-	-	Sí

CC.AA	CATALUÑA										
Incluido en Plan de Salud	SI										
Título	Salud en los barrios	Sin hogar	Programa de prevención de problemas derivados del consumo de drogas para jóvenes infractores	Programa de actuación preventiva familiar de las transgresión y el consumo de drogas en jóvenes que pasan por el circuito de justicia juvenil	Jóvenes, drogas y transculturalidad	Exposición Coca ¿Qué?	CAPCTUA	Programa de colaboración para la atención a la población infantil y adolescente con trastorno mental,	SATMI	SAPPIR	Programa de psiquiatría transcultural de la Vall d'Hebron
Población diana	Barrios con necesidades específicas.	Personas sin hogar con riesgo de exclusión social e indicios de trastorno mental.	Jóvenes infractores con problemas de consumo de drogas.	Padres y madres con hijos en justicia juvenil.	Jóvenes a partir de 16 años en riesgo de diferentes grupos culturales de pertenencia	Jóvenes a partir de 16 años	Padres, jóvenes, profesionales de salud, salud mental, servicios sociales, Acción social, Educación, EAIA, psicopedagogos de Centro y EAP's, policía local y autonómica.	Menores tutelados que padecen trastornos mentales o con riesgo de padecerlos en centros residenciales, en régimen cerrado y semiabierto.	Población inmigrantes extracomunitaria de la ciudad de Barcelona, con problemas de salud mental.	Atención en salud mental a Inmigrantes y refugiados	Inmigrantes con enfermedad mental.
Realizada	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Evaluada	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No
En proceso	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

CC.AA	COMUNIDAD VALENCIANA		EXTREMADURA		GALICIA		MADRID			
Incluido en Plan de Salud	SI		NO		SI		SI			
Título	1- Atención psiquiátrica a niños y adolescentes dentro de programa de protección menores.	2- Programa de promoción de S.M en personas sin techo.	Diseño e implantación de gestión de procesos y coordinación intersectorial en una población específica: menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental	Análisis de situación y adaptación de un modelo de rehabilitación en trastornos mentales graves en centros penitenciarios	Sisifo	Planes comunitarios	“Centro para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a adolescentes y jóvenes”	“Programa de educación social de intervención en medio abierto”	Centro de día para la prevención del consumo de drogas	Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar
Población diana	Niños y adolescentes	-	Menores tutelados por la Junta de Extremadura	Personas con trastornos mentales graves internas en centros penitenciarios	Drogodependientes en exclusión social, en circuito de calle	-	Barrio de San Cristobal	16 municipios, se adaptan las intervenciones a las necesidades del Municipio.	Barrio de Vallecas	Personas sin hogar
Realizada	Sí	-	-	-	Sí	Sí	-	-	-	-
Evaluada	-	-	-	-	Sí	-	Sí	Sí	Sí	Sí
En proceso	-	Sí	Sí	Sí	-	-	Continuada	Continuada	Continuada	Continuada

CC.AA	MURCIA			NAVARRA	PAIS VASCO	LA RIOJA	INGESA
Incluido en Plan de Salud	SI			SI	SI	SI	NO
Título	“Salud Mental para Inmigrantes”	“Hábitos saludables para inmigrantes”	“Prevención de violencia y droga en población penada”	Promoción de la salud	-	-	-
Población diana	Población Inmigrante, censada o no, de cada uno de los Ayuntamientos	Población Inmigrante, censada o no, de cada uno de los Ayuntamientos	Población Penada, pero no privada de libertad.	Población de etnia gitana de Navarra	-	-	-
Realizada	Sí	Sí	Sí	Sí	-	-	-
Evaluada	-	-	-	-	Sí	-	-
En proceso	-	-	-	Sí	-	-	-

15 CCAA afirman tener incluidas en el Plan de Salud intervenciones comunitarias en áreas de alto riesgo de exclusión social o marginalidad, aunque una no ha iniciado ninguna intervención. 2 de las 5 Comunidades Autónomas que no las incluyen en su Plan de Salud, han desarrollado intervenciones. El total de acciones realizadas fue de 215 y otras 176 están en proceso. El número de intervenciones evaluadas fue de 168.

Al margen del valor de estas intervenciones es necesario señalar que la mayoría de ellas no tienen por objeto comunidades de alto riesgo, como puede ser un barrio de una ciudad en el que las tasas de trastornos mentales o de conductas violentas son particularmente elevadas, sino a sectores de población como son las mujeres o los niños.

Conclusión Objetivo Específico 2.1: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 2.2.” Realizar y evaluar un conjunto o plan de intervenciones, dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y, en su caso, en el de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad”.

Tabla 18. Conjunto o plan de intervenciones con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas

Comunidades Autónomas	Incluido Plan de salud	Nº Terminadas		Terminada y Evaluada		Nº en proceso	
		Programas	Intervenciones	Programas	Intervenciones	Programas	Intervenciones
Andalucía	Sí	7	3.346	7	3.346	1	2
Aragón	Sí	14	0	14	-	0	0
Asturias (Principado de)	Sí	6	60.931	6	60.931	6	-
Baleares (Islas)	Sí	0	0	0	0	0	0
Canarias	Sí	3	5	0	0	0	0
Cantabria	No	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	Sí	27	729	27	729	9	242
Castilla-La Mancha	Sí	1	-	1	-	7	2.767
Cataluña	Sí	10	33	10	33	8	29
Comunidad Valenciana	Sí	4	482	4	482	0	0
Extremadura	Sí	0	0	0	0	0	0
Galicia	Sí	-	1.009	-	1.009	1	-
Madrid (Comunidad de)	Sí	0	0	0	0	1	3
Murcia (Región de)	Sí	11	152	0	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	1	39	0	0	0	41
País Vasco	Sí	1	888	1	888	1	66
La Rioja	Sí	0	0	0	0	0	0
Ceuta y Melilla	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	15	85	67.614	70	67.418	34	3.149

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

12 CCAA llevaron a cabo intervenciones incluidas en el Plan de Salud dirigidas a disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas, 5 e INGESA no han iniciado ninguna intervención.

Se han realizado 85 programas, con más de 67.614 intervenciones, de las cuales, se han evaluado 70 programas. Hay 3.149 intervenciones en proceso.

Conclusión Objetivo Específico 2.2: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 2.3. "Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo".

Tabla 19. Acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio.

Comunidades Autónomas	Incluida en el Plan de Salud	Realizadas (número)	En proceso (número)	Evalradas (número)
Andalucía	Sí	1	2	0
Aragón	No	0	0	0
Asturias (Principado de)	Sí	2	2	2
Baleares (Islas)	Sí	0	1	0
Canarias	No	0	0	0
Cantabria	No	0	0	0
Castilla y León	Sí	2	1	2
Castilla-La Mancha	Sí	0	1	0
Cataluña	Sí	4	4	2
Comunidad Valenciana	No	0	0	0
Extremadura	Sí	0	2	0
Galicia	Sí	0	3	0
Madrid (Comunidad de)	Sí	0	1	0
Murcia (Región de)	Sí	1	1	0
Navarra (Comunidad Foral)	No	0	0	0
País Vasco	Sí	1	1	1
La Rioja	Sí	0	0	0
Ceuta y Melilla	No	0	0	0
Total nacional	12	11	19	7

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA

12 CCAA afirman tener incluidas en el Plan de Salud acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio, aunque siete no ha realizado ninguna intervención y tres han iniciado una experiencia. 19 aún están en proceso y 11 realizadas, de las cuales han sido evaluadas 7.

Conclusión Objetivo Específico 2.3: Iniciado

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 2.4. “Desarrollar intervenciones en Atención Primaria dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol”.

Tabla 20 Intervenciones de apoyo en Atención Primaria para prevenir problemas de salud mental.

Comunidades Autónomas	Incluida en el Plan de Salud	Realizadas (número)	En proceso (número)	Evaluadas (número)
Andalucía	Sí	2	0	1
Aragón	No	0	0	0
Asturias (Principado de)	Sí	1	1	1
Baleares (Islas)	Sí	1	1	0
Canarias	No	0	0	0
Cantabria	No	0	0	0
Castilla y León	Sí	0	0	0
Castilla-La Mancha	No	0	0	0
Cataluña	Sí	2	2	0
Comunidad Valenciana	Sí	6	6	0
Extremadura	Sí	2	1	1
Galicia	Sí	0	0	0
Madrid (Comunidad de)	No	0	0	0
Murcia (Región de)	Sí	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral)	No	0	0	0
País Vasco	Sí	0	1	0
La Rioja	No	0	0	0
Ceuta y Melilla	No	0	0	0
Total nacional	10	14	12	3

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

10 CCAA declaran tener incluidas en el Plan de Salud intervenciones de apoyo en Atención Primaria para prevenir problemas de salud mental, aunque tres no han realizado ni iniciado ninguna intervención. 14 de estas intervenciones han sido realizadas, 12 están en proceso y 3 han sido evaluadas.

Conclusión Objetivo Específico 2.4: Iniciado

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 2.5. “Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral de las Comunidades Autónomas encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo”.

Tabla 21. Acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas (número)	En proceso (número)	Evaluadas (número)
Andalucía	Sí	0	1	0
Aragón	No	0	0	0
Asturias (Principado de)	Sí	1	1	1
Baleares (Islas)	Sí	1	1	0
Canarias	No	0	0	0
Cantabria	No	3	0	0
Castilla y León	No	0	0	0
Castilla-La Mancha	Sí	0	0	0
Cataluña	Sí	22	0	0
Comunidad Valenciana	Sí	0	1	0
Extremadura	No	0	0	0
Galicia	Sí	0	1	1
Madrid (Comunidad de)	Sí	1	1	0
Murcia (Región de)	No	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	0	0	0
País Vasco	No	0	0	0
La Rioja	No	0	0	0
Ceuta y Melilla	Sí	22	0	0
Total nacional	10	29	7	3

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

10 comunidades autónomas declaran que han realizado acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral, aunque de ellas cinco o no han iniciado ninguna intervención o solo una. 29 de estas acciones han sido realizadas, 7 están en proceso y 3 han sido evaluadas.

Conclusión Objetivo Específico 2.5: Iniciado

Recomendación: Mantener el objetivo

Objetivo Específico 2.6. "Realizar y evaluar intervenciones dirigidas a los y las profesionales para prevenir el desgaste profesional".

Tabla 22. Intervenciones dirigidas a profesionales para prevenir el desgaste profesional.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas (número)	En proceso (número)	Evaluadas (número)
Andalucía	Sí	0	1	0
Aragón	Sí	0	0	0
Asturias (Principado de)	Sí	15	0	15
Baleares (Islas)	Sí	0	0	0
Canarias	No	0	0	0
Cantabria	No	1	0	0
Castilla y León	Sí	0	0	0
Castilla-La Mancha	Sí	0	0	0
Cataluña	Sí	3	3	0
Comunidad Valenciana	No	0	0	0
Extremadura	Sí	0	0	0
Galicia	Sí	1	0	0
Madrid (Comunidad de)	Sí	1	1	0
Murcia (Región de)	No	1	1	0
Navarra (Comunidad Foral)	No	0	0	0
País Vasco	Sí	0	0	0
La Rioja	Sí	0	0	0
Ceuta y Melilla	No	0	0	0
Total nacional	12	22	6	15

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA

12 CCAA tienen incluidas en el Plan de Salud intervenciones dirigidas a los profesionales para la prevención del desgaste profesional. En total se llevaron a cabo 22 intervenciones, de las cuales han sido evaluadas 15 y 6 de ellas están en proceso.

Conclusión Objetivo Específico 2.6: Iniciado

Recomendación: Mantener Objetivo

Conclusión al Objetivo General 2:

Prácticamente la mitad de las CCAA afirman haber llevado a cabo acciones, incluidas en el Plan de Salud, dirigidas a este objetivo general. El número de estas acciones es considerable, sin embargo el número de las que han sido evaluadas es escaso: **Iniciado**

Recomendación: Mantener Objetivo

4.3 OBJETIVO GENERAL 3: ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES.

Objetivo específico 3.1. “El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas incluirán en sus planes y programas, intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización de las personas con trastorno mental.”

Tabla 23. Intervenciones orientadas al fomento de la integración y reducción del estigma

Comunidades Autónomas	Incluido plan	Realizado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias	Sí	Sí
Baleares	Sí	No
Canarias	No	Sí
Cantabria	Sí	Sí
C. la Mancha	Sí	Sí
C. y León	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
C. Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid	Sí	Sí
Murcia	Sí	Sí
Navarra	Sí	Sí
Pais vasco	Sí	No
La Rioja	No	Sí
INGESA	No	No
Ministerio de Sanidad	Sí	No
ESPAÑA	16	15

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

15 CCAA y el MSPS tienen incluidos en sus planes estas intervenciones, y 15 afirman haberlas realizado, el Ministerio no ha realizado ninguna aunque si ha financiado tanto a FEAFES como otros proyectos de las CCAA.

Conclusión Objetivo específico 3.1: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 3.2. “El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas promoverán iniciativas para revisar y actuar sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental”.

Tabla 24. Iniciativas para la revisión de barreras normativas

Comunidades Autónomas	Incluido plan	Realizado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	No
Asturias	Sí	Sí
Baleares	Sí	No
Canarias	No	No
Cantabria	No	No
C. la Mancha	No	Sí
C. y León	No	No
Cataluña	Sí	Sí
C. Valenciana	No	No
Extremadura	Sí	No
Galicia	Sí	Sí
Madrid	Sí	Sí
Murcia	No	No
Navarra	Sí	Sí
Pais vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
INGESA	No	No
ESPAÑA	10	8

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

10 comunidades autónomas han incluido este objetivo en sus planes y 8 afirman haber realizado revisiones.

Conclusión Objetivo Específico 3.2: Parcialmente conseguido

Recomendaciones: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 3.3. “Los centros asistenciales dispondrán 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”.

Tabla 25. Normativa específica

Comunidades Autónomas	Incluido plan	Realizado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias	Sí	Sí
Baleares	Sí	No
Canarias	No	Si
Cantabria	No	No
C. la Mancha	No	Sí
C. y León	No	No
Cataluña	Sí	Sí
C. Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid	Sí	Sí
Murcia	Sí	Sí
Navarra	No	No
Pais vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
INGESA	No	No
ESPAÑA	12	12

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

12 Comunidades autónomas tienen incluido este objetivo en sus planes y 12 afirman disponer de normativa específica.

Conclusión Objetivo Específico 3.3: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo Específico 3.4 “El ingreso de las personas con trastornos mentales en fase aguda se realizará en unidades de psiquiatría integradas en hospitales generales, convenientemente adaptadas a las necesidades de estos pacientes. Las Comunidades Autónomas adecuarán progresivamente las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de este objetivo”.

Indicador: Camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes.

En la tabla 26 se presentan las tasas de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales, a cierre del año 2006, diferenciadas entre dependencia SNS y “no SNS” (considerando SNS a todos aquellos hospitales públicos, o bien privados con mayoría de actividad para el SNS: Red de utilización pública u hospitales con concierto sustitutorio).

Tabla 26. Tasa de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales (por 100.000 habitantes), según Comunidad Autónoma y dependencia del centro.

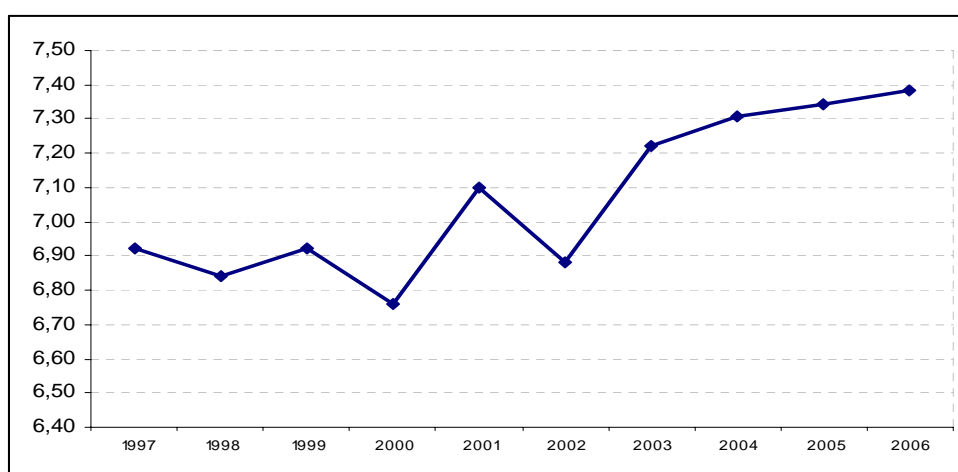
Comunidades Autónomas	Total	Dependencia SNS	No SNS
Andalucía	8,05	7,96	0,09
Aragón	9,16	9,01	0,16
Asturias (Principado de)	7,85	7,85	-
Baleares (Islas)	9,62	9,42	0,20
Canarias	8,87	8,82	0,05
Cantabria	6,96	6,78	0,18
Castilla y León	9,52	9,48	0,04
Castilla-La Mancha	11,31	11,31	-
Cataluña	5,84	5,29	0,56
Comunidad Valenciana	5,41	5,39	0,02
Extremadura	4,66	4,66	-
Galicia	7,98	7,90	0,07
Madrid (Comunidad de)	6,96	6,96	-
Murcia (Región de)	5,11	5,11	-
Navarra (Comunidad Foral)	13,52	9,12	4,39
País Vasco	9,96	9,82	0,14
La Rioja	8,57	8,57	-
Ceuta y Melilla	8,66	8,66	-
Total nacional	7,57	7,38	0,19

Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCR) 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

En 2006, la tasa de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales se situó en cerca del 7,6 por cada 100 mil habitantes, siendo la inmensa mayoría camas del Sistema Nacional de Salud. Los valores oscilan desde las 4,7 a las 13,5 camas.

En la siguiente figura se muestra la evolución temporal de este indicador en una serie de 10 años para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, utilizando el mismo criterio de clasificación que en el caso anterior, observándose una tendencia de incremento importante, especialmente en los últimos años, de este tipo de camas. Con la información disponible no es posible interpretar las desviaciones de 2000 y 2002

Figura 9- Evolución de la tasa de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales del SNS por 100.000 hab.



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). Ministerio de Sanidad y Política Social.

Indicador: Camas en hospitales monográficos por población (100.000 habitantes).

En la tabla adjunta se muestran los datos correspondientes al año 2006, desagregados por CCAA y por dependencia funcional, con igual criterio que en el caso anterior.

Tabla 27. Tasa de camas (totales) en hospitales monográficos por 100.000 habitantes.

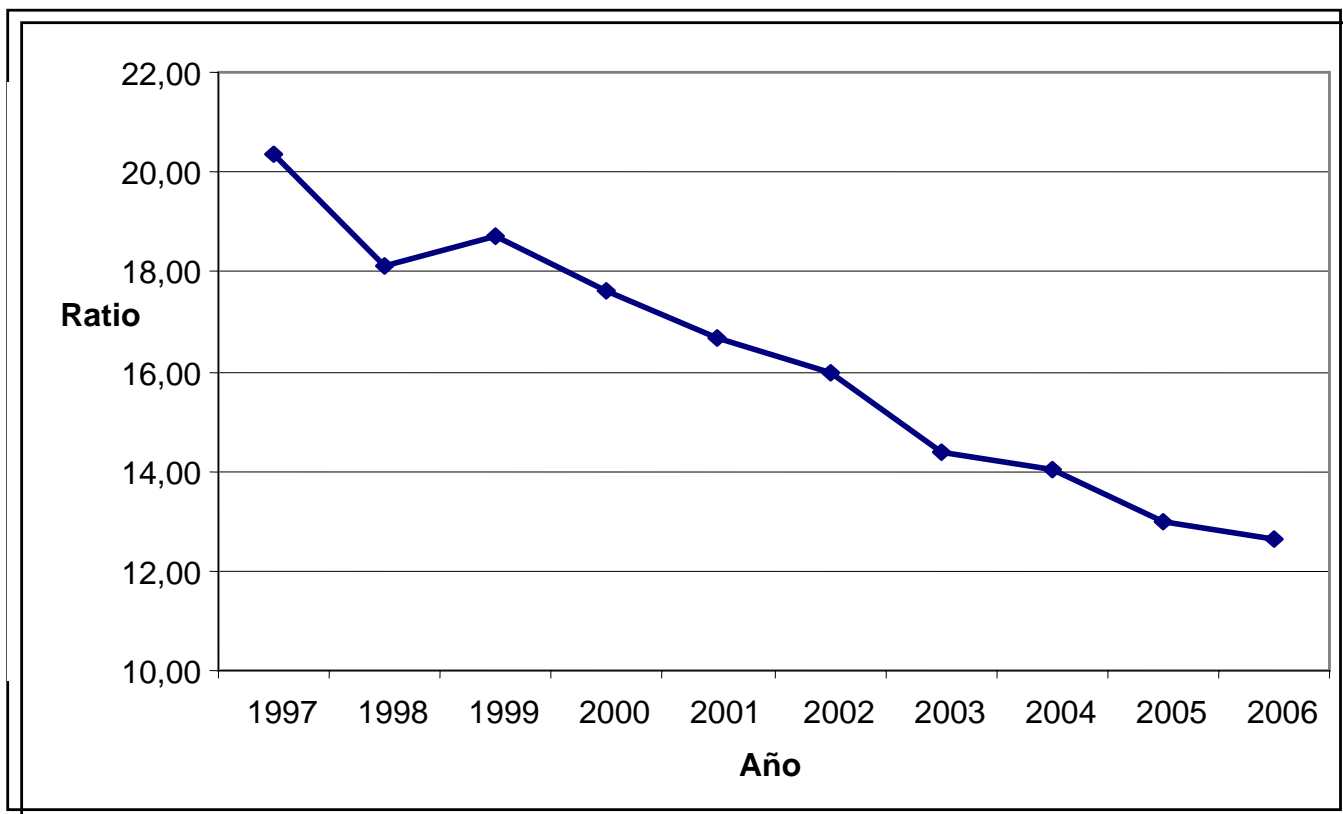
Comunidades Autónomas	SNS	No SNS	Total
Andalucía	2,29*	12,45	14,74
Aragón	43,21	25,52	68,73
Asturias (Principado de)	-	4,73	4,73
Baleares (Islas)	16,43	-	16,43
Canarias	-	6,08	6,08
Cantabria	18,57	69,80	88,36
Castilla y León	5,16	59,19	64,36
Castilla-La Mancha	19,22	-	19,22
Cataluña	14,44	54,77	69,22
Comunidad Valenciana	10,40	2,58	12,98
Extremadura	77,95	-	77,95
Galicia	7,20	7,13	14,34
Madrid (Comunidad de)	8,08	30,01	38,10
Murcia (Región de)	7,40	6,51	13,92
Navarra (Comunidad Foral)	2,70	28,39	31,09
País Vasco	36,40	47,88	84,28
La Rioja	59,35	-	59,35
Ceuta y Melilla	-	-	-
Total nacional	12,64	23,93	36,57

Fuente: EESCRI. 2006, Ministerio de Sanidad y Política Social

* Camas del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior

A continuación, en la figura adjunta, se puede observar cómo han evolucionado en estos años las camas en hospitales psiquiátricos dependientes del SNS.

Figura 10. Tasa de camas totales en hospitales monográficos psiquiátricos dependientes del SNS, por 100.000 habitantes y año



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). Ministerio de Sanidad y Política Social.

En estos años, el SNS ha evolucionado hacia un progresivo y mantenido decremento de este tipo de camas, pasando de 20,36 por cada 100.000 habitantes en el año 1997 a 12,64 en el 2006, mientras que en los hospitales privados “noSNS” durante este mismo periodo, se ha producido un descenso en mucha menor proporción, pasando de 25,81 camas por 100.000 habitantes en 1997 a 23,93 en 2006

Por otro lado, si analizamos, dentro de las camas en hospitales monográficos, cuántas de ellos son destinadas a agudos, podemos ver en la tabla siguiente su distribución por CCAA comparando, para el año 2006, el dato global de camas de agudos en hospitales generales y el de camas de agudos en hospitales monográficos psiquiátricos. En ambos casos, se refiere al total de cama (SNS y no SNS)

Tabla 28. Tasa de camas de agudos en H. Generales (HG) y en H. Psiquiátricos (HP) y porcentaje de total de camas de agudos en H. Generales, sobre el total de camas de agudos.

Comunidades Autónomas	H G	H P	% H.G.
Andalucía	8,05	1,59	83,5
Aragón	9,16	1,90	82,8
Asturias (Principado de)	7,85	2,36	76,9
Baleares (Islas)	9,62	3,01	76,2
Canarias	8,87	2,28	79,6
Cantabria	6,96	10,89	39,0
Castilla y León	9,52	2,54	78,9
Castilla-La Mancha	11,31	1,47	88,5
Cataluña	5,84	14,63	28,5
Comunidad Valenciana	5,41	2,45	68,8
Extremadura	4,66	7,46	38,4
Galicia	7,98	0,74	91,5
Madrid (Comunidad de)	6,96	3,96	63,7
Murcia (Región de)	5,11	5,18	49,7
Navarra (Comunidad Foral)	13,52	6,25	68,4
País Vasco	9,96	9,07	52,3
La Rioja	8,57	-	100
Ceuta y Melilla	8,66	-	100
Total nacional	7,57	4,99	60,3

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Ambas tasas (camas de agudos en hospitales generales y camas de agudos en hospitales monográficos), así como el porcentaje de camas de agudos que están ubicadas en H. Generales, presentan diferencias entre CCAA, oscilando en este último caso desde menos del 30 % hasta cubrir el objetivo (100 %)

Conclusión Objetivo Específico 3.4: El objetivo de que todos los ingresos se realizan en hospitales generales no se ha cumplido en su totalidad. **Iniciado**

Recomendaciones: Mantener

Objetivo Específico 3.5. “El Ministerio de Sanidad y Política Social promoverá iniciativas de coordinación con la OMS, la Unión Europea y otros organismos internacionales en el ámbito del fomento de la integración y la lucha contra el estigma y la discriminación”.

El ministerio en colaboración con el Consejo de Europa se encargó de la elaboración, durante el 2008, del informe “Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental”, que es una revisión sistemática sobre el estado de situación de la salvaguarda de los derechos humanos en las personas con trastornos mentales.

Dentro del Pacto Europeo en Salud Mental de la Comisión Europea, en el que participa el Ministerio de Sanidad, hay un apartado concreto sobre la erradicación del estigma.

El Gobierno Escocés, en colaboración con la OMS-Europa realizó en abril del 2008 una reunión de sensibilización sobre el estigma, en el que participó el Ministerio y en la que la Comunidad Andaluza y FEAFES presentaron intervenciones realizadas

Conclusión Objetivo Específico 3.5: Parcialmente conseguido

Recomendaciones: Mantener el Objetivo

Resumen de intervenciones realizadas por las Comunidades Autónomas en objetivos 1, 2 y 3

Revisando la documentación enviada por las CCAA tenemos el siguiente resumen

CUADRO RESUMEN

CC.AA.	Nº TOTAL	TIPO					OBJ GNRALS			PUBLICADOS				
		A	B	C	D	SC	1	2	3	RED	MONOGRAFIAS*	FOLLETOS	REVISTAS**	OTROS
ANDALUCIA	9	9					7	1	1	3	3	3		
ASTURIAS	11				11						9			2
CASTILLA LA MANCHA	4	2		3	1		1	3		2	2		1	
CATALUÑA	39	9	2	4	15	11	10	5	2	5	1		1	
C.VALENCIANA	13	1	1	1	5	5		13			2			
EXTREMADURA	2	2							2	2				
MADRID	27			7	16	4	14	11	2	10		1		1
MURCIA	21	1	13	6	1		1	1		1	3			
PAIS VASCO	2				2			2			1			

*MONOGRAFIAS Y LIBROS

** REVISTAS, COMUNICACIONES

Comunidades Autónomas	TIPO DE INTERVENCIÓN						ENFOQUE DE GENERO
	A	B	C	D	E	sc	
Andalucía	9						7
Aragón	9				2		
Asturias							
Islas Baleares							
Canarias							
Cantabria							
Castilla- La Mancha	2		3	1			
Castilla y León							
Cataluña	9	2	4	15	2	9	
Com. Valenciana	1	1	1	5	5		
Extremadura	2						
Galicia							
Madrid			7	16	4		
Murcia	1	13	6	1			
Navarra							
País Vasco				2			
La Rioja							
Ingesa							
España	32	15	20	35	8	9	7

A: Textos o charlas difundidos a través de la radio, la prensa, TV, Internet y/o repartidos a mano o por correo; **B:** Ciclo de conferencias o cursos, con o sin debate, dirigidos a audiencias presenciales de más de 30 asistentes; **C:** Talleres altamente interactivos, dirigidos a grupos de menos de 30 asistentes y dispensados por profesionales específicamente entrenados para ello (Ej.: escuela para padres de niños de alto riesgo, entrenamiento de escolares en técnicas de solución de problemas, formación en técnicas de afrontamiento del estrés para teleoperadores); **D:** Programas articulados con intervenciones de varias clases y con un único objetivo (Ej.: prevención del suicidio en una zona o sector de la población, reducción del estigma asociado a la enfermedad mental entre los médicos de familia); **E:** Otros (descrito en observaciones).

La mayor parte de las intervenciones realizadas consisten en campañas y ciclos de conferencias y cursos, mientras que hay un escaso número de talleres interactivos, que son los más efectivos.

Conclusión sobre las Intervenciones: Inicializado

Recomendaciones: Mantener

Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.

4.4 OBJETIVO GENERAL 4: MEJORAR LA CALIDAD, LA EQUIDAD Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Indicador: Morbilidad atendida.

Se refiere a la morbilidad o prevalencia atendida de manera ambulatoria por los servicios especializados en salud mental a 31 de diciembre de 2007

Son 14 las CCAA e Ingesa las que han facilitado información relativa a estos indicadores

CONDUCTA ALIMENTARIA

Tabla 29-A. Códigos Utilizados en la Morbilidad atendida de los trastornos de la conducta alimentaria.

Comunidades Autónomas	Códigos utilizados	
	CIE-9	CIE-10
Andalucía	-	F50.0-3
Aragón	-	-
Asturias (Principado de)	-	F50.0-3/F50.9
Baleares (Islas)	307.1 / 307.50-1	-
Canarias	-	F.50.0-3
Cantabria	-	F50.0 / F50.9
Castilla y León	-	F50.0/ F 50.9
Castilla-La Mancha	-	F50.0-3
Cataluña	307.1 / 307.5X	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	F50.X
Madrid (Comunidad de)	307.1/ 307.5	-
Murcia (Región de)	-	F50 /F50.0-1
Navarra (Comunidad Foral)	-	F50.0-3
País Vasco	-	F50.0 -3
La Rioja	-	F50 completo
Ceuta y Melilla	-	F50-F50.9
Total nacional		

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

Tabla 29-B. Morbilidad atendida de los trastornos de la conducta alimentaria.

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	0,014%	0,002%	0,025%
Aragón	-	-	-
Asturias (Principado de)	0,039%	0,008%	0,069%
Baleares (Islas)	0,13%	0,02%	0,23%
Canarias	0,012%	0,0005%	0,026%
Cantabria	0,095 %	0,012 %	0,174 %
Castilla y León	0,029%	0,001%	0,056%
Castilla-La Mancha	0,016%	0,004%	0,029%
Cataluña	0,018%	0,003%	0,033%
Comunidad Valenciana	-	-	-
Extremadura	-	-	-
Galicia	0,16 %	-	-
Madrid (Comunidad de)	0,042%	0,009%	0,074%
Murcia (Región de)	0,005%	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	0,029%	0,003%	0,055%
País Vasco	0,043%	0,008%	0,078%
La Rioja	0,39%	-	-
Ceuta y Melilla	-	-	-
Total nacional	0,029 %	0,005 %	0,053 %

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

TRASTORNO BIPOLAR

Tabla 30-A. Códigos Utilizados en la Morbilidad atendida del trastorno bipolar.

Comunidades Autónomas	Códigos utilizados	
	CIE 9	CIE 10
Andalucía	-	F31
Aragón	-	-
Asturias (Principado de)	-	F31 Completo
Baleares (Islas)	296.00/ 296.04/296.06/296.10/296.11 /296.15/296.40/296.45/296.50/296.55/296.60 /296.65/296.7/296.80/296.82/296.89	
Canarias	-	F.30-1
Cantabria	-	-
Castilla-La Mancha	-	F31
Castilla y León	-	F30-F39
Cataluña	296.80-1/296.4-7/296.8-1/296.89/296.99/ 301.11/301.13	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	F30-3/F38
Madrid (Comunidad de)	296.0-1, 296.4-296.8	-
Murcia (Región de)	-	F31.0-9
Navarra (Comunidad Foral)	-	F31
País Vasco	-	F31 (10-19)
La Rioja	-	F31 Completo
Ceuta y Melilla	-	F31

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

Tabla 30-B. Morbilidad atendida del trastorno bipolar.

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	0,070%	0,060%	0,080%
Aragón	-	-	-
Asturias (Principado de)	0,058%	0,047%	0,069%
Baleares (Islas)	0,179 %	0,15 %	0,20 %
Canarias	0,12%	0,14%	0,09%
Cantabria	-	-	-
Castilla-La Mancha	0,059%	0,044%	0,073%
Castilla y León	0,551%	0,324%	0,777%
Cataluña	0,088%	0,071%	0,105%
Comunidad Valenciana	-	-	-
Extremadura	-	-	-
Galicia	0,27	-	-
Madrid (Comunidad de)	0,145%	0,098%	0,188%
Murcia (Región de)	0,09%	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	0,086%	0,068%	0,103%
País Vasco	0,126%	0,093%	0,156%
La Rioja	0,09 %	-	-
Ceuta y Melilla	-	-	-
Total nacional	0,117%	0,080	0,124

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

ESQUIZOFRENIA

Tabla 31-A. Códigos Utilizados en la Morbilidad atendida por Esquizofrenia

Comunidades Autónomas	Códigos utilizados	
	CIE 9	CIE 10
Andalucía	-	F20-2,/F24-5/ F28-9
Aragón	-	-
Asturias (Principado de)	-	F20 Completo
Baleares (Islas)	295.00-4/295.10-4/295.20/295.24-5 / 295.30-5/295.40-4/295.50/295.53/ 295.60-4/295.70-5/295.80-4/295.90-94	-
Canarias	-	F20
Cantabria	-	-
Castilla-La Mancha	-	F20
Castilla y León	-	F20-9
Cataluña	295.xx 301.2x	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	F20,F23,F25
Madrid (Comunidad de)	CIE-9 295 completo.	-
Murcia (Región de)	-	F20.0-9
Navarra (Comunidad Foral)	-	F20-9
País Vasco	-	F20/F200/F2000-4/F2009/ F201-3/F205-6/F208-9
La Rioja	-	F20 Completo
Ceuta y Melilla	-	F20-2/F24-5/F28-9

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

Tabla 31-B. Morbilidad atendida por Esquizofrenia

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	0,232%	0,309%	0,158%
Aragón	-	-	-
Asturias (Principado de)	0,151%	0,199%	0,106%
Baleares (Islas)	0,184 %	0,21 %	0,14 %
Canarias	0,300%	0,355%	0,239%
Cantabria	-	-	-
Castilla-La Mancha	0,118%	0,145%	0,090%
Castilla y León	0,154%	0,184%	0,125%
Cataluña	0,231%	0,289%	0,174%
Comunidad Valenciana	-	-	-
Extremadura	-	-	-
Galicia	0,066%	-	-
Madrid (Comunidad de)	0,165%	0,209%	0,125%
Murcia (Región de)	0,20 %	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	0,264%	0,316%	0,212%
País Vasco	0,201%	0,252%	0,152%
La Rioja	0,20%	-	-
Ceuta y Melilla	-	-	-
Total nacional	0,198%	0,274%	0,156%

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

DEPRESIÓN MAYOR

Tabla 32-A. Códigos Utilizados en la Morbilidad atendida de la depresión mayor.

Comunidades Autónomas	Códigos utilizados	
	CIE 9	CIE 10
Andalucía	-	F32.2-3
Aragón	-	-
Asturias (Principado de)	-	F32 Completo F33 Completo
Baleares (Islas)	296.20-5 /296.30-6	-
Canarias	-	F32-3
Cantabria	-	-
Castilla-La Mancha	-	F32-3
Castilla y León	-	F30-9
Cataluña	296.2x + 296.3x + 296.82+296.90 298.0 300.4 + 300.5 / 301.12 309.0 + 309.1. 311	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	Incluida con los trastornos bipolares
Madrid (Comunidad de)	296.2 completos 296.3 completos	-
Murcia (Región de)	-	F32.0-9 /F33.0-9
Navarra (Comunidad Foral)	-	F32.3/F33.3
País Vasco	-	F32 - F320 - F3200-, F3201- F321 - F3210- F3211- - F323 - F328 - F329 -
La Rioja	-	F32 y F33
Ceuta y Melilla	F32-9	F32-9

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

Tabla 32-B. Morbilidad atendida de la depresión mayor

Comunidades Autónomas	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	0,031%	0,028%	0,034%
Aragón	-	-	-
Asturias (Principado de)	0,601%	0,424%	0,768%
Baleares (Islas)	0,246 %	0,16 %	0,31 %
Canarias	0,176%	0,136%	0,220%
Cantabria	-	-	-
Castilla-La Mancha	0,120%	0,063%	0,177%
Castilla y León	0,551%	0,324%	0,777%
Cataluña	0,694%	0,371%	1,013%
Comunidad Valenciana	-	-	-
Extremadura	-	-	-
Galicia	-	-	-
Madrid (Comunidad de)	0,053%	0,034%	0,072%
Murcia (Región de)	0,41 %	-	-
Navarra (Comunidad Foral)	0,015%	0,011%	0,0184%
País Vasco	0,151%	0,108%	0,192%
La Rioja	0,51&		-
Ceuta y Melilla	-	-	-
Total nacional	0,278 %	0,162 %	0,387 %

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CC.AA

Indicador: Porcentaje de reingresos.

Se considera reingreso a todo aquél que produce una misma persona de manera no programada, en un periodo de tiempo inferior a 30 días tras su alta anterior, y por la misma causa.

En la siguiente tabla se incluyen los datos de porcentaje de reingresos psiquiátricos (capítulo 5 de la clasificación CIE9-MC), diferenciados por sexo.

Tabla 33 – Porcentaje de reingresos psiquiátricos

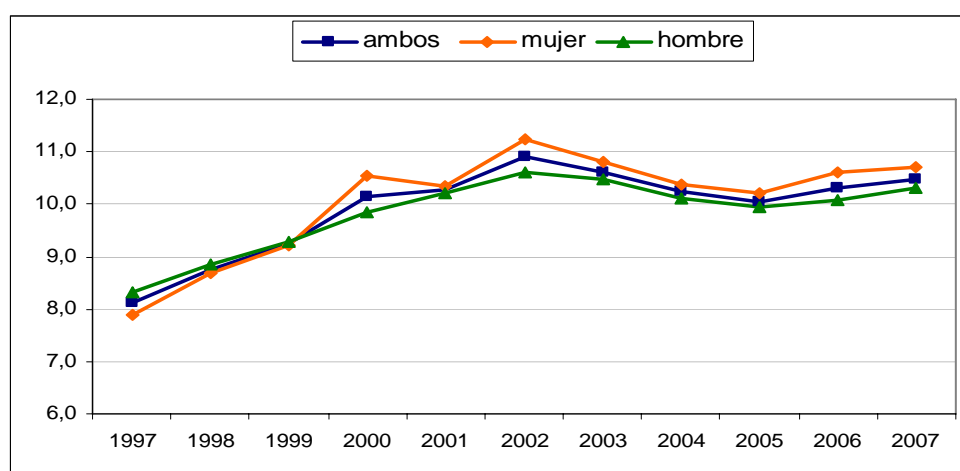
Total nacional	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	10,5	10,3	10,7

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD) 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Como se puede observar los porcentajes por razón de sexo no varían sensiblemente en el total nacional.

En la siguiente figura se muestra la evolución temporal, a nivel de todo el SNS y para cada sexo, de los reingresos producidos desde el año 1997, en el que se aprecian pequeñas diferencias entre sexos, siendo estos ligeramente superiores en las mujeres.

Figura 11. Tasa de reingresos psiquiátricos, por sexo.



Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD) 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Tras un periodo de incremento de este indicador, a partir de 2002 se inicia un descenso en algo más de un punto porcentual. Dicho descenso, no obstante, parece no solo haberse detenido sino, mostrar un cierto repunte en los últimos dos años.

En cualquier caso en los 10 últimos años, el indicador muestra una tendencia al alza, tanto en hombres como en mujeres.

Objetivo específico 4.1.”Desarrollar e implantar de forma efectiva por las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la atención especializada”.

Tabla 34. Implantar prestaciones de la cartera de servicios.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (16)	Sí (17)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 16 las CCAA que declaran tener incluido este objetivo en su plan de salud. De igual manera, la mayoría de comunidades declara haber desarrollado e implantado de forma efectiva las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios común del SNS.

Medidas puestas en marcha: Destacan la creación de Modelos adaptados a las necesidades de la población, Programas de apoyo social, poniendo especial énfasis en Infancia y Adolescencia, Asistencia en el entorno natural de personas con enfermedades mentales, Guías de apoyo a la Atención Primaria para la detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, Programas de atención a Conductas Adictivas, Trastornos de la Alimentación, Déficits de Atención, Deterioro neuropsicológico debido a otras causas como ictus, traumatismos., Consultas psiquiátricas en Unidades del Dolor.

Conclusión Objetivo específico 4.1: Prácticamente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo específico 4.2.”Las Comunidades Autónomas establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales”.

Tabla 35. Procedimientos de apoyo desde atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	Sí
Total nacional	Sí (16)	Sí (18)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

La mayoría de Comunidades Autónomas (16 en total) declaran que en su plan de salud queda contemplado este objetivo, afirmando todas haber realizado actividades en la línea de este objetivo específico.

Medidas puestas en marcha: Se han llevado a cabo acciones tales como la incorporación en el programa de los MIR de medicina de familia y comunitaria, formación en Detección de conductas de riesgo, Protocolos para la derivación a Urgencias de hospitales generales, Sesiones clínicas en centros de salud, creación de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, Protocolos de actuación en Urgencias Psiquiátricas y Protocolos de actuación en casos de Emergencia y Catástrofe, recepción de usuarios procedentes tanto de Atención Primaria como de Centros de Atención a Drogodependientes, Centros Penitenciarios, y otros servicios de Atención especializada.,

Conclusión Objetivo específico 4.2: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo específico 4.3. “Las Comunidades Autónomas establecerán pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, en colaboración con los distintos sectores implicados”.

Tabla 36. Establecimiento de pautas de atención a las urgencias y situaciones de crisis.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	Sí
Total nacional	Sí (15)	Sí (16)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 15 las Comunidades Autónomas las que declaran que en su plan de salud queda contemplado el objetivo de establecer pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis. Del mismo modo, 16 CCAA aseguran haber realizado actividades en la línea de este objetivo.

Conclusión Objetivo específico 4.3: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo específico 4.4. “Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles”.

Tabla 37. Psicoterapia en pacientes con trastornos mentales.

Comunidades Autónomas	Incluido en el Plan de Salud	Incluido en AG*	Sistema de medición	Evaluado	Resultado y fuente
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón	Sí	No	No	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Baleares (Islas)	Sí	No	No	No	No
Canarias	No	No	No	No	No
Cantabria	No	No	No	No	No
Castilla y León	Sí	No	No	No	No
Castilla-La Mancha	No	Sí	No	No	No
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	No	No	No
Extremadura	No	No	No	No	No
Galicia	Sí	Sí	No	No	No
Madrid (Comunidad de)	No	No	No	No	No
Murcia (Región de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	No	Sí	No	No
País Vasco	Sí	Sí	Sí	No	No
La Rioja	Sí	Sí	No	No	No
Ceuta y Melilla	No	Sí	No	No	No
Total nacional	Sí (11)	Sí (10)	Sí (6)	Sí (2)	Sí (2)12

*AG: acuerdo o contrato de gestión

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

En líneas generales, las distintas Comunidades Autónomas afirman que están trabajando en aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, 11 declaran haber establecido en su plan de salud este objetivo específico, mientras que 10 lo tendrían incorporado como objetivo en el contrato o acuerdo de gestión con los servicios de salud mental. Sin embargo, pese a que 6 declaran que se dispone sistemas de medición y seguimiento, sólo 2 comunidades de las 6 (un 33,3%) lo han evaluado, y sólo 2 han facilitado a la evaluación resultados

Conclusión: Objetivo específico 4.4: Iniciado

Recomendación: Mantener el objetivo si bien se propone introducir modificar el existente, incluyendo una definición consensuada de psicoterapia con unos criterios mínimos de calidad.

Objetivo específico 4.5. “Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de rehabilitación”.

Tabla 38. Rehabilitación a pacientes con trastornos mentales graves.

Comunidades Autónomas	Incluido en el Plan de Salud	Incluido en AG*	Sistema de medición	Evaluado	Resultado y fuente
Andalucía	Sí	Sí	Sí	No	No
Aragón	Sí	No	No	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Baleares (Islas)	Sí	Sí	Sí	No	No
Canarias	Sí	No	Sí	Sí	No
Cantabria	No	No	No	No	No
Castilla y León	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	Sí	No	No
Extremadura	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí	No	No	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Murcia (Región de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	No	Sí	No	No
País Vasco	Sí	Sí	Sí	No	No
La Rioja	No	Sí	Sí	No	No
Ceuta y Melilla	No	Sí	No	No	No
Total nacional	Sí (15)	Sí (13)	Sí (14)	Sí (5)	Sí (4)

*AG: acuerdo o contrato de gestión

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Las distintas Comunidades Autónomas notifican que están trabajando en aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben rehabilitación. Son 15 las que declaran haber establecido en su plan de salud este objetivo específico, mientras que 13 lo tendrían incorporado como objetivo en el contrato o acuerdo de gestión con los servicios de salud mental.

Sin embargo, pese a que 14 declaran que se dispone sistemas de medición, sólo 5 lo han evaluado, y sólo 4 han facilitado a la evaluación resultados.

Conclusión Objetivo específico 4.5: Objetivo iniciado.

Recomendación: Mantener el objetivo

Objetivo específico 4.6. “Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas”.

Tabla 38. Familias de pacientes que reciben programas de intervención específico.

Comunidades Autónomas	Incluido en el Plan de Salud	Incluido en AG*	Sistema de medición	Evaluado	Resultado y fuente
Andalucía	Sí	Sí	Sí	No	No
Aragón	Sí	No	No	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Baleares (Islas)	Sí	No	No	No	No
Canarias	Sí	No	Sí	Sí	No
Cantabria	No	Sí	No	No	No
Castilla y León	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	No	No	No
Extremadura	Sí	No	No	No	No
Galicia	Sí	No	Sí	No	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No	No	No	No
Murcia (Región de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	No	Sí	No	No
País Vasco	Sí	Sí	No	No	No
La Rioja	No	No	No	No	No
Ceuta y Melilla	No	Sí	No	No	No
Total nacional	Sí (15)	Sí (10)	Sí (9)	Sí (4)	Sí (3)

*AG: acuerdo o contrato de gestión

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 15 las Comunidades Autónomas que declaran haber establecido en su plan de salud este objetivo específico, mientras que 10 lo tendrían incorporado como objetivo en el contrato o acuerdo de gestión con los servicios de salud mental. Sin embargo, sólo 4 CCAA de las 9 que declaran disponer un sistema de medición lo han evaluado, y sólo 3 han facilitado a la evaluación resultados.

Conclusión Objetivo Específico 4.6: Iniciado.

Recomendación: Mantener el objetivo

Objetivo específico 4.7. “Proporcionar a los y las pacientes con trastorno mental grave un adecuado cuidado de su salud general”.

Tabla 40. Cuidado adecuado a pacientes con trastorno mental.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	Sí
Cantabria	Sí	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	Sí
Total nacional	Sí (15)	Sí (18)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 15 las Comunidades Autónomas que declaran que en su plan de salud queda contemplado el objetivo de proporcionar a los y las pacientes con trastorno mental grave un adecuado cuidado de salud general. Por otro lado, todas las comunidades aseguran haber realizado actividades en la línea de este objetivo.

Medidas puestas en marcha: Se han puesto en marcha Planes para promover la actividad física, la alimentación equilibrada, la deshabituación tabáquica, promoción de estilos de vida saludable, prevención del síndrome metabólico en pacientes psiquiátricos, programas de Educación para la Salud, y otros.

Conclusión Objetivo Específico 4.7: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener el objetivo

Objetivo específico 4.8. “Las Comunidades Autónomas contemplarán, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental”.

Tabla 41. Atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	Sí
Asturias (Principado de)	No	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	No	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	No	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (10)	Sí (17)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 10 las Comunidades Autónomas que declaran que en su plan de salud queda contemplado la necesidad de atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental. Sin

embargo, pese a no contemplarlo en el plan de salud, serían 17 las que estarían desarrollando acciones para adecuar la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales.

Medidas puestas en marcha: Estudio de las barreras existentes e impulso del desarrollo de medidas correctoras, Creación de Centros de Apoyo a la Integración, equipos y unidades específicas, actividades de formación conjunta; designación de referentes, interconsultas presenciales, espacios de encuentro, equipos móviles programa de consultoría, protocolos y guías específicas

Conclusión Objetivo específico 4.8: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener Objetivo.

Objetivo específico 4.9. “Las Comunidades Autónomas adecuarán los servicios con programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental”.

Tabla 42. Servicios con programas específicos en materia de salud mental infanto-juvenil.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	No
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	Sí
Total nacional	Sí (16)	Sí (17)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Comentarios: La mayoría de las CCAA (16) declaran tener en su plan de salud actuaciones para adecuación de servicios y/o programas específicos de salud mental infanto-juvenil. 14 CCAA y Ceuta y Melilla afirman haber realizado la adecuación de servicios a este grupo de población.

Medidas puestas en marcha: Programas, equipos, unidades y centro específicos, acuerdos entre Consejerías, comisiones de seguimiento, actividades formativas dirigidas a madres, padres y educadores, entre otras.

Conclusión Objetivo específico 4.9: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener evaluación

Objetivo específico 4.10. “El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, junto con las Comunidades Autónomas, un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población”.

Tabla 43. Altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios (en %), según año y CC.AA.

Comunidades Autónomas	2004	2005	2006	2007
Andalucía	93,1	89,4	90,9	88,4
Aragón	94,1	92	93,3	90
Asturias (Principado de)	100	100	100	100
Baleares (Islas)	100	100	88,8	100
Canarias	100	100	100	-
Cantabria	88,2	90,9	92,3	88,8
Castilla y León	82,1	80,9	72	80,9
Castilla-La Mancha	100	100	100	100
Cataluña*	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	80	100	80	87,5
Extremadura	100	100	90	100
Galicia	91,6	88,8	92,8	91
Madrid (Comunidad de)	83,3	96,1	87,7	90,9
Murcia (Región de)	100	100	90	100
Navarra (Comunidad Foral)	100	100	100	85,7
País Vasco	-	-	-	-
La Rioja	-	-	-	-
Ceuta	-	100	100	-
Melilla	-	-	-	-
Total nacional	89,9	92,8	89,8	90,1

Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior, 2009.

*Cataluña tiene transferidas las competencias en este tema

En España, de las personas internas en Instituciones Penitenciarias que fueron derivadas e ingresadas por causa psiquiátrica, lo hicieron en hospitales no penitenciarios el 90,1%. En líneas generales, no se observan diferencias en el período comprendido entre los años 2004 y 2007. Se ha iniciado una línea de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social, las Comunidades Autónomas e Instituciones Penitenciarias mediante la incorporación de dicha institución en el comité de seguimiento de la Estrategia. **Conclusión Objetivo Específico 4.10: Iniciado.**

Recomendaciones: Ampliar el objetivo a las personas a las que un juez dicta ingreso penitenciario.

Objetivo específico 4.11. “Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo los rehabilitadores, suficientes para encarar las necesidades de su población, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinados con atención primaria”.

Tabla 44. Establecer en las estructuras territoriales sanitarias el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	Sí
Total nacional	Sí (16)	Sí (18)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Habría 16 Comunidades Autónomas que declaran haber establecido en su plan de salud el establecimiento y garantía en el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, habiendo desarrollado todas ellas actuaciones en esta línea.

Medidas puestas en marcha: Para establecer el acceso, algunas CCAA afirman que la creación de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental en todas las áreas hospitalarias o áreas de Gestión Sanitaria, podría facilitarlos. También se crean Unidades de Rehabilitación de Salud Mental para la Recuperación de las Habilidades Sociales y la Reinserción Social y Laboral.

Conclusión Objetivo Específico 4.11: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener Objetivo

Objetivo específico 4.12. “Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención”.

Tabla 45. Pacientes con plan individualizado de atención.

Comunidades Autónomas	Incluido en el Plan de Salud	Incluido en AG*	Sistema de medición	Evaluado	Resultado y fuente
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	Sí	No	No
Baleares (Islas)	Sí	No	No	No	No
Canarias	No	No	No	No	No
Cantabria	No	Sí	No	No	No
Castilla y León	Sí	Sí	No	No	No
Castilla-La Mancha	Sí	Sí	No	No	No
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	No	No	No
Extremadura	Sí	Sí	Sí	No	No
Galicia	Sí	Sí	No	No	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí	No	No	No
Murcia (Región de)	No	No	No	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí	Sí	No	No
País Vasco	Sí	Sí	Sí	No	No
La Rioja	No	No	No	No	No
Ceuta y Melilla	No	Sí	No	No	No
Total nacional	Sí (13)	Sí (14)	Sí (7)	Sí (3)	Sí (2)

*AG: acuerdo o contrato de gestión

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 13 las Comunidades Autónomas que declaran haber establecido en su plan de salud la definición de un plan individualizado de atención a las personas con trastornos mentales en tratamiento y 14 las que lo tendrían incorporado como objetivo específico en el contrato o acuerdo de gestión con los servicios de salud mental. Sin embargo, sólo 3 comunidades de las 7 que declaran disponer un sistema de medición lo han evaluado, y sólo 2 han facilitado a la evaluación resultados.

Conclusión Objetivo Específico 4.12: Iniciado.

Recomendación: Mantener el objetivo

Objetivo específico 4.13. “Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial”.

Tabla 46. Disponer de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (15)	Sí (15)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 15 las Comunidades Autónomas que declaran haber definido en su plan de salud un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria de los trastornos mentales graves, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial. 15 serían, asimismo las CCAA que habrían llevado a cabo estas actuaciones.

Medidas puestas en marcha: Para establecer Sistema Organizativo para evitar los abandonos y facilitar la adherencia, incluyendo la atención domiciliaria se organiza mediante equipos de seguimiento, Programas de Inserción Social, Atención a la familia y entorno próximo.

Conclusión Objetivo Específico 4.13: Iniciado.

Recomendaciones: Mantener Objetivo

Objetivo específico 4.14. “Definir e implantar, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, los protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial en las diferentes etapas de la vida. Se tendrán en cuenta tanto la perspectiva de género como la problemática específica de determinados colectivos de riesgo”.

Tabla 47. Protocolos clínicos.

Comunidades Autónomas	Núm.	Descripción
Andalucía	3	1. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, depresión y somatizaciones; 2. Proceso Asistencial Integrado Trastorno de la conducta alimentaria; 3. Proceso Asistencial Integrado Trastorno mental grave.
Aragón	2	Proceso asistencial del Trastorno Mental Grave. Proceso asistencial del Trastorno de la Personalidad.
Asturias (Principado de)	8	1. Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Demencia; 2. PCAI Ansiedad; 3. PCAI Depresión; 4. PCAI Alcoholismo; 5. PCAI Dolor crónico musculoesquelético; 6. Programa de TMS 7. Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. 8. Protocolo interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género.
Baleares (Islas)	20	1. Psicoeducación para la esquizofrenia y el trastorno bipolar; 2. Programas de uso racional del medicamento; 3. Psicoeducación para familias de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar; 4. Protocolo para la administración de terapia electroconvulsiva; 5. Contención mecánica; 6. Trastornos del desarrollo; 7. Primeros brotes psicóticos; 8. Programa de psiquiatría transcultural; 9. Atención a pacientes con trastornos del sueño de origen neurológico o psiquiátrico; 10. Protocolo de asistencia involuntaria para enfermos mentales.
Canarias	9	1. Protocolo de contención mecánica; 2. Protocolo de Terapia Electroconvulsiva; 3. Protocolo de aislamiento; 4. Protocolo de riesgo suicida; 5. Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil; 6. Programa de intervención con familias de enfermos con Trastorno mental grave; 7. Programa de tratamiento comunitario asertivo; 8. Programa de atención a las personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo; 9. Protocolo de traslado e internamiento involuntario; 10. Protocolo de actuación en Trastornos de la conducta alimentaria; 11. Protocolo de derivación a media y larga estancia.
Cantabria	11	1. Protocolo tratamiento trastornos de ansiedad; 2. Protocolo tratamiento trastornos bipolares (JANO); 3. Protocolo tratamiento TCA; 4. Protocolo Atención Primeros Episodios de Psicosis (PAFIP); 5. Protocolo Atención TMG; 6. Protocolo Atención Trastornos de Personalidad; 7. Protocolo de Atención al Maltrato; 8. Protocolo de medidas de contención física y química; 9. Protocolo de Terapia Electro-Convulsionante

		(TEC); 10. Protocolo de derivación de Media y Larga Estancia; 11. Protocolo actuación internamiento y tratamiento involuntario.
Castilla y León	10	1. Protocolo de atención a la Ansiedad en el anciano; 2. Protocolo de atención a la Depresión en el anciano; 3. Protocolo de atención al Deterioro Cognitivo; 4. Protocolo de atención a los Trastornos del Estado de Ánimo; 5. Protocolo de atención a los Trastornos de Ansiedad; 6. Protocolo de atención a los Trastornos por Somatización; 7. Protocolo de atención a los Trastornos Adaptativos; 8. Protocolo de atención ante signos de alerta Psicopatológica en la Adolescencia; 9. Protocolo para el manejo del Paciente Psicótico; 10. Protocolo de atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Castilla-La Mancha	10	Los protocolos de implantación regional y aplicación homogénea refieren aspectos organizativos o prácticas muy concretas (criterios de derivación, acceso a dispositivos, indicaciones de determinadas pruebas, establecimiento de programas y funcionamiento de dispositivos). Los protocolos clínicos, se elaboran, adaptan y aplican a nivel de área de Salud, por ejemplo: - En colaboración con Atención Primaria: 1. Trastornos Adaptativos; 2. Ansiedad y Depresión; 3. Detección precoz y derivación en infancia. - En la red de Salud Mental: 4. Trastorno Mental Grave (adultos e infantil); 5. Trastornos de la Conducta Alimentaria; 6. Trastorno Bipolar; 7. Dependencias por sustancia principal; 8. Patología Dual; 9. Psicoeducación; 10. Específicos de Interconsulta y enlace con determinados servicios hospitalario.
Cataluña	15	Trastorno bipolar; Trastorno límite de la personalidad; Salud Mental y VIH; Necesidades de salud mental en personas con discapacidad intelectual; Guía de práctica clínica para el tratamiento del consumo de cocaína; Protocolo de atención a psicosis incipiente; Protocolo consumo adolescentes; Protocolo de TCA en AP; Protocolo de salud mental infantil y juvenil; Programa del niño sano; Programa de soporte en salud mental a la atención primaria; Recomendaciones para la atención a los problemas de salud mental más frecuentes en la atención primaria de salud; Plan de servicios individualizados; Programa de atención específica a los trastornos mentales severos; Protocolo de actuación frente a la violencia de género; Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia.
Comunidad Valenciana	8	Protocolo Urgencias psiquiátricas; Protocolo contención mecánica en urgencias; Protocolo paciente agitado; Protocolo derivación de pacientes con TCA desde AP; Protocolo de actuación de pacientes ingresados en la UHP; Protocolo ingreso en UHP; Protocolo de actuación en Patología Dual; Protocolos de instauración de tratamientos farmacológicos; Protocolo TEC; Protocolo de fuga; Protocolo seguridad; Protocolo salidas y permisos.
Extremadura	9	Protocolo de atención a los trastornos de ansiedad; Protocolo de atención a los trastornos del estado de ánimo; Protocolo de Atención a la demanda no programada e intervención en crisis en EAP; Protocolo de atención y traslado urgente en pacientes con problemas de salud mental; Protocolo de detección y atención de problemas de salud mental en niños y adolescentes en AP; Protocolo de detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH en pediatría; Programa de trastornos mentales graves; Protocolo de coordinación y atención a los problemas de patología dual;

		Protocolo de coordinación de los equipos de salud mental y las consultas de deterioro cognitivo.
Galicia	3	Protocolo de aislamiento en UHP; Protocolo de contención mecánica; Protocolo de riesgo suicida; Protocolo alteración de conducta; Protocolo traslado involuntario; Protocolo paciente agitado; Protocolo paciente con depresión; Protocolo paciente con ideación suicida; Protocolo paciente con ansiedad.
Madrid (Comunidad de)	9	1. Contención mecánica; 2. Terapia electroconvulsiva; 3. Psicocirugía y Terapia magnética Transcraneal; 4. Terapias aversivas contra el alcohol; 5. Protocolo de atención en urgencias a los problemas de salud mental; 6. Proceso: Depresión y ansiedad (Incluye desde Atención Primaria a Hospitalización Breve); 7. Proceso: Primeros episodios psicóticos (Incluye desde Centro de Salud Mental de Distrito hasta Hospitalización Breve y Hospital de Día); 8. Proceso: Trastorno del comportamiento alimentario grave (derivación y tratamiento a los recursos específicos); 9. Procesos: Hospitalización en la Unidad de Adolescentes. Para todas las actividades terapéuticas y diagnósticas invasivas existen protocolos de Consentimiento Informado para el paciente.
Murcia (Región de)	2	Protocolo de Relajación.; Procesos de Unidades de Rehabilitación.
Navarra (Comunidad Foral)	0	-
País Vasco	N.C.	Los procesos asistenciales certificados disponen de protocolos clínicos como guía de sus diferentes subprocesos (intervención orgánico-psiquiátrica, intervención familiar, intervención de competencia psicosocial, intervención psicoterapéutica). Estos protocolos son de índole muy diversa y abarcan desde el protocolo de seguimiento para tratamientos con clozapina o litio a protocolos de intervención reglada como los programas de terapia integrada de la esquizofrenia. Estos procesos asistenciales certificados, evaluables y evaluados, son los procesos de rehabilitación extra e intrahospitalaria de los Hospitales de Álava, Bermeo, Zaldibar y Zamudio que constituyen el 100% de la red hospitalaria de Rehabilitación psicosocial intra- y extrahospitalaria en Álava y Bizkaia. El proceso singularizado esquizofrenia, mantiene como un indicador para todas los dispositivos del sector público que atienden a este diagnóstico (Unidades de corta y media estancia, unidades de Rehabilitación, CSM y estructuras intermedias) la utilización de una guía de práctica clínica en la atención a la esquizofrenia. En la evaluación del 2008, el 82% de los centros declaraba la vigencia de una guía dentro de su proceso asistencial (6 guías distintas).
La Rioja	0	-
Ceuta y Melilla	0	-
Total nacional	119	

Son 15 las Comunidades Autónomas que declaran haber implantado un total de más de 100 protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial. En la tabla 47 se detallan los principales protocolos que han sido realizados por algunas de las CCAA. No obstante hay que señalar que el objetivo específico 4.14 se refiere a protocolos de los “procesos de atención”, es decir, a los documentos que sustentan la *gestión clínica por procesos* y no a protocolos clínicos de actuación en situaciones concretas.

Conclusión Objetivo Específico 4.13: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener Objetivo: Es necesario evaluar el objetivo con mayor precisión.

Objetivo específico 4.15. “Elaborar, adaptar o adoptar, y posteriormente implantar, en el ámbito de las Comunidades Autónomas el uso de guías integradas de práctica clínica, de acuerdo a las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud”.

Tabla 48. Guías de práctica clínica implantadas.

Comunidades Autónomas	Núm.	Descripción
Andalucía	16	1. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.-Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión para la aplicación en la práctica clínica; 2. American Psychiatric Association. - Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia; 3. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders; 4-Clinical Guidelines for the treatment of Depressive Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry, 2001, 46, Supplement 1; 5.Canadian Psychiatric Association. -Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry, 2005; 6. Fountoulakis KN, Vieta E y osts.-Treatment Guidelines for Bipolar Disorders: a critical review. Journal of Affective Disorders, 2005, 86: 1-10; 7. Gunderson, J G. Trastornos Límites de la personalidad. Guía clínica. Edit. Ars Médica.Barcelona, 2002; 8. Mezzich JE, Berganza CE y osts.-Essentials of the World Psychiatric Association’s International Guidelines for Diagnostic assessment (IGDA). British Journal of Psychiatry,2003, 182, Supplement 45; 9. Mueser KT, Torrey WC y osts.-Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. Behavior Modification, 2003, 27, 3: 387-341; 10. National Institute for Clinical Excellence (NICE).-Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23, 2004; 11. National Institute for Clinical Excellence (NICE).-Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guidline 1, 2002; 12. Perona S, Cuevas C, Vallina O y Lemos S.-Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia.Guía clínica. Madrid, Minerva, 2003., 52,6: 771-779; 13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Bipolar Affective Disorder. A national clinical guideline. Mayo, 2005; 14. Scottish intercollegiate Guidelines Network. Psychosocial interventions in management of schizophrenia: a national clinical guideline. Edinburgh, SIGN, 1998; 15. Fornés Vives, J. y Carballal Balsa, M. C. (2001): Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Editorial Médica Panamericana.Madrid; 16. American Psychiatric Association. Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. Ars Médica, 2ª Edición. APA, 2001.
Aragón	0	-
Asturias (Principado de)	5	Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI); Demencia Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI); Ansiedad Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI); Depresión Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI); Alcoholismo Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI); Dolor crónico musculoesquelético.
Baleares (Islas)	0	-

Canarias	1	Guía de Práctica clínica de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
Cantabria	0	-
Castilla y León	4	Guía Básica de Funcionamiento del Hospital de Día Psiquiátrico; Guía Básica de Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica; Guía Básica de Funcionamiento del Centro de Rehabilitación Psicosocial; Guía de Apoyo para la Atención de los Trastornos Mentales en Atención Primaria.
Castilla-La Mancha	0	-
Cataluña	4	Esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente; Trastornos de la conducta alimentaria; Juego patológico y otras socioadicciones; Programa de mantenimiento con metadona.
Comunidad Valenciana	15	GPC para el abordaje de trastornos depresivos desde atención primaria; GPC para el abordaje de primeros episodios; Guía de Psicofármacos; GPC de Delirium Abordaje multidisciplinar de psicogeriatría Intervención patología dual grave; GPC de actuación integral en el paciente alcohólico grave; Guía de prevención del s. metabólico Atención integral de paciente oncológico GPC de actuación del paciente agitado Atención integral del paciente distímico GPC clínica de tratamiento de depresión refractaria GPC del paciente impulsivo Atención integral del TDAH Abordaje integral de TGD.
Extremadura	0	-
Galicia	3	GPC Alcoholismo; GPC Trastornos bipolares; GPC Esquizofrenia; GPC Depresión Mayor; GPC Depresión y Ansiedad en la Mujer; GPC de Cuidado de cuidadoras.
Madrid (Comunidad de)	2	Guía de Actuación de Atención Especializada: Violencia de Pareja hacia las mujeres. GPC para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria.
Murcia (Región de)	2	GPC de los Trastornos de la Conducta Alimentaria; GPC de los Trastornos Depresivos.
Navarra (Comunidad Foral)	0	-
País Vasco	0	-
La Rioja	0	-
Ceuta y Melilla	0	-
Total nacional	-	

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA

Todas las CCAA declaran haber desarrollado/adaptado Guías de Práctica Clínica para diversos trastornos o situaciones de riesgo si bien son sólo 8 las Comunidades Autónomas las que declaran haber implantado el uso de GPC de acuerdo a las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el SNS (GuíaSalud). A la vista de la información facilitada la mayoría de las GPC no cumplen criterios específicos de GuíaSalud. Los documentos desarrollados por agencias u organismos nacionales-internacionales **que se citan podrían ser valiosos y útiles pero las CCAA no aportan información suficiente para que puedan ser valorados.**

Indicador: Guías de práctica clínica con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS.

Desde la aprobación de la Estrategia en Salud Mental del SNS hasta el 11 de diciembre de 2008, un total de 43 guías de práctica clínica (GPC) han sido evaluadas atendiendo a criterios de calidad del SNS (proyecto GuíaSalud). De ellas, el 14,0% (6/43) correspondieron a Salud Mental. La mitad (3/6) de las GPC de Salud Mental evaluadas fueron finalmente incluidas en el catálogo de GuíaSalud al cumplir criterios de calidad del SNS. Éstas fueron:

- GPC de los trastornos de la alimentación.
- GPC sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto.
- GPC para el manejo de pacientes con trastornos de la ansiedad en atención primaria.

El Ministerio de Sanidad y Política Social, mediante convenios ha financiado la elaboración y desarrollo de nueve Guías de la Práctica Clínica dentro del Proyecto GuíaSalud entre 2006-2008. En 2006 (n=4), fueron dirigidas al manejo de la depresión, los trastornos de la ansiedad, los trastornos del comportamiento alimentario y la esquizofrenia. En 2007 (n=4), depresión en adolescentes, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad y trastorno mental grave. Finalmente, en 2008 una dirigida al trastorno bipolar.

Conclusión Objetivo 4. 15: Iniciado.

Recomendación: Mantener el objetivo.

Objetivo específico 4.16. “Las Comunidades Autónomas dispondrán de estrategias para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, siguiendo los criterios del uso racional del medicamento”.

Tabla 49. Estrategias para mejorar la farmacoterapia siguiendo criterios de uso racional del medicamento.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	No
Asturias (Principado de)	Sí	No
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	No
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	Sí
Total nacional	Sí (14)	Sí (13)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Indicador: Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos.

Antidepresivos	2006	2007	2008
Total Activos	20,22	21,11	21,90
Total Pensionistas	28,95	30,97	33,08
Total general	49,17	52,09	54,98

Fuente: MSPS.DGFPS

Indicador: Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos.

Antipsicóticos	2006	2007	2008
Total Activos	2,20	2,25	2,30
Total Pensionistas	6,37	6,74	7,06
Total general	8,57	8,99	9,36

Fuente: MSPS.DGFPS

Indicador: Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas.

Ansiolíticos	2006	2007	2008
Total Activos	21,63	22,30	23,06
Total Pensionistas	49,10	50,87	52,49
Total general	70,73	73,17	75,55

Fuente: MSPS.DGFPS

Durante el periodo de estudio los antidepresivos han aumentado 11.8%, los ansiolíticos 6.8% y los antipsicóticos han permanecido prácticamente estables con un incremento del 1%. En los tres grupos de fármacos los incrementos han sido más acusados entre los pensionistas, especialmente en antidepresivos, en donde alcanzan un aumento del 14%. Habría sido interesante obtener información por separado de Atención Primaria y Especializada y desagregada por sexos.

Son 13 las Comunidades Autónomas las que declaran tener incluido estrategias para aumentar la calidad farmacoterapéutica atendiendo a criterios del uso racional del medicamento (seguridad, efectividad, eficiencia, etc). Sin embargo, de éstas 11 son las que declaran haberlas desarrollado en su totalidad y otras dos comunidades han desarrollado intervenciones para lo mismo aunque no esté contemplado en su plan.

Medidas puestas en marcha: Desmedicalizar los problemas y conflictos habituales de la vida diaria, fomentar el uso racional del medicamento, defender la eficiencia en la prescripción y el uso de los genéricos también en psicofármacos y la reducción del gasto farmacéutico, son algunas de las Estrategias dirigidas a aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos.

Conclusión Objetivo Específico 4.16: Parcialmente conseguido

Recomendación: Mantener objetivo y mejora sistema de información

Conviene seguir insistiendo en la necesidad de garantizar la calidad de la prescripción terapéutica en general, y en las personas con trastornos mentales en particular, por lo que las comunidades que no han desarrollado estas medidas de actuación (o están en la actualidad realizándolas) continúen trabajando en la línea de este objetivo específico.

4.5 OBJETIVO GENERAL 5: IMPLANTAR PROCEDIMIENTOS DE CONTENCIÓN INVOLUNTARIA QUE GARANTICEN EL USO DE BUENAS PRÁCTICAS Y EL RESPETO DE LOS DERECHOS Y LA DIGNIDAD DE LOS Y LAS PACIENTES.

Objetivos específico 5.1. “Elaborar una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad del paciente”.

El Ministerio, mediante un contrato con la Universidad de Granada está elaborando criterios para el empleo de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica y en el traslado hasta el hospital. El primer informe, relativo al análisis de situación legislativo general y en las CCAA está ya finalizado, previendo terminar los criterios para finales del 2009.

Conclusión Objetivo Específico 5.1: Parcialmente conseguido.

Recomendación: mantener Objetivo.

Objetivos específico 5.2. “Definir o actualizar por las Comunidades Autónomas un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria.”

Un total de 14 Comunidades Autónomas declara tener incluido en su plan de salud como acción prioritaria la definición o actualización de protocolos de traslado y hospitalización involuntaria. Sin embargo, son prácticamente la totalidad de comunidades (16) las que declaran tener desarrollados protocolos de actuación en estas situaciones especiales. Ver tabla 50 página siguiente.

Conclusión Objetivo Específico 5.2: Parcialmente conseguido.

Recomendación: mantener Objetivo.

Objetivos específico 5.3. “Regular, por medio de protocolos, los procedimientos para la contención física, el tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico.”

Son 14 las Comunidades Autónomas que afirman haber incorporado en el plan de salud el establecimiento de protocolos para los procedimientos de contención física, tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico. Por otro lado, son 15 las que declaran tener desarrollados protocolos de actuación en estas situaciones. Ver tabla 51 página siguiente.

Conclusión Objetivo Específico 5.3: Parcialmente conseguido.

Recomendación: mantener Objetivo.

Objetivo General 5:

Medidas puestas en marcha: Las Comunidades han confeccionado Guías de Seguridad para la recogida, traslado y contención de pacientes psiquiátricos, y han actualizado convenios entre Atención Primaria y otras instituciones como Cruz Roja, el 112, administración de Justicia. Se han establecido protocolos para la actuación en casos abandono, contención mecánica y farmacológica en hospitales para evitar daños a sí mismos y a terceros.

Comentario: Puede afirmarse que la mayoría de comunidades tiene implantado o está desarrollando en la actualidad procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y las pacientes.

Conclusión Objetivo General 5: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener el objetivo general.

Tabla 50. Protocolos para el traslado y la hospitalización involuntaria.

Comunidades Autónomas	Incluido en el Plan de Salud	Realizado	Descripción
Andalucía	Sí	Sí	Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos. Servicio Andaluz de Salud.
Aragón	Sí	No	Protocolo de traslado involuntario de enfermos mentales.
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	Protocolo de atención urgente y traslado de personas con posible enfermedad mental.
Baleares (Islas)	Sí	Sí	Protocolo de actuaciones para la asistencia sanitaria involuntaria de los enfermos mentales.
Canarias	No	Sí	Protocolote de traslado e internamiento involuntario.
Cantabria	No	Sí	Protocolo de ingreso y tratamiento involuntario.
Castilla y León	Sí	Sí	Guía de Seguridad para la recogida, traslado y contención de pacientes psiquiátricos.
Castilla-La Mancha	Sí	Sí	Protocolo de actuación para el traslado sanitario involuntario de personas con trastorno mental.
Cataluña	Sí	Sí	Protocolo de actuación para la atención a las urgencias, los traslados y los ingresos involuntarios urgentes de personas con enfermedad mental. Difusión y aplicación del protocolo en todos los centros de salud y en los ayuntamientos. Elaboración consensuada de un procedimiento interno de actuación para los Mossos d'Esquadra. Realización de un curso de formación en la Escuela de Policía de Catalunya. Firma de un convenio de ratificación de dicho protocolo por las instituciones implicadas: Departamentos de Salud, Interior y Justicia de la Generalitat, Delegación del Gobierno, Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, Ayuntamiento de Barcelona, Asociación Catalana de Municipios y Comarcas y Federación de Municipios.
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	Protocolo de internamiento involuntario de Alicante, en proceso de extensión a toda la Comunidad.
Extremadura	Sí	Sí	Protocolo de atención y traslado a la Urgencia en Salud Mental en equipos de Atención Primaria. Actualización del convenio con Cruz Roja y 112, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Administración de Justicia y Servicio Extremeño de Salud.
Galicia	Sí	Sí	Acuerdo interinstitucional entre la Consellería de Sanidad, Justicia y Delegación del Gobierno.
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí	Procedimiento para el transporte sanitario involuntario en la Comunidad con la colaboración del Summa 112.
Murcia (Región de)	Sí	Sí	Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental.
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí	Creación de un Grupo Técnico de Trabajo para la realización de un Protocolo de Atención Integral en Emergencias y

			Traslados Urgentes en Salud Mental, en la Comunidad Foral de Navarra.
País Vasco	Sí	Sí	Protocolos de coordinación con Juzgados para el traslado y la secuencia de la hospitalización. Son de conocimiento común pero la coordinación aun no abarca a todos los territorios con la misma eficacia. Protocolo de coordinación (en curso).
La Rioja	Sí	Sí	-
Ceuta y Melilla	No	Sí	A petición de Instituciones Judiciales, Centro Penitenciario, Familiares, AP y/o USM, en colaboración con 061 y FOP.
Total nacional	Sí (15)	Sí (16)	2

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA

Tabla 51. Protocolos para contención física y el tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados.

Comunidades Autónomas	Incluido en el Plan de Salud	Realizado	Descripción
Andalucía	Sí	Sí	Protocolo de Contención Mecánica. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. 2005.
Aragón	Sí	No	Protocolos de contención mecánica.
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	Procedimientos escritos para desarrollar estas actuaciones en cada una de las unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
Baleares (Islas)	Sí	Sí	Protocolo de contención mecánica; Protocolo de actuaciones para la asistencia sanitaria involuntaria.
Canarias	No	Sí	Protocolo de contención mecánica.
Cantabria	No	Sí	Protocolo de medidas de contención física y química.
Castilla y León	Sí	Sí	1. Auditoría en el 100% de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica 2. Creación de dos grupos de focales con pacientes y familiares 3. Elaboración de una Guía de Seguridad para pacientes psiquiátricos.
Castilla-La Mancha	Sí	Sí	Protocolos de contención física disponibles y aplicados en todos los Hospitales, incluyendo las Unidades Hospitalización Psiquiátrica y en los vehículos de transporte sanitario de soporte vital básico. El Plan Estratégico de Seguridad del paciente incluye la elaboración e implantación de un protocolo único de contención física segura.
Cataluña	Sí	Sí	Guía del comité de Bioética de Cataluña: Ingreso no voluntario y práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y personas demenciadas.
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	Protocolización en todos los departamentos de salud: Protocolo Ingreso involuntario; Protocolo Contención física;

			Protocolo de Fuga; Protocolo Seguridad; Protocolo de demencias; Protocolo de deterioro cognitivo.
Extremadura	Sí	Sí	Protocolo de Contención Mecánica (actualización 2008). Se evaluará mediante indicador específico en contratos de gestión.
Galicia	Sí	No	Elaboración de Protocolo de contención de aplicación en todas las UHP.
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí	Protocolos de contención mecánica en todos los centros de hospitalización.
Murcia (Región de)	Sí	Sí	Protocolo de contención mecánica. En el Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental se recogen indicaciones sobre medidas restrictivas de la libertad.
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí	Protocolo médico de contención mecánica; Protocolo de enfermería de contención mecánica; Protocolo de solicitud de autorización judicial de ingreso involuntario.
País Vasco	Sí	Sí	Protocolos de sujeción mecánica visados por la correspondiente comisión de bioética. En Guipuzkoa existe la posibilidad de tratamientos ambulatorios involuntarios, ligada a un juzgado y a una interpretación jurídica concreta de legislación civil.
La Rioja	Sí	Sí	-
Ceuta y Melilla	No	Sí	Protocolo de contención farmacológica y mecánica.
Total nacional	Sí (15)	Sí (15)	2

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA

Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.

4.6 OBJETIVO GENERAL 6: PROMOVER LA COOPERACIÓN Y LA CORRESPONSABILIDAD DE TODOS LOS DEPARTAMENTOS Y AGENCIAS INVOLUCRADAS EN LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL.

Objetivo específico 6.1. “Implantar por las Comunidades Autónomas mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas”.

Tabla 52. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (16)	Sí (16)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Para promover la salud mental, prevenir la enfermedad mental y garantizar una atención integral a las personas con enfermedad mental, la mayoría de Comunidades Autónomas afirma tener incluido en su plan de salud la necesidad de implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional. Así, todas ellas declaran mantener espacios de coordinación y cooperación con servicios, departamentos y/o centros de las distintas instituciones (p.ej., Bienestar Social, Educación, Empleo, Justicia y Administración Pública, Instituciones Penitenciarias, Cultura, Defensor del Pueblo, etc.), asociaciones de pacientes y familiares, ONG, etc.

Medidas puestas en marcha: El establecimiento de estos mecanismos se lleva a cabo mediante la coordinación con centros como Bienestar Social, Educación, Empleo, departamentos como Justicia, Administración Pública, Cultura, Instituciones Penitenciarias, Servicios Sociales y Familia, Trabajo, Agencia Antidroga, Ayuntamientos, Agencias Tutelares. También minimizando la burocracia para facilitar la intercomunicación, creando canales de comunicación interprofesionales, facilitando el acceso a Miniresidencias, Centros Ocupacionales.

Conclusión Objetivo Específico 6.1: En vías de consecución.

Recomendación: Mantener el objetivo.

Objetivo específico 6.2. “Las Comunidades Autónomas establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia » en las personas con dependencia por enfermedad mental”.

Se expone en la tabla 53, un resumen de las intervenciones notificadas por las Comunidades Autónomas

Tabla 53. Resumen de intervenciones notificadas por las CC.AA.

Concepto			
¿Dónde está situada la valoración de la dependencia (Servicios sociales, sanidad, compartido)?	¿Están definidas e incluidas las valoraciones y características de las personas con problemas de salud mental?	¿Hay cálculo del número de personas valoradas o beneficiarias?	Logros alcanzados y oportunidades de mejora:
ANDALUCÍA			
Servicios Sociales Comunitarios	Parcialmente	No entre las deficiencias psíquicas por deficiencia mental y aquellas derivadas de un trastorno mental grave	LOGROS: La progresiva universalización de derechos sociales OPORTUNIDADES DE MEJORA : adecuar la oferta de servicios a las necesidades de las personas con TMG
ARAGÓN			
Servicios sociales.	Sí	No dispone del dato	OPORTUNIDADES DE MEJORA : Recoger específicamente a las personas con TMG
ASTURIAS			
Asuntos Sociales	Sí	-	-
CANARIAS			
Servicios sociales	No	No	OPORTUNIDADES DE MEJORA : Recoger específicamente a las personas con TMG
CANTABRIA			
Consejería de Empleo y Bienestar Social	Sí	-	-
CASTILLA Y LEON			
Servicios Sociales (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades)	No de forma específica	No	-

CASTILLA LA MANCHA			
Dirección General de la Consejería de Salud y Bienestar Social	Sí	No entre las deficiencias psíquicas por deficiencia mental y aquellas derivadas de un trastorno mental grave	LOGROS: Adaptación del procedimiento de evaluación OPORTUNIDADES DE MEJORA : Un informe específico del que dispondrá el equipo. Incrementar las prestaciones sociosanitarias
CATALUÑA			
Consejo director del programa ProdeP Presidencia: Consejera de Acción Social y Ciudadanía./ Vicepresidencia: Consejera de Salud	Sí	No entre las deficiencias psíquicas por deficiencia mental y aquellas derivadas de un trastorno mental grave	LOGROS: Los proyectos ProdeP como modelo de referencia OPORTUNIDADES DE MEJORA : La identificación e inclusión de las personas con enfermedad mental severa que actualmente no están en tratamiento
COM. VALENCIANA			
Conselleria de Bienestar social	Sí	-	-
EXTREMADURA			
Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), adscrito a la Consejería de Sanidad y Dependencia	Sí Existe un programa específico de salud mental	Sí	LOGRO: Financiación específica
MADRID			
Dirección General de Dependencia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales	Sí	No entre las deficiencias psíquicas por deficiencia mental y aquellas derivadas de un trastorno mental grave	LOGRO: Se ha creado un órgano de evaluación
MURCIA			
Servicios Sociales	Sí	No	-
NAVARRA			
AGENCIA NAVARRA PARA LA DEPENDENCIA (Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte)	No	No	Mejorar la valoración de los aspectos relacionados con salud mental.
PAIS VASCO			
Departamentos de Acción	No	No	-

Social de las Diputaciones Forales			
---------------------------------------	--	--	--

Catorce CCAA han proporcionado información sobre este objetivo, aunque predominan las CCAA en las que están definidas e incluidas las valoraciones y características de las personas con problemas de salud mental, aun es pronto para poder valorar los logros alcanzados.

Conclusión Objetivo 6.2: No iniciado.

Recomendación: Mantener el objetivo.

Objetivo específico 6.3. “Implantar por las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, mecanismos eficaces de coordinación asistencial dentro de cada estructura territorial sanitaria, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los trastornos mentales graves”.

Tabla 54. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (16)	Sí (16)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

La mayoría de Comunidades Autónomas afirma tener incluido en su plan de salud la necesidad de implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional. Así, todas ellas declaran mantener espacios de coordinación y cooperación con servicios, departamentos y/o centros de las distintas instituciones (p.ej., Bienestar Social, Educación, Empleo, Justicia y Administración Pública, Instituciones Penitenciarias, Cultura, Defensor del Pueblo, etc.), asociaciones de pacientes y familiares, ONG, etc.

Conclusión: Objetivo Especifico 6.3: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener el objetivo.

Indicador: Mapa de dispositivos de salud mental.

Uno de las prioridades establecidas a la hora de poder conocer aspectos relacionados con la organización que cada Comunidad Autónoma ha establecido para prestar atención a la salud mental y los recursos disponibles desplegados en cada ámbito territorial, fue recopilar la información existente al respecto.

Fruto de los trabajos realizados, con la colaboración tanto de la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS como de los representantes de CCAA del Comité de evaluación y seguimiento de la estrategia, se han confeccionado dos documentos:

1. Un informe descriptivo actualizado de la organización para la atención a la salud mental, al que se ha añadido un resumen de los diferentes tipos de dispositivos existentes, las funciones que desempeñan y su ubicación
2. Un directorio con los datos de localización de cada uno de ellos.

El documento descriptivo se presenta como anexo II al presente informe. El directorio será objeto de análisis posterior, con el objetivo de poder encuadrar a los diferentes tipos de dispositivos en diversas categorías que los agrupen y permitan visualizar mejor los recursos existentes en el Sistema Nacional de Salud según modalidades de atención.

Indicador: Tasa de psiquiatras por población.

Tabla 55. Tasa de psiquiatras (vinculados a hospitales) en España por 100.000 habitantes

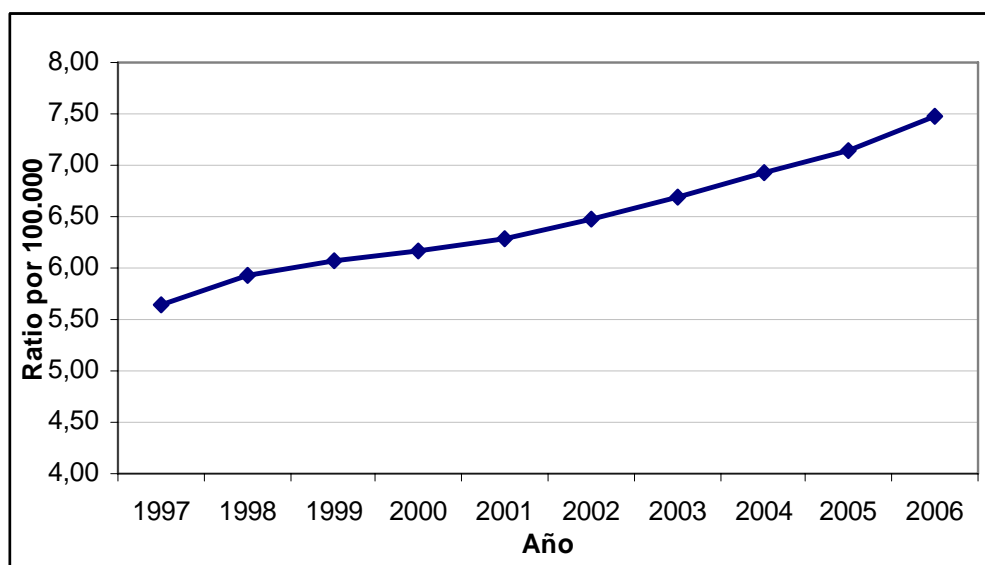
Comunidades Autónomas	SNS	No SNS	TOTAL
Andalucía	6,01	0,79	6,80
Aragón	8,22	1,42	9,64
Asturias (Principado de)	5,20	0,76	5,96
Baleares (Islas)	8,12	2,10	10,22
Canarias	5,68	0,71	6,39
Cantabria	6,07	1,61	7,68
Castilla y León	6,98	1,29	8,27
Castilla-La Mancha	6,86	0,52	7,39
Cataluña	5,97	4,69	10,66
Comunidad Valenciana	4,54	0,85	5,39
Extremadura	5,59	1,03	6,62
Galicia	6,47	1,25	7,72
Madrid (Comunidad de)	5,78	1,45	7,23
Murcia (Región de)	3,55	0,74	4,29
Navarra (Comunidad Foral)	2,53	2,70	5,24
País Vasco	4,49	1,89	6,37
La Rioja	6,59	-	6,59
Ceuta y Melilla	4,33	-	4,33
Total nacional	5,81	1,68	7,49

Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI). 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social

Hay que tener en cuenta que esta estadística incluye solamente a todos aquellos profesionales que están vinculados de alguna forma a un centro hospitalario. Por tanto, en este momento no están contabilizados profesionales que presten servicios en centros comunitarios que no se vinculen con un hospital, mermando la cifra total disponible. Dicha situación podrá ser solventada con la implantación de la nueva EESCRI, que contempla estas situaciones.

Desde un punto de vista evolutivo, en la figura adjunta puede apreciarse la tendencia de incremento en la tasa total de psiquiatras en España en la última década, pasando de 5,63 psiquiatras por 100.000 habitantes en 1997 a 7,49 en el año 2006.

Figura 12. Tasa de psiquiatras en España por 100.000 hab.



Fuente: EESCRI. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

En España, en el año 2006 se disponía de un total de 3.299 psiquiatras (equivalente a 7,5 psiquiatras por cada 100 mil habitantes). La tasa de psiquiatras por población se ha incrementado ligeramente en los últimos años si bien en España estas cifras se sitúan en niveles inferiores a los de la media de los países europeos de nuestro entorno (si bien hay que tener en cuenta lo comentado anteriormente respecto de los psiquiatras no ligados a hospitales).

Conclusión: Parcialmente conseguido. La proporción de psiquiatras en relación con la población general por sí mismo no es un indicador de la suficiencia o calidad de los recursos humanos en salud mental y menos cuando solamente incluye a los psiquiatras vinculados a hospitales. Esta cifra debe ser complementada con la de psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales de los equipos de salud mental y valorada en el contexto asistencial correspondiente.

Recomendación: Mantener el objetivo general debiendo modificar o actualizar los objetivos específicos, es decir, en relación a los recursos humanos disponibles en la red asistencial de salud mental, sería interesante considerar la proporción de psicólogos clínicos, enfermeras de salud mental y trabajadores sociales por población.

4.7 OBJETIVO GENERAL 7: POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TRASTORNOS MENTALES Y DE SUS FAMILIARES Y PROFESIONALES EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE SU COMUNIDAD AUTÓNOMA.

Objetivo específico 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”.

Tabla 56. Desarrollar estrategia de información dirigida a las personas con trastornos mentales y sus familiares.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	No
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	No
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	No	Sí

Total nacional	Sí (16)	Sí (15)
-----------------------	----------------	----------------

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Un total de 16 Comunidades Autónomas declara tener incluido en su plan de salud como acción prioritaria, desarrollar canales de información dirigidos a pacientes con trastornos mentales y a sus familiares., siendo 15 las que declaran haberlas llevado a cabo.

Medidas puestas en marcha: El desarrollo tecnológico se hace evidente y son ya varias las comunidades las que han desarrollado aplicaciones a través de página web corporativa para que las personas con enfermedad mental y sus familiares puedan acceder a la información sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios de salud mental y procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones. A su vez, en los diferentes centros sanitarios está disponible a disposición de los usuarios y familiares, la carta de derechos y deberes, así como los documentos para cursar sugerencias y reclamaciones.

Por otro lado, en los centros asistenciales se cuenta con unidades de atención al cliente donde pueden obtener información a través de catálogos y folletos informativos específicos de salud mental. También se realizan en algunos casos encuestas de satisfacción de los usuarios y usuarias periódicamente (2-3 años).

Conclusión Objetivo Específico 7.1: Parcialmente Conseguido

Recomendaciones: Mantener Objetivo

Objetivo específico 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”.

Tabla 57. Mecanismos y vías de participación de pacientes y familiares en todos los ámbitos de la salud mental.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (16)	Sí (14)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Son 16 las Comunidades Autónomas que afirman haber incluido en su plan de salud la necesidad de implantar mecanismos para la participación de pacientes con trastornos mentales y sus familiares, siendo 14 las que declaran haberlas llevado a cabo. Así, en numerosas Comunidades Autónomas se cuenta con algún órgano consultivo-asesor (p.ej.,

Consejo Asesor de Salud Mental) formado por profesionales del ámbito de la salud mental, pacientes, familiares y/o diversas asociaciones de usuarios y usuarias.

Medidas puestas en marcha: Se han creado movimientos asociativos de familiares y enfermos mentales, convenios de sensibilización social, eliminación de situaciones de desventaja, sistemas de medición de la satisfacción de los usuarios en los centros de rehabilitación comunitaria, participación de los familiares y de las sociedades científicas en la planificación y evaluación de servicios de salud mental, etc.

Conclusión Objetivo Específico 7.2: Parcialmente conseguido

Recomendaciones: Mantener Objetivos

Objetivo específico 7. 3. “Establecer por las Comunidades Autónomas los mecanismos y vías de participación de las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental en la planificación y evaluación de los servicios”.

Tabla 58. Mecanismos y vías de participación de las sociedades científicas y profesionales relacionadas con la salud mental.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (15)	Sí (14)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Al igual que en el objetivo específico anterior, 15 Comunidades Autónomas declaran haber incorporado en su plan de salud la necesidad de establecer mecanismos de participación con las sociedades científicas y profesionales relacionadas con la salud mental en

actividades de planificación sanitaria y evaluación de servicios. 14 de las CCAA las han realizado.

Medidas puestas en marcha: Se han realizado evaluaciones anuales de los servicios de Psiquiatría, se han creado consejos asesores de Salud Mental, Grupos de trabajo para la planificación y evaluación de los servicios, Reuniones de las oficinas regionales con las principales asociaciones y sociedades profesionales, etc.

Conclusión Objetivo Específico 7.3: Conseguido.

Recomendación: Mantener el objetivo.

Conclusión Objetivo General 7: Puede afirmarse que, en general, las distintas Comunidades Autónomas han trabajado en los últimos años en fomentar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público.

Línea Estratégica 4: Formación del personal sanitario.

4.8 OBJETIVO GENERAL 8: POTENCIAR LA FORMACIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO PARA ATENDER ADECUADAMENTE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN EN MATERIA DE SALUD MENTAL.

Objetivo específico 8.1. “Disponer en las Comunidades Autónomas de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de atención primaria, de salud mental y aquellos otros profesionales de atención especializada relacionados con la atención a las personas con trastornos mentales, en el marco del modelo de atención biopsicocial”.

Tabla 59. Actividades formativas acreditadas según tipo de profesional.

Tipo de Profesional	Nº actividades	Créditos	Asistentes
Psiquiatría	26	141	617
Medicina de Atención Primaria	21	43	443
Psicología	13	90	395
Enfermería	30	139	767
Trabajo Social	3	10	39
Terapia Ocupacional	6	15	140
Otros	22	53	494
Equipos	126	569	3848

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

En el apartado de actividades acreditadas incluidas o no en planes de formación continuada, mencionar que la mayor parte de estas actividades de formación iba dirigida a equipos multidisciplinares (n=81) con 2.914 asistentes seguida de las actividades dirigidas a médicos psiquiatras (n=17) con 441 asistentes.

Por otro lado, en actividades de formación no acreditadas estas iban principalmente dirigidas a equipos multidisciplinares, seguidos de los profesionales de medicina de atención primaria y enfermería.

Tabla 60. Actividades formativas no acreditadas según tipo de profesional.

Tipo de Profesional	Nº actividades	Horas	Asistentes
Psiquiatría	33	741	743
Medicina de Atención Primaria	33	303	518
Psicología	16	730	481
Enfermería	37	871	1113
Trabajo Social	30	712	629
Terapia Ocupacional	3	126	50
Otros	13	201,5	233
Equipos	122	2590	3041

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Medidas puestas en marcha: Con el objetivo de disponer de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de Atención Primaria, de Salud Mental y aquellos otros profesionales de Atención Especializada relacionados con la atención a las personas con trastornos mentales, en el marco del modelo de Atención Biopsicosocial, se promueven toda una serie de cursos de Actualización en Psicofarmacología, Actuación en Catástrofes y Emergencias, Talleres, Nuevas Terapias, Necesidades Emergentes en Salud Mental.

Comentario: Puede afirmarse que, en general, las Comunidades Autónomas han potenciado la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población con trastornos mentales.

Conclusión: Objetivo Específico 8.1: Conseguido.

Recomendación: Mantener el objetivo.

Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental.

4.9 OBJETIVO GENERAL 9: POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.

Objetivo específico 9.1. “El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental”.

Tabla 61. Inclusión de líneas prioritarias en las convocatorias de las CCAA.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	No
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (14)	Sí (12)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

El MSPS ha incluido como línea prioritaria la investigación en Salud Mental, en 2006, 2007 y 2008 en las convocatorias FIS y en las de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Son 13 las Comunidades Autónomas que afirman haber incorporado líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental en sus planes de salud, mientras que 12 declaran haberlas finalmente incluido entre las líneas prioritarias de las convocatorias de ayudas a proyectos.

Indicador: Proyectos de investigación a través de convocatorias del Instituto de Salud Carlos III.

Tabla 62. Proyectos de investigación* en Salud Mental durante el período 2006-2008.

Año	Solicitados	Financiados	Denegados	% Financiados/ Solicitados
2006	63	24	39	38,1
2007	61	24	37	39,3
2008	83	30	53	36,1
Totales	207	78	129	37,7

*Incluye: proyectos de investigación (FIS) y estudios sobre evaluación de tecnologías sanitarias e investigación en servicios de salud (ETeS).

Fuente: Fondo de Investigaciones Sanitarias, 2009. Instituto de Salud Carlos III.

En el período 2006-2008, a través de las convocatorias de ayudas a la realización de proyectos de investigación del *Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Plan Nacional de I+D+i 2004-2007*, desde el año 2008 conocido con el nombre de *Acción Estratégica en Salud del Plan Nacional de I+D+i 2008-2011*, que convoca anualmente el Instituto de Salud Carlos III, el número de proyectos financiados públicamente relacionados con Salud Mental ha sido de 78.

Indicador: Proyectos de investigación financiados a través de convocatorias de las Comunidades Autónomas.

Tabla 63. Proyectos de investigación en Salud Mental financiados por las CCAA (2007-2008)

Comunidades Autónomas	2007	2008
Andalucía	12	5
Aragón	0	0
Asturias (Principado de)	2	2
Baleares (Islas)	2	2
Canarias	0	0
Cantabria	2	1
Castilla y León	3	8
Castilla-La Mancha	4	2
Cataluña	4	3
Comunidad Valenciana	1	5
Extremadura	2	2
Galicia	0	0
Madrid (Comunidad de)	0	0
Murcia (Región de)	0	2
Navarra (Comunidad Foral)	0	0
País Vasco	5	2
La Rioja	0	0
Ceuta y Melilla	0	0
Total nacional	37	34

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Por otro lado, las Comunidades Autónomas declaran haber financiado a través de convocatorias de ayudas propias para la realización de proyectos de investigación en el área temática de salud mental un total de 71 proyectos durante el período 2007-2008.

Objetivo específico 9.2. “Las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Política Social, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental”.

Tabla 64 Puesta en marcha de medidas que potencien la creación de redes de investigación.

Comunidades Autónomas	Incluidas en el Plan de Salud	Realizadas
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	No
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	No
Castilla-La Mancha	Sí	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	No	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla	No	No
Total nacional	Sí (11)	Sí (12)

Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las CCAA.

Sobre el total de Comunidades Autónomas, son 11 (61,1%) las que declaran tener incluido en los planes de salud mental la puesta en marcha de medidas que potencien la creación de grupos y redes de centros de investigación acreditados en salud mental mientras que fueron 12 (66,7%) las que afirman haber desarrollado acciones en relación a este objetivo específico.

Indicador: Red de investigación en Salud Mental (existencia de la misma).

En febrero de 2008 (BOE número 48) se publicó la Resolución de 23 de enero de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, del Convenio para la creación del Consorcio CIBER (Centro de Investigación Biomédica en Red) para el área temática de salud mental, entre el Instituto de Salud Carlos III, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, determinados centros de investigación de las CCAA y otros centros. De este modo, se estableció que el CIBER de Salud Mental (CIBERSAM) desarrollará actividades de investigación (básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud) relacionadas con:

- Epidemiología y clínica de los trastornos psicóticos. Psicopatología. Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Trastornos afectivos: Diagnóstico epidemiología y tratamiento.
- Aspectos clínico-epidemiológicos de los trastornos de la personalidad.
- Epidemiología y clínica de los trastornos conductuales y emocionales.
- Trastornos psicóticos: bases genéticas, celulares y moleculares.
- Trastornos afectivos: bases moleculares, genéticas y farmacológicas.
- Modelos animales y celulares para el estudio de enfermedades neurológicas y psiquiátricas.
- Detección precoz, adherencia y respuesta al tratamiento y evaluación de procesos asistenciales.
- Salud mental infanto-juvenil.
- Aspectos sociales relacionados con la Salud Mental.

El CIBERSAM está formado por 25 grupos de investigación clínica y básica pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas. Integra un equipo humano de cerca de 300 personas, con una plantilla de 70 profesionales contratados a lo largo del año 2008, siendo el resto de miembros de los grupos personal adscrito, que investigan principalmente en trastornos mentales.

Medidas puestas en marcha: Consisten en su mayoría en la creación de Proyectos para el Seguimiento de los avances, de las Nuevas Evidencias en Investigación. Inclusión de Actividades Docentes y Formación Investigadora, Impulsar la introducción de Metodologías de Investigación sensibles al Género y la Diversidad Sociocultural, Estudios sobre la Eficacia, y Creación de Unidades de Investigación.

De acuerdo a los resultados presentados en el objetivo general 9, puede afirmarse que tanto desde el Ministerio de Sanidad y Política Social como desde las Comunidades Autónomas se ha promovido la puesta en marcha de medidas que potencien la investigación en Salud Mental, ya sea a través de las convocatorias de ayudas a proyectos o con la creación de estructuras de investigación en red.

Conclusión: Objetivo General 9: Conseguido.

Recomendación: Mantener el objetivo general pudiendo modificar o actualizar los objetivos específicos.

Línea Estratégica 6: Sistemas de información.

4.10. OBJETIVO GENERAL 10: MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN PRESTADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Objetivo específico 10.1. “Obtener información acerca del nivel de salud mental general de la población”.

En la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2006) se introdujeron instrumentos validados (p.ej., GHQ-12, SDQ) que han permitido la medición del nivel de salud mental en población adulta y en población infantil.

- GHQ-12 o cuestionario de salud general de Golberg en su versión de 12 preguntas, es un instrumento que permite hacer un cribado poblacional detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico en la población, explorando su estado habitual durante el último mes respecto al estado habitual de la persona.

- SDQ o cuestionario de capacidades y dificultades, tiene por objetivo investigar los problemas de conducta y emocionales de los niños entre 4 y 16 años.

Conclusión: Objetivo Específico 10.1: Conseguido.

Objetivo específico 10.2. “Disponer, a nivel del SNS, de información sobre las principales causas de morbilidad atendida”.

Se dispone de información sobre morbilidad atendida en pacientes ingresados.

No se dispone todavía de información homogénea sobre morbilidad atendida ambulatoria.

Conclusión: Objetivo Específico 10.2: Parcialmente conseguido .

Objetivo específico 10.3. “Disponer, a nivel del SNS, de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos específicos dedicados a la atención de la salud mental”.

Este objetivo ha sido abordado a través de la recogida de información de los diferentes dispositivos existentes por parte del Instituto de Información Sanitaria, que elaboró un informe que se ha

utilizado para construir el indicador “Mapa de dispositivos de salud mental” que evalúa el objetivo general 6 correspondiente a la línea estratégica 3 “Coordinación intrainstitucional e inter-institucional”.

Conclusión Objetivo Específico 10.3: Conseguido.

Conclusiones Objetivo General 10: Desde la aprobación de la Estrategia se han producido algunas mejoras en el conocimiento sobre la salud mental de la población si bien parece necesario insistir y seguir aunando esfuerzos en el desarrollo de sistemas de información que nos permitan disponer de datos sobre las principales causas de morbilidad atendida para mejorar la prestación de servicios a la población, en general, y las personas con trastornos mentales, en particular.

5. CONCLUSIONES

La presente evaluación ha servido por un lado para que todas las CCAA aúnen y unifiquen sus esfuerzos e intervenciones, asimismo, para disponer de unos datos que pueden utilizarse como línea base de las futuras evaluaciones.

Se propone que las CCAA y el MSPS adecuen sus sistemas de información para poder evaluar la estrategia, sobre todo en lo que corresponde a morbilidad atendida, datos de farmacia, y dispositivos de salud mental.

Se proponen nuevos indicadores que midan los recursos humanos del modelo comunitario: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras en salud mental, trabajadores sociales.

Se propone que las próximas evaluaciones se realicen cada 4 años.

Se propone crear grupos de trabajo en las líneas prioritarias que el Comité de Seguimiento y Evaluación establezca.

ANEXO I. ACTUACIONES DE APOYO DEL MINISTERIO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA:

- **PROYECTOS FINANCIADOS A LAS CC.AA. EN 2006/2007/2008**
- **PROYECTOS FINANCIADOS A ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EN 2007/ 2008**
- **RELACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA FINANCIADAS EN 2006/ 2007/2008**

Proyectos financiados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a las Comunidades Autónomas mediante Fondos de Cohesión en el año 2006

Madrid

Elaboración de una Guía sobre “recomendaciones sobre dificultades legales en la práctica psiquiátrica”, para los profesionales de Salud Mental.

Elaboración de una Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje del Trastorno Límite de Personalidad, para los profesionales de Salud Mental.

Elaborar el proceso de gestión de los primeros brotes en Esquizofrenia.

Elaborar el proyecto de obra de una residencia sanitaria para enfermos mentales graves y crónicos.

Murcia

Elaborar, utilizando la metodología mixta de adaptación-elaboración-actualización, desarrollada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, la Guía de Práctica Clínica de anorexia-bulimia.

Comunidad Valenciana

Campaña de comunicación y sensibilización para evitar la estigmatización de las personas con trastornos mentales a profesionales.

Elaboración Guía de Práctica Clínica.

La Rioja

Establecer un proceso asistencial desde la Atención Primaria hasta los servicios especializados de Salud Mental con planes terapéuticos desde el diagnóstico hasta el alta con continuidad de cuidados.

Andalucía

Diseño de un portal en Internet de apoyo a las actividades diseñadas por el Grupo Director de Gestión del Conocimiento del Programa de Salud Mental.

Creación de un grupo director, que utilizando una estrategia de formación de formadores, potencie los conocimientos y la viabilidad de procedimientos en las Unidades de Gestión clínica de Salud Mental.

Selección de guías de práctica clínica, en relación a los Procesos Asistenciales Integrados: ansiedad-depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno mental grave.

Caracterizar el estigma y la discriminación social, como fuente de información para el diseño de mensajes de sensibilización.

Diseñar diferentes recursos para la sensibilización social.

Diseñar una web de recursos para la disminución del estigma.

Llevar a cabo una estrategia específica con los medios de comunicación. Celebración de una Jornada Salud Mental y Medios de Comunicación.

Castilla-La Mancha

Definir los siguientes procesos de atención en salud mental: infanto-juvenil, el adulto y de atención a la drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Elaboración de los subprocesos que se detallan en la siguiente tabla, en soporte papel y electrónico, dirigido a profesionales y pacientes.

Definir estrategias de difusión e implementación de los procesos de atención y subprocesos definidos.

Elaboración de protocolos en Salud Mental con metodología de definición e implantación de procesos asistenciales.

Castilla-León

Mejorar la continuidad de cuidados en los procesos de gestión de enfermedades.

Reducir las recaídas en pacientes que han realizado tentativas de suicidio.

Cataluña

Implantación del Proyecto Europeo contra la Depresión (European Alliance Against Depression. EAAD) en los territorios de Osona, Bages, Berguedà y Anoia.

Elaboración- Implantación de Guías de Práctica Clínica: Trastorno Límite de la Personalidad y Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Establecer un modelo de cuidados integral para la población con TMGP, con sistemas de gestión cooperativos entre servicios sociales, servicios de atención primaria de salud y servicios especializados. El modelo que se propone es el previsto en el Plan Director de Salud Mental y adicciones del Departamento de Salud.

Sensibilizar a la población juvenil, alumnado de 4º de ESO, sobre las consecuencias de la estigmatización de las enfermedades mentales. Ofrecer conocimientos sobre las enfermedades mentales al alumnado de 4º de ESO para disminuir la estigmatización. Ofrecer formación y material video-documental a los profesionales de la salud y a profesorado para su participación como agentes activos de prevención en salud mental.

Elaborar una Guía de Práctica Clínica (especialmente la depresión y los trastornos de ansiedad).

Programa formativo para la promoción de la salud mental infantil y juvenil desde pediatría: La importancia del Programa de Seguimiento del Niño Sano y de su Protocolo de Salud Mental.

Extremadura

Campana de comunicación y sensibilización para evitar la estigmatización.

Proyectos financiados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a las Comunidades Autónomas mediante Fondos de Cohesión en el año 2007

Nº total de proyectos: 17.

Presupuesto total: 1.186.400 €

Andalucía

Responsable: Gonzalo Fernández Regidor

“PROYECTO DE COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE ESTIGMATIZACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL 2007”

Continuar trabajando en las acciones diseñadas en el 2006 llevando a cabo una amplia difusión de las mismas, y poner en marcha y seguir ampliando el sitio Web, así como contemplar la posibilidad de dirigirse a nuevos públicos, y trabajar en la edición y difusión del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

Responsable: Ana María Ruiz García

“GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL COMO ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA”

Potenciar y apoyar la mejora de la efectividad clínica en la atención a la Salud Mental, dentro del marco de la Gestión por Procesos y de la política de calidad de la Consejería de Salud de Andalucía, facilitando la incorporación de la evidencia científica a la práctica clínica diaria en beneficio de las personas que padecen un trastorno mental.

“REVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS SECUNDARIOS AL USO INADECUADO DE BENZODIAZEPINAS Y NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS”

Financiado por la Estrategia de Seguridad del Paciente.

Aragón

Responsable: Asunción Cisneros Izquierdo

“PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO PARA EQUIPOS DE SALUD MENTAL”

Sensibilizar a los equipos de Salud Mental con el objetivo de asumir más competencias en la atención de las mujeres víctimas de violencia de género.

Proporcionar atención psicosocial integral a las mujeres maltratadas desde la perspectiva de género remitidas por los servicios de atención primaria y especializada.

Proporcionar instrumentos que faciliten la intervención psicosocial con mujeres/ familias que sufren violencia, tanto a nivel individual como grupal.

Asturias

Responsable: Begoña Martínez Argüelles

“PROGRAMAS CLAVE DE ATENCION INTERDISCIPLINAR”

Realizar una guía organizativa que dé soporte a las recomendaciones clínicas realizadas bajo la estructura de Procesos

Clave de Atención Interdisciplinar; Conseguir que aquellos aspectos clave detectados en las recomendaciones clínicas tengan una implantación eficaz y efectiva dentro de las estructuras asistenciales del Principado de Asturias; Evaluar la implantación de los PCAIs y su efecto sobre indicadores de salud de la población.

Canarias

Responsable: Antonio Sánchez Padilla

“RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Facilitar, homogeneizar y mejorar la actuación de los médicos de familia de Atención Primaria en el abordaje de los trastornos de salud mental más prevalentes en la consulta.

Castilla y León

Responsable: Jose Manuel Martínez Rodríguez

“PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. AREAS DE SALUD DE VALLADOLID”

Dar continuidad al Programa de prevención de reincidencias en pacientes que han realizado previamente tentativas de suicidio implantado en el Área de Salud de Valladolid Este y extenderlo al Área de Salud de Valladolid Oeste.

Castilla-La Mancha

Responsable: Jose Antonio Contreras Nieves

“ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD GRAVE Y CRÓNICA EN RESIDENCIA SOCIOSANITARIA DEL ÁREA DE ALBACETE”

Ofrecer alojamiento y atención residencial a 15 personas que, reuniendo las características definidas en el perfil y por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda, necesitan un apoyo constante e indefinido; Mejorar o mantener, en la medida de lo posible, la capacidad funcional mediante técnicas asistenciales y rehabilitadoras; Mejorar la calidad de vida de las personas derivadas al recurso residencial.

Cataluña

Responsable: Mercè Mercader y Sra. Cristina Molina

“Implantación del Proyecto Europeo contra la Depresión (European Alliance Against depresión EAAD) en el municipio de Sabadell”

Disminuir la mortalidad por suicidio y las tentativas de suicidio; Implementar estrategias preventivas de la depresión y las conductas suicidas orientadas a los medios de comunicación y al público en general; Aumentar la sensibilización y formación de los profesionales de atención primaria respecto a la depresión y las tentativas de suicidio; Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, especialmente en la atención a las personas con intento de suicidio previo.

Responsable: Joan Colom i Farran

“Implementing Mental Health Promotion (IMHPA)”

Posibilitar el encuentro de profesionales y grupos de trabajo en prevención y promoción de la salud mental a fin de debatir sobre las estrategias más eficaces para hacer efectivas en cada Estado Miembro de la UE las recomendaciones en prevención y promoción de la salud mental de organizaciones europeas como la CE o la OMS; Posibilitar la difusión de la información derivada de este encuentro a los diferentes agentes implicados en la prevención y promoción de la salud mental (profesionales de la salud, la educación, la política, entre otros) por medio de documentos específicos; Dar apoyo a los Estados Miembros Europeos, la Comisión Europea y la OMS para incrementar la visibilidad de la salud mental como un elemento central en el desarrollo europea y dar soporte a la futura estrategia en salud mental de la Comisión Europea.

Responsable: Paz Flores Martínez y Cristina Molina

“La línea de investigación de EMILIA es explorar la Formación Continuada como proceso de capacitación de usuarios de servicios de salud mental”

1. Formación continua: Promocionar la capacitación de los usuarios de salud mental a través de la participación en programas de formación. Evaluar los aspectos concretos de la capacitación que faciliten la inclusión social y laboral. Crear organizaciones de formación vinculadas a la Inclusión social y laboral o usuarios de la red de salud mental.
2. Inclusión social y laboral. Estudio cualitativo y cuantitativo de la exclusión social y laboral como del estigma con relación a la enfermedad mental. Repercusión de estos aspectos en la calidad de vida.

Extremadura

Responsable: Miguel Simón Expósito

“CAMPAÑA DE DESESTIGMATIZACIÓN”

Evaluación de la campaña de desestigmatización realizada durante 2006 y rediseño de una nueva campaña en base a los resultados de la evaluación.

“PRESENTACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SNS Y DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA”

Organización y realización de dos jornadas de presentación y difusión.

La Rioja

“Implantación del Proceso asistencial a las personas con Trastorno Mental Severo en la Comunidad Autónoma de La Rioja”

Implantar un proceso asistencial que establezca de una manera homogénea las normas y criterios para la organización de la atención a las personas con Trastorno mental severo en Área de Salud de La Rioja, del SERIS.

Madrid

Responsable: Miguel Angel ORTEGA ESTÉBAN

“FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD”

Mejorar la eficacia de la promoción, detección precoz y psicoeducación de trastornos de personalidad a través de actividades formativas en Atención Primaria; Diseño y edición de guías informativas para profesionales.

“PROMOCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y PSICOEDUCACIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD”

Mejorar la eficacia de la promoción, detección precoz y psicoeducación de trastornos de personalidad a través de actividades formativas, divulgativas y psicoeducativas con pacientes y familiares; Elaboración de página web abierta al público general con información práctica para afectados y familiares; Diseño y edición de guías informativas para profesionales, afectados y familiares y población general.

“GUÍA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE EFECTOS ADVERSOS METABÓLICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES”

Desarrollar una guía clínica para la detección precoz de alteraciones metabólicas secundarias a medicación antipsicótica y comprobar el beneficio/coste de la aplicación de las guías clínicas en función de los datos disponibles de tratamiento habitual en nuestro medio; Ampliar los escasos datos existentes acerca de los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos en la población infantil y adolescente analizando la influencia de diversos factores clínicos y sociodemográficos, así como de los antecedentes personales y familiares en su aparición y describiendo las diferencias entre los distintos fármacos así como la influencia de la polimedicación en la génesis de los efectos secundarios; Aplicar la guía clínica para la prevención de efectos adversos de los fármacos antipsicóticos en niños y adolescentes y valorar su utilidad clínica.

Comunidad Valenciana

Responsable: Juan José Moreno Murcia

“ACTUACIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA”

Desarrollo de actividades encaminadas a fortalecer el movimiento asociativo en salud mental; acciones destinadas a la promoción, sensibilización y erradicación del estigma de personas que padecen enfermedades mentales; acciones de tipo psicoeducativo que fomenten la promoción en Salud Mental en la población infanto-juvenil, prevención de la depresión, del suicidio, así como actividades de apoyo a cuidadores informales y fomento de actitudes contrarias al estigma en Salud Mental.

Proyectos financiados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a las Comunidades Autónomas mediante Fondos de Cohesión en el año 2008

Nº total de proyectos: 20.

Presupuesto total: 1.342.336 €

Andalucía

Responsable: Gonzalo Fernández Regidor

“PROYECTO DE COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE ESTIGMATIZACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL 2008”

Continuar trabajando en la elaboración de recursos destinados a la sensibilización de la población y los agentes sociales que, por su actividad profesional, puedan intervenir en la disminución del estigma que padecen las personas con enfermedad mental, y en el diseño de nuevas acciones dirigidas a nuevos públicos para sensibilizar sobre la enfermedad mental y la importancia de la disminución del estigma de las personas que la padecen.

Responsable: Ana María Ruiz García

“GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL COMO ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)”

Potenciar y apoyar la mejora de la efectividad clínica en la atención a la Salud Mental, dentro del marco de la Gestión por Procesos y de la política de calidad de la Consejería de Salud de Andalucía, facilitando la incorporación de la evidencia científica a la práctica clínica diaria en beneficio de las personas que padecen un trastorno mental.

Responsable: Antonio Pons Tubío

“TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA”

Describir los recursos de titularidad, o financiación, pública en cuanto a: estructura organizativa, cobertura espacial, recursos humanos y capacidad de dedicación a niños con TEA de 3 a 6 años en relación a su número estimado y el grado de implantación y la variabilidad de los programas de intervención psicoeducativa en dichos centros. Catalogar los distintos tipos de intervenciones psicoeducativas que se aplican de acuerdo al grado de evidencia de su efectividad según la literatura científica.

Aragón

Responsable: María José Amorío Calzada

“GESTIÓN AUTOMATIZADA DEL SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, CÁNCER, SALUD MENTAL, VIOLENCIA DE GÉNERO, CUIDADOS PALIATIVOS E ICTUS PARA LA MEJORA DE LOS TIEMPOS DE INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA SOBRE UN APLICATIVO CORPORATIVO ÚNICO DE GESTIÓN DE PACIENTES ÍTERNIVELES ASISTENCIALES”

Asturias

Responsable: José Ramón Riera Velasco

“IMPLANTACIÓN DE LOS PROGRAMAS CLAVE DE ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR (PCAI): EQUIPOS DE PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS DEL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA”(conjuntamente con Cáncer, Cardiopatía, Diabetes e Ictus)

Formación en líneas específicas. Plan de difusión. Evaluar implantación de los PCAIs.

Baleares

Responsable: Joan Salvá Coll

“PROGRAMA MULTICENTRICO COMUNITARIO CONTRA LA DEPRESIÓN Y EL SUICIDIO”

Pretende:

Reducir las tasas de conductas suicidas y los intentos de suicidio en la comunidad autónoma.

Mejorar el diagnóstico y los tratamientos de la depresión mediante un programa de intervención comunitario a distintos niveles (médicos de familia, campaña de información pública en medios de comunicación, formación de profesionales no sanitarios y atención específica a grupos de riesgo).

Cuantificar las diferentes variables relacionadas con los trastornos depresivos, consumo de fármacos, número de suicidios y tentativas suicidas en las Islas Baleares desde 1990 hasta la actualidad.

Canarias

Responsable: Ana Mateos Granados

“IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN: EL REGISTRO CASOS PSIQUIÁTRICOS EN LANZAROTE, FUERTEVENTURA Y LA PALMA”

Disponer de información de las áreas de Lanzarote, Fuerteventura y La Palma sobre: las principales causas de morbilidad atendida y los dispositivos y los recursos específicos dedicados a la Salud.

Responsable: José Gilberto Moreno García

“AULAS DE SALUD” (conjuntamente con las estrategias de Diabetes, Cardiopatía Isquémica y Cáncer)

Elaboración e implantación de guías de Práctica Clínica, siguiendo la metodología específica (Guía-Salud) en las áreas de salud cardiovascular, prevención del cáncer y salud mental.

Castilla y León

Responsable: Jose Manuel Martínez Rodríguez

“PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. ÁREA DE SALUD DE VALLADOLID ESTE”

Dar continuidad al Programa de prevención de recaídas en pacientes que han realizado previamente tentativas de suicidio implantado en el Área de Salud de Valladolid Este.

Responsable: Carmen Fernández Alonso

“ESTUDIO E IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN QUE FACILITEN MANTENER LA CONTINUIDAD LONGITUDINALMENTE (A LO LARGO DE TODO EL PROCESO ASISTENCIAL) Y TRANSVERSALMENTE (ENTRE LOS DISPOSITIVOS E INSTITUCIONES) IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA DE ZAMORA, QUE NECESITEN SOPORTE RESIDENCIAL”

Castilla La Mancha

Responsable : Jose Antonio Contreras Nieves

“ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD GRAVE Y CRÓNICA EN RESIDENCIA SOCIOSANITARIA DEL ÁREA DE ALBACETE”

Ofrecer alojamiento y atención residencial a 15 personas que, reuniendo las características definidas en el perfil y por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda, necesitan un apoyo constante e indefinido; Mejorar o mantener, en la medida de lo posible, la capacidad funcional mediante técnicas asistenciales y rehabilitadoras; Mejorar la calidad de vida de las personas derivadas al recurso residencial.

Cataluña

Responsable: Mercè Mercader Menéndez

“IMPLANTACIÓN DE LOS PLANES DIRECTORES Y DE REORDENACIÓN DE SERVICIOS. METODOLOGÍA PARA LA IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS PRIORIZADOS” (PROYECTO “MISAPP”) (conjuntamente con las estrategias de Cáncer, Diabetes y Paliativos)

Aplicar metodología común para el desarrollo de proyectos derivados de los Planes Directores y de Ordenación, asegurando factibilidad económica y organizativa. Identificar factores críticos para aplicar proyectos en el territorio. Dar apoyo estratégico y operativo para el desarrollo de los proyectos priorizados.

Responsable: Jorge Tizón García / Cristina Molina

“PROGRAMA FORMATIVO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL DESDE PEDIATRÍA: LA IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL NIÑO SANO Y DE SU PROTOCOLO DE SALUD MENTAL”

Aumentar las capacidades de promoción de la salud mental de la infancia y de prevención de los problemas psicopatológicos en esas edades, siguiendo las directrices aprobadas por el Consejo de Ministros de Salud de la Unión Europea y el Plan Director de Salud Mental de la Generalitat de Cataluña.

Responsable: Mercè Mercader Menéndez y Cristina Molina

“IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO EUROPEO CONTRA LA DEPRESIÓN” (European Alliance Against Depresión, EDAD)

Desarrollar, implementar y evaluar, en Sabadell y su área de referencia las intervenciones definidas por el proyecto europeo.

Responsable: Paz Flores Martínez

“PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO EMILIA PARA REDUCIR LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD GRAVE A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA”

Promoción de al capacitación de los usuarios de salud mental. Estudio cualitativo y cuantitativo de la exclusión social y laboral.

Extremadura

Responsable: Miguel Simón Expósito

“MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SOMETIDAS AL CÓDIGO PENAL Y A LA LEY DEL MENOR”

Coordinar los sistemas sanitario, social, judicial y penitenciario para la atención a los trastornos mentales sujetos al Código Penal.

Conocer la situación y las necesidades.

Apoyo a la implementación del “Programa Marco para la Atención a los Enfermos Mentales”.

Responsable: Eulalio Ruiz Muñoz

“ESTRATEGIAS EN SALUD - EXTREMADURA” (conjuntamente con Cáncer, Cardiopatía Isquémica, Diabetes e Ictus)

Realizar campañas de comunicación y sensibilización para evitar la estigmatización de las personas con trastornos mentales a profesionales, medios informativos y población.

Madrid

Responsable: Carlos González Juárez.

“ÁREA DE ATENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE”

Formación a profesionales en rehabilitación NEUROPSICOLÓGICA. Dotación de medios. Difusión de la efectividad.

Responsable: Berta Ríos

“UNIDAD DE DÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL HOSPITAL DE MOSTOLES”

Actuaciones sobre el cuadro clínico, las circunstancias sociales y familiares y las secuelas del proceso patológico.

Responsable: Francisco García García

“PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS Y APOYO A PACIENTES CON POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO”

Aumentar el cumplimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Desarrollar habilidades de manejo del paciente esquizofrénico e informar de los recursos disponibles a sus familiares. Formar a otros profesionales sanitarios en el ámbito del paciente esquizofrénico.

Proyectos financiados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a las Comunidades Autónomas mediante Fondos de Cohesión en el año 2008 en convocatoria extraordinaria

Nº total de proyectos: 70

Presupuesto total: 4.715.600€

Andalucía
Acciones contra el estigma.
Formación en atención basada en la evidencia en salud mental.
Desarrollo de nuevas estrategias en salud mental.
Proyecto pacientes-consultores de los servicios de salud mental: consejo, información y acompañamiento.
Promoción de salud mental en adolescentes.
Aragón
Diseño e implantación de proyectos de gestión de enfermedades. Trastorno mental grave en la infancia y la adolescencia.
Asturias (Principado de)
Desarrollo de la metodología de gestión por procesos en la red de salud mental del principado de asturias. Implantación de procesos clave de atención interdisciplinar (pcai).
Baleares (Islas)
Programa multicentrico comunitario contra la depresión y el suicidio.
Canarias
Plan de mejora del sistema de información: registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP).
Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia infantil y trastornos generalizados del desarrollo.
Taller de psicoterapia: las bases de la interacción terapéutica.
Formación en trastornos de la conducta alimentaria.
Guía práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria según niveles de intervención de la comunidad autónoma de Canarias.
Terapia cognitiva basada en “mindfulness” para psicoterapeutas.
Psicoterapia sistémica con adolescentes reticentes al tratamiento: creación de alianza terapéutica con la familia y entre la familia.
Reedición del libro “Salud mental en atención primaria: recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes.
Crisis y cronicidad: una perspectiva psicosocial.

Salud mental y psicoanálisis. La clínica y el amor.
Diseminación e implantación definitiva de la intervención familiar como instrumento terapéutico básico de la esquizofrenia en un área de salud.
Desarrollo evolutivo y organización psíquica.
Programa de mejora de habilidades en comunicación para la rehabilitación de enfermos mentales crónicos.
Déficit de atención /hiperactividad.
Neurología infantil.
Programa de mejora de habilidades para la reinserción laboral de enfermos mentales crónicos.
Taller de formación en psicoterapia dirigido a médicos de atención primaria.
Trastornos afectivos en la infancia.
La terapia de juego en el tratamiento del niño con trauma.
Taller de formación y actualización en la psicopatología mas frecuente y emergente en atención primaria y salud mental.
Cantabria
Programa de psicoeducación grupal para familias de pacientes recientemente diagnosticados de esquizofrenia.
Programa escolar de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria.
Castilla y León
Aumento de las prestaciones de psicoterapia en la red de asistencia psiquiátrica de Castilla y León.
Gestión de procesos en los trastornos mentales severos.
Castilla-La Mancha
Apoyo a la implantación de los procesos asistenciales en salud mental. Informatización del soporte documental necesario.
Formación universitaria especializada: master en rehabilitación psicosocial y laboral en salud mental.
Formación y apoyo para familiares de personas con trastornos mentales.
Difusión y sensibilización contra el estigma de los trastornos mentales mediante la producción y difusión de un largometraje-documental sobre la enfermedad mental.
Elaboración de procesos asistenciales de salud mental de Castilla-La Mancha.
Cataluña
Programa formativo para la promoción de la salud mental infantil y juvenil desde pediatría: la importancia del programa de seguimiento del niño sano y de su protocolo de salud mental.
Programa formativo para la aplicación del protocolo de atención a las urgencias, los traslados y los ingresos involuntarios urgentes de personas con enfermedad mental.
Cartera de servicios de atención a las familias de personas con enfermedad mental desde la red asistencial.

Programa de prevención en el ámbito de las socio adicciones.
Programa para promover intervenciones dirigidas a la promoción y prevención de la salud mental en grupos de riesgo.
Desarrollo de la cartera de servicios de salud mental en la atención primaria de salud a través del programa de apoyo previsto en el plan director de salud mental y adicciones de Cataluña. Una contribución a la estrategia en salud mental del sns (MSPS, 2007).
Estudio comparativo de los programas comunitarios de atención al trastorno mental severo en la red de salud mental de utilización pública de Cataluña y elaboración de recomendaciones para su implementación.
Identificación de las competencias específicas necesarias, itinerarios formativos y evaluación de los resultados para el desarrollo del área específica de psiquiatría y psicología clínica infantil y del adolescente, según un modelo de formación durante la vida profesional que contribuya al desarrollo de la estrategia en salud mental del sns (MSPS, 2007).
Elaboración de un mapa de servicios y recursos destinados a la atención integral de personas con enfermedad mental en Cataluña y aplicación de los sistemas de información geográfica para el apoyo a la decisión en la planificación de servicios en Cataluña.
Plan de mejora de la cobertura y la calidad de las intervenciones de prevención de los trastornos mentales y promoción de la salud mental en Cataluña.
Proyecto 4t: agenda compartida (coordinación de la asistencia al paciente con problemas de salud mental).
Plan de formación continuada del conjunto del sistema de atención a la salud mental para el desarrollo de la estrategia en salud mental y el plan director de salud mental y adicciones.
Comunidad. Valenciana
Desarrollo de un sistema de información para la gestión de los pacientes y centro de registro de enfermedades psiquiátricas graves en una unidad de media estancia y hospital de día psiquiátrico.
Campaña de comunicación y sensibilización para evitar la estigmatización de las personas con trastornos mentales dirigidas a profesionales, medios informativos y población.
Elaboración de programas de formación psicoeducativa dirigidos a la mejora integral de la promoción, prevención, rehabilitación y calidad asistencial en salud mental en la comunidad valenciana.
Formación de profesionales de enfermería en atención primaria de pacientes con trastorno mental especialmente en el ámbito comunitario y con el objetivo de la continuidad de cuidados entre niveles ,mejorar la adherencia y prevenir la recaída.
Extremadura
Diseño e implantación de gestión de procesos y coordinación intersectorial en una población específica: menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental.
Galicia
Detección de pacientes en riesgo de suicidio en atención primaria e intervención precoz.

Diseño e implantación de un sistema de información y sistematización de datos de los servicios concertados por el servicio gallego de salud en los dispositivos complementarios de salud mental de base comunitaria. El objetivo último es disponer de la información necesaria para garantizar la calidad y continuidad asistencial, así como disminuir la variabilidad en la prestación de los servicios en todas las áreas sanitarias, y posibilitar una evaluación de la eficiencia.
Taller de formación en modalidades terapéuticas desde los nuevos lenguajes enfermeros.
Formación en técnicas grupales de relajación para enfermería de atención primaria en el proceso ansiedad-depresión- somatización.
Diseño e implantación de una estrategia de mejora de la salud física en el proceso trastorno mental grave en colaboración con atención primaria de salud.
Madrid (Comunidad de)
Formación para médicos de atención primaria en la detección y prevención de la conducta suicida.
Programa integral de los trastornos de la conducta alimentaria en el área de Vallecas.
Programa de atención psiquiátrica dirigida a enfermos mentales sin hogar de Madrid. Coordinación e implantación de gestión y registro móvil de la información.
Programa de atención médica integral a población con trastorno del espectro autista.
Programa de definición diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la comunidad de Madrid.
Murcia (Región de)
Implantación de un programa de continuidad de cuidados para el trastorno mental grave en el área II (Cartagena) de la comunidad autónoma de Murcia.
Rioja (la)
Programa de desarrollo personal y social a través del cine.
Formación para médicos de atención primaria en detección y atención del trastorno mental común.
Formación de profesionales de enfermería de atención primaria.
Ingesa
Ceuta : aspectos formativos en salud mental.
Melilla : detección y prevención de la conducta suicida y trastorno mental común en el curso del trabajo habitual de los médicos de atención primaria.

Proyectos financiados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a las entidades sin ánimo de lucro relacionadas con la Estrategia en el año 2007:

Nº total de proyectos: 11.

Presupuesto total: 403.892 €

Entidad solicitante	Proyectos presentados
Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia - ADANER	Teléfono de Información y Ayuda.
	Charla Informativa.
Asociación Española de Neuropsiquiatría	Desarrollo del Observatorio de Salud Mental de la A.E.N.
	Documento de consenso sobre hospitales de día psiquiátricos.
	Documento de consenso sobre detección precoz en psicosis.
	Documento de consenso promoción de la salud y reducción del estigma.
Fundación Carmen Pardo - Valcarcel	Desarrollo de una red Investigación clínico-epidemiológica. Salud Mental.
	Validación de la versión reducida del instrumento de evaluación PAS - ADD Checklist en una población de personas con discapacidad intelectual.
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental - FEAFES	Proyecto FEAFES para la promoción de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
Unión de Asociaciones Familiares- UAF	Los trastornos de la Conducta Alimentaria: (TCA) - Guía de actuación para las familias.
Asociación Centre D'Higiene Mental Les Corts	Proyecto de elaboración de materiales para la sensibilización, información y formación para la detección precoz y atención temprana del trastorno psíquico incipiente y el trastorno límite de la personalidad en población juvenil.

Proyectos financiados por el Ministerio de Sanidad y Consumo a las entidades sin ánimo de lucro relacionadas con la Estrategia en el año 2008

Nº total de proyectos: 12

Presupuesto total: 289.340,00 €

Entidad solicitante	Proyectos presentados
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental - FEAFES	Proyecto FEAFES para la erradicación del estigma y la mejora de la calidad, la equidad y la continuidad de atención.
Asociación Española Neuropsiquiatría	Creación de una red de implantación y evaluación de programas de atención temprana a la psicosis (RedATP-AEN).
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria - FAECAP	Estudio de investigación - acción, para la prevención y tratamiento desde atención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia - ADANER	Teléfono de información y ayuda: Información sobre hábitos saludables y prevención de trastornos alimentarios.
Asociación Centro de Higiene Mental Les Corts	Estudio y análisis comparativo de los servicios y programas internacionales de atención al trastorno psicótico incipiente, de sus características esenciales y elaboración de recomendaciones para su aplicación en el Sistema Nacional de Salud.
Unión de Asociaciones Familiares - UNAF	Aprende y actúa con los cinco sentidos. Las familias ante los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia.
Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia - ADANER	Charla informativa: Información sobre patologías y tratamientos de los T.C.A. (trastornos del comportamiento alimentario).
Asociación Española Neuropsiquiatría	Análisis y recomendación de programas y acciones de promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma para el Sistema Nacional de Salud de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
Asociación Centro de Higiene Mental Les Corts	Elaboración de materiales informativos para un programa de fomento de los conocimientos de salud mental y trastornos mentales en la población juvenil y los profesionales en contacto con ella.
Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza - ASITES	Promoción de la Salud Mental para la población en general.

Relación de guías de práctica clínica financiadas 2006, 2007 y 2008.

2006:

Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T)

GPC sobre el manejo de la depresión.

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Agencia Laín Entralgo (ALE)

GPC para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad.

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques (AATRM) de Catalunya

GPC sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario.

Adaptación de la GPC para la atención al paciente con esquizofrenia.

2007:

Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T)

GPC sobre el manejo de la depresión en el adolescente.

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Agencia Laín Entralgo (ALE)

GPC sobre Autismo.

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques (AATRM) de Catalunya

GPC sobre trastornos de hiperactividad y déficit de atención.

Instituto Aragonés de Ciencias de la salud (IACS)

GPC sobre Trastorno Mental Grave.

2008:

Universidad de Alcalá de Henares

GPC sobre el trastorno bipolar.

Anexo II MAPA DE DISPOSITIVOS

Información proporcionada por el Instituto de Información Sanitaria

A - Informe descriptivo actualizado de la organización para la atención a la salud mental, al que se ha añadido un resumen de los diferentes tipos de dispositivos existentes, las funciones que desempeñan y su ubicación.

ANDALUCÍA

Nº DE DISPOSITIVOS (Diciembre 2008)						
UGC SM / ÁSM	USMC	USMI -J	URSM	HDSM	UHSM	CTSM
UGC SM H. TORRECARDENAS	3	1	1	-	1	1
UGC SM A.G.S. NORTE DE ALMERIA	2	-	-	1	-	-
AIG SM E.P.H. DE PONIENTE	-	-	-	1	1	-
UGC SM H. PUERTA DEL MAR	2	1	-	-	-	-
UGC SM H. PUERTO REAL	3	1	1	-	1	1
ASM CAMPO DE GIBRALTAR	2	1	-	1	1	-
UGC SM H. DE JEREZ	3	1	-	-	1	1
UGC SM H. REINA SOFIA	5	1	1	-	1	1
UGC SM H. INFANTA MARGARITA	2	-	-	-	-	-
UGC SM A.S. NORTE DE CORDOBA	2	-	-	-	-	-
ASM GRANADA NORTE	3	1	-	1	1	1
UGC SM H. DE BAZA	2	-	-	-	1	-
UGC SM H. SAN CECILIO	2	-	1	-	1	1
UGC SM A.G.S SUR DE GRANADA	2	-	-	1	-	-
ASM HUELVA	5	1	1	-	1	1
UGC SM COMPLEJO HOSPITALARIO JAEN	4	1	1	-	1	1
UGC SM H. SAN JUAN DE LA CRUZ	2	-	-	-	1	-
UGC SM H. SAN AGUSTIN	1	-	-	1	-	-
UGC SM H. REGIONAL DE MALAGA	2	1	1	-	1	1
UGC SM H. LA AXARQUIA	1	-	-	1	-	-
UGC SM A.G.S NORTE DE MALAGA	1	-	-	1	-	-
UGC SM H. V. DE LA VICTORIA	8	1	-	1	1	1
UGC SM A.G.S SERRANIA DE MALAGA	1	-	-	-	-	-

ASM V. DEL ROCIO	6	1	1	1	2	2
ASM V. MACARENA	6	1	1	1	1	1
UGC SM H. DE VALME	4	1	-	1	1	1
UGC SM A.G.S OSUNA	2	-	-	1	1	-
ANDALUCÍA	76	14	9	13	19	14

- UGC SM: Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
- ASM: Área de Salud Mental
- USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria
- USMI-J: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
- URSM: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental
- HDSM: Hospital de Día de Salud Mental
- UHSM: Unidad de Hospitalización de Salud Mental
- CTSM: Comunidad Terapéutica de Salud Mental

4.1 RECURSOS HUMANOS (Diciembre 2008)								
Psiquiatría	Psicología Clínica	Enfermería	Trabajo Social	Terapia Ocupacional	Auxiliar Enfermería	Monitor/a Ocupacional	Auxiliar administrativo	Celador/a
501	259	592	120	49	719	93	182	83

ARAGÓN

4.2 RECURSOS HUMANOS				
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA	T. SOCIAL	AUX. ENF.
109	60	149	48	411

Nº DE DISPOSITIVOS										
ÁREA DE SALUD	USM	USMIJ	UCE	HD	UE			CD	UME	ULE
					UGP	UTCA	UTP			
SECTOR I	5	2	1					2		
SECTOR II	8	2	2					4		
SECTOR III	5	1	1	2	2	2	2	2	4	5
SECTOR IV	2	2	1					1		
SECTOR V	1	1	1							
ARAGÓN	21	8	6	2	6			9	4	5

- USM: Unidad de Salud Mental
- USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
- UCE: Unidad de Hospitalización breve de adultos o de Corta Estancia
- HD: Hospital de Día
- CD: Centro de Rehabilitación Psicosocial o de Día
- UME: Unidad Rehabilitadora de Media estancia
- ULE: Unidad Residencial - Rehabilitadora de Larga Estancia
- UE: Unidades Monográficas o Especiales:
 - UGP: Unidad gerontopsiquiátrica
 - UTCA: Unidad de trastornos de la conducta alimentaria
 - UTP: Unidad de trastorno de la personalidad

PRINCIPADO DE ASTURIAS

4.3 RECURSOS HUMANOS							
PSIQUIAT.	MÉDICO ATENCIÓN TOXICOMANÍAS	PSICOLOG.	T. SOCIAL	ENFERM.	TERAP. OCUP.	AUX. ENF.	PERSONAL ADM.
84	11	34	16	145	13	185	30

Nº DE DISPOSITIVOS									
CSM	CTI	CT	HD	CD	UDH	UTCA	ETAC	UTT	UHP
16 + 4 Infanto-Juvenil	2	7	7	1	2	2	2	4	6

- CSM: Centro de Salud Mental
- CTI: Centro de Tratamiento Integral
- CT: Comunidad Terapéutica
- HD: Hospital de Día
- CD: Centro de Día
- UDH: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
- TCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
- ETAC: Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario
- UTT: Unidad de Tratamiento de Toxicomanías
- UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

ISLAS BALEARES

4.4 RECURSOS HUMANOS						
PSIQUIAT.	PSICOLOG.	T. SOCIAL	ATS/DUE	TERAP. OCUP.	AUX. ENF.	PERSONAL ADM.
85	53	23	127	7	263	15

N° DE DISPOSITIVOS						
USM	USM-IJ	UHB	HD	UCR	UME	UTCA
9	4	6	5	5	3	1

- USM: Unidad de Salud Mental
- USM-IJ: Unidad de Salud Mental Infante Juvenil
- UHB: Unidad de Hospitalización Breve
- HD: Hospital de Día
- UCR: Unidad Comunitaria de Rehabilitación
- UME: Unidad de Media Estancia
- UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

CANARIAS

4.5 RECURSOS HUMANOS						
PSIQUIAT.	PSICOLOG.	T. SOCIAL	ENFERM.	TERAP. OCUP.	AUX. ENF.	PERSONAL ADM.
56	51	19	43	2	44	20

Nº DE DISPOSITIVOS					
USMC	UIB	URA	HDIJ	CD	USA
25	7	2	2	16	2

- USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria
- UIB: Unidades de Internamiento Breve
- URA: Unidades de Rehabilitación Activa

- CD: Centro de Día
- HDIJ: Hospital de Día Infanto-Juvenil
- USA: Unidades de Subagudos o Estancia Intermedia

CANTABRIA

4.6 RECURSOS HUMANOS		
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA
16	12	7

DISPOSITIVOS

Unidades de Salud Mental (USM)

- Número de Unidades: 6

Unidades de Salud Mental Indanto-Juvenil (USM-IJ)

- Número de Unidades: 2

Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)

- Número de Unidades: 2

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

- Número de Unidades: 1

Centro de Rehabilitación Psiquiátrica (CRP)

- Número de Unidades: 1

Hospital de Día (HD)

- Número de Unidades: 3

CASTILLA Y LEÓN

4.7 RECURSOS HUMANOS					
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA	T. SOCIAL	AUX. ENF.	TERAP. OCUP.
169	89	242	33	287	14

Nº DE DISPOSITIVOS									
ÁREA DE SALUD	ESM	EPIJ	UHP	HDP	URP	CRPS	UCA	URRP	Unidad de Referencia Regional
AVILA	3	1	1	Prog.	1	1		0	Unidad Desintox.
BURGOS	5	1	1	1	1	1		1	U.R.T.A.
LEÓN	5	1	1	1	1	1	1	1	Pat. Dual: EM-RM
EL BIERZO	2	Prog.	1	0		1		0	
PALENCIA	3	1	1	1	0	1		0	Unidad de Rehabilitación Unidad Cuidados Continuos
SALAMANCA	5	1	1	2	1	1	1	0	Unidad Desintox. Pat. Dual: EM-Drogodependencia
SEGOVIA	3	1	1	0	0	1		0	
SORIA	1	1	1	Prog.	1	1	1	0	
VALLADOLID-ESTE	3	1	1	2	1	1	1	0	Hosp. Inf.Juv.
VALLADOLID-OESTE	3	1	1			1		0	
ZAMORA	3	Prog.	1	0	1	1	1	0	
5 CASTILLA Y LEÓN	36	9 EPIJ 2 Prog.	11	7 HDP 2 Prog.	7	11	5	2	8

- ESM: Equipo de Salud Mental
- EPIJ: Equipo de Psiquiatría Infanto Juvenil
- UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
- HDP: Hospital de Día Psiquiátrico
/Programa de Hospitalización parcial

- URP: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica
- CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial
- UCA: Unidad de Convalecencia Psiquiátrica
- URRP: Unidad Residencial de Rehabilitación Psiquiátrica

- UPD: Unidad de Patología Dual :
 - * Enf. Mental- Drogodependencia
 - *Enf. Mental-Retraso Mental

CASTILLA LA MANCHA

Nº DE DISPOSITIVOS SANITARIOS											
ÁREA SANITARIA	USM-IJ	HD-IJ	UHB-IJ	USM	CSM	UHB	UME	HD	URR	UTA	CRPSL
ALBACETE	1	1	-	5	5	1	1	1	-	1	5
CIUDAD REAL	1	-	1	2	1	1	1	1	1	1	3
MANCHA CENTRO	1	1	-	4	-	-	-	-	-	-	2
PUERTOLLANO	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1
CUENCA	1	-	-	1	2	1	1	-	-	1	2
GUADALAJARA	1	-	-	2	1	1	1	1	2	-	1
TALAVERA DE LA REINA	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1
TOLEDO	1	-	-	5	3	1	1	1	-	1	4
CASTILLA LA MANCHA	7	2	1	21	13	6	5	5	3	4	19

- USM-IJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
- HD-IJ: Hospital de Día Infanto-Juvenil
- USM: Unidad de Salud Mental
- CSM: Consulta de Salud Mental
- UHB: Unidad de Hospitalización Breve
- UME: Unidad de Media Estancia
- HD: Hospital de Día
- URR: Unidad Residencial Rehabilitadora
- UTA: Unidad de Trastornos Alimentarios
- CRPSL: Centros de Rehabilitación Psicosocial y laboral

CATALUÑA

TIPO DE RECURSO	2007
Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ)	46
<i>Consultas periféricas de CSMIJ en Centros de AP</i>	24
<i>Programas TMG (infantil y juvenil)</i>	31
<i>Unidades funcionales CAS-CSMIJ para atención adolescentes con trastorno por consumo sustancias</i>	11
Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA)	73
<i>Consultas periféricas de CSMA en Centros de AP</i>	13
<i>Programas TMS (adultos)</i>	73
Programas PSI (equipos comunitarios de gestión de casos)	58
Programas Atención a personas con Psicosis Incipiente	12
Centros de Atención y Seguimiento (CAS)	65
Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual y TM (SESMDI)	4
Camas psiquiatría en centros monográficos y sociosanitarios	3.586
Camas Psiquiatría Hospitales Generales	493
Plazas Hospitales de Día de adultos	619
Plazas Hospital Día Infantil y Adolescentes	388
Plazas Centros de Día de Adultos	1823
Programas de Rehabilitación Comunitaria	33
Plazas Centros de Día Infanto-juveniles	256
Camas Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD)	64
Centros de prescripción de metadona	59
Centros de dispensación de metadona	67
Plazas en comunidades terapéuticas drogodependencias	337
Unidades Hospitalarias de Patología Dual	6
Unidades Hospitalarias especializadas en Discapacidad Intelectual y trastorno mental (UHEDI)	3
Unidades de tratamiento de trastornos de conducta alimentaria	8
Unidades de tratamiento de ludopatía y otras socioadicciones	10
Unidad Hospitalaria Psiquiatría Penitenciaria	1

NIVEL ASISTENCIAL	Infantil y juvenil (< 18 años) 1.256.890 hab.		Adultos (> 18 años) 5.745.386 hab.	
	Nº	Ratio	Nº	Ratio
	Centros de salud mental (centros/100.000 hab.)	46	3,7	73
Centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (centros/100.000 hab..)	-	-	68	1,1
Centros de dispensación de metadona (centros/100.000 hab.)	-	-	67	1,2
Hospitales de Día (plazas/10.000 hab.)	388	3,1	619	1,1
Servicios de Rehabilitación Comunitaria (plazas/10.000 hab.)	-	-	1823	3,2
Hospitalización psiquiátrica (camas x 10.000 hab.)	120	0,75	3.959	6,9

COMUNIDAD VALENCIANA

RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL								
PSIQUIA TRÍA	PSICOL OGÍA	ENFERM ERÍA	TRABAJA DOR SOCIAL	MEDICI NA GENER AL	AUXILIA R ENFERM ERÍA	TERAPEU TA OCUPACI ONAL	MONIT OR	PERSO NAL ADMIN IST.
314	165	270	50	38	321	10	8	68

Nº DE DISPOSITIVOS															
DEPARTAMENTO	US M	US MI	HD	UC A	UA	UH P	UM E	UL E	UR P	UD H	UH D	UT CA	UT E	UT B	UP N
1- VINARÓS	1	1*	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- CASTELLÓN	4	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3- LA PLANA	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4- SAGUNTO	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
5- VALENCIA-CLÍNICO	3	1	-	2	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
6- VALENCIA-ARNAU DE VILANOVA	5	1	-	2	-	1	-	-	1	1	1	-	-	-	1
7- VALENCIA-LA FE	4	1	1	1	1	1	-	-	1	-	1	1	1	1	-
8- REQUENA	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9- VALENCIA-HOSPITAL GENERAL	3	1	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10- VALENCIA-DR. PESET	3	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11- LA RIBERA	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
12- GANDÍA	3	1	1	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
13- DÉNIA	3	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14- XÀTIVA-ONTINYENT	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15- ALCOI	2	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16- MARINA BAIXA	3	1	-	2	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
17- ALICANTE-SAN JUAN	3	2	-	1	1	1	-	-	-	1	1	1	1	-	-
18- ELDA	4	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19- ALICANTE-HOSPITAL GENERAL	6	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20- ELX-HOSPITAL GENERAL	5	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-
21- ORIHUELA	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22-TORREVIEJA	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
*RECURSOS SUPRADEPARTAMENT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Provincial Castellón	-	-	1	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	-	-
Hospital Pare Jofré (Valencia)	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro Dr.Esquerdo (Alicante)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C. VALENCIANA	69	21	8	31	5	18	2	1	2	3	8	3	3	1	1

- USM=unidad salud mental

- USMIA= unidad salud mental infantil y
adolescentes

- * Programa Infanto-adolescente
- URP=unidad rehabilitación psicosocial
- UHP= unidades de hospitalización psiquiátrica
- ULE=unidades de larga estancia
- UME= Unidades media estancia de rehabilitación psicosocial
- HD=hospitales de día
- UTCA= uniades trastorno conducta alimentaria

- UPN= unidad psicopatología neurofisiológica.
- UHD= unidad hospitalización domiciliaria
- UDH= Unidad de desintoxicación hospitalaria
- UTE= unidad de terapia electroconvulsiva
- UTB= unidad trastorno bipolar

EXTREMADURA

RECURSOS HUMANOS								
Psiquiatra	Psicólogo	Enfermero	Auxiliar Enfermero	T. Social	T. Ocupacional	M. Ocupacional	Médico	T Ins Laboral
69	66	116	379	46	12	80	8	5

Nº DE DISPOSITIVOS											
ESM	ESMIJ	UHB	UTCA	UME	URH	CRPS	PAS	CRR	COTL	CRL	PS
16	3	5	2	2	2	6	1	2	6	3	11

- ESM: Equipo de Salud Mental
- ESMIJ: Equipo de Salud Mental Infanto -Juvenil
- UHB: Unidad de Hospitalización Breve
- UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
- UME: Unidad de Media Estancia
- URH: Unidad de Rehabilitación Hospitalaria
- CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial
- CRR: Centro Residencial de Rehabilitación
- COTL: Centro de Ocio y Tiempo Libre
- PAS: Programa de Apoyo Sostenido
- CRL: Centro de Rehabilitación Laboral
- PS: Piso Supervisado

GALICIA

RECURSOS HUMANOS					
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA	T. SOCIAL	AUX. ENF.	TERAPEUTAS OCUP
168	86	196	37	409	8

Nº DE DISPOSITIVOS											
ÁREA	USM	USMIX	HPD	ECC	UHP	UA	UP	UCR	UCER	UCRR	CRPL
A CORUÑA	10	2	1	1	1	1	-	-	-	-	3
FERROL	2	1	1	1	1	1	1	-	-	-	2
SANTIAGO DE C.	6	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3
LUGO	4	1	1	1	1	1	1	-	-	-	4
OURENSE	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
PONTEVEDRA	3	1	1	1	1	-	1	-	-	-	3
VIGO	6	1	1	1	2	1	-	1	1	1	4
GALICIA	35	8	7	7	9	6	5	3	3	3	22

- USM: Unidad de Saude Mental
- USMIX: Unidad de Saude Mental Infanto – Xuvenil
- HPD: Hospital Psiquiátrico de Día (HPD)
- ECC: Equipo de Continuidad de Cuidados
- UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
- UA: Unidad de Alcoholismo
- UP: Unidad de Psicogeriatría
- UCR: Unidad de Cuidados de Rehabilitación
- UCER: Unidad de Cuidados Especiales de Rehabilitación
- UCRR: Unidad de Cuidados Residenciales de Rehabilitación
- CRPL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

COMUNIDAD DE MADRID

5.1 RECURSOS HUMANOS								
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	DUE	T. SOCIAL	AUX. ENF.	TERAP. OCUP.	TECNICO / MONITOR	PERSONAL ADMINISTRATIVO	OTRO PERSONAL AUXILIAR
229	144	103	61	36	17	8	77	50

Nº DE DISPOSITIVOS										
USM	UHB	HDIJ	UHAB	UHAM	UHAL	CRL	CD	EASC	RRS	CRP
52	2	5	22	4	5	21	35	37	17	24

- USM: Unidad de Salud Mental
- UHB: Unidad de Hospitalización de Adolescentes
- HDIJ: Hospital de Día Infanto Juvenil
- UHAB: Unidad de Hospitalización para Adultos Breve
- UHAM: Unidad de Hospitalización para Adultos Media
- UHAL: Unidad de Hospitalización para Adultos Larga
- CRL: Centro de Rehabilitación Laboral
- CD: Centro de Día
- EASC: Equipos de Atención Social Comunitaria
- RRS: Recursos de Reinserción Social
- CRP: Centro de Rehabilitación Psicosocial

REGIÓN DE MURCIA

5.2 RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL - CMS / CAD								
PSIQUIA T.	MÉDICO S	PSICÓL.	ENFERM .	T. SOCIAL	TERAP. OCUPAC .	AUX. CLÍNICA	AUX. ADVO	CELADO R
66	3	53	48	13	13	17	42	4

5.3 RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL - ATENCIÓN HOSPITALARIA								
PSIQUIA T.	MÉDICO S	PSICÓL.	ENFERM .	T. SOCIAL	TERAP. OCUPAC .	AUX. CLÍNICA	AUX. ADVO	CELADO R
36	3	13	88	5	11	127	15	44

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Nº DE DISPOSITIVOS,									
CSM	HDIJ	HD	CR	CPG	UHP	CDD	CT	CRP	SSB
9	1	3	1	1	2	1	3	4	42

5.4 RECURSOS HUMANOS											
PSIQUI AT	MÉDIC OS	PSIC ÓL	DU E	TRAB AJ SOCIA L	TERAP E OCUP AC	AUX. CLÍNI CA	AUX. ADV O	EDUCAD OR	PSICO MOTRI C.	MONIT OR	OTRO S
51.5	2	30.5	68	20	9	262	25	7	1	3	90

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - CSM: Centro de Salud Mental - HDIJ: Hospital de Día Infanto Juvenil - HD: Hospital de Día de Salud Mental - CR: Clínica de Rehabilitación - CPG: Centro Psicogeriátrico | <ul style="list-style-type: none"> - UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica - CDD: Centro de Día de Drogodependencias - CT: Comunidades Terapéuticas - CRP: Centros de Rehabilitación Psicosocial - SSB: Servicio Sociales de Base |
|---|--|

PAIS VASCO

N° DE DISPOSITIVOS										
CSM	HD	UPIJ	CT	URC	UHP	PTA	CTT	UA	UPG	URP
37	8	6	3	1	9	3	6	2	3	5

- CSM: Centro de Salud Mental
- HD: Hospital de Día
- UPIJ: Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
- CT: Comunidad Terapéutica
- URC: Unidad de Rehabilitación Comunitaria
- UHP: Unidad Hospitalaria de Psiquiatría
- PTA: Programa de Trastornos de la Alimentación
- CTT: Centro de Tratamiento de Toxicomanías
- UA: Unidad de Alcoholismo
- UPG: Unidad de Psicogeriatría
- URP: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

LA RIOJA

5.5 RECURSOS HUMANOS							
PSIQUIATRA	MÉDICO GENERAL	PSICOLOGO	DUE	T. OCUP.	FISIOTERAP.	ASIST. SOCIAL	MONITOR
20	1	14	37	5	2	2	1

INGESA

5.6 RECURSOS HUMANOS				
PSIQUIAT RÍA	PSICOLO GÍA	ATS/D UE	AUX. ADMINISTRAT IVO	CELAD OR
5	4	2	2	1

INDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CIBER	Centro de Investigación Biomédica en Red
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria
CNH	Catálogo Nacional de Hospitales
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
DDD	Dosis Diaria Definida
DHD	Dosis Habitante Día
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DSM	Manual diagnóstico de trastornos mentales (American Psychiatric Association)
ENSE	Encuesta Nacional de Salud
ESCRI	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
ESEMED	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales
FAISEM	Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental
GAF	Global Assessment of Functioning
GPC	Guías de práctica clínica
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
LGS	Ley General de Sanidad
MIR	Médico Interno Residente
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONG	Organización no Gubernamental
OR	Odds Ratio
PIR	Psicólogo Interno Residente
RCP	Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos
RECESS	Registro Español de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
RETICS	Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TMC	Trastornos Mentales Comunes
TMG	Trastornos Mentales Graves
UE	Unión Europea