

Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)

SANIDAD 2015

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

redacción médica

COMITÉ INSTITUCIONAL:

Andalucía: José Carmona Calvo

Aragón: Mariano Sanjuan Casamayor

Asturias: (Principado de): Susana García Tardón

Baleares (Islas): Joan Salvá Coll

Canarias: José Antonio Sánchez Padilla

Cantabria: Jesús Artal Simón- Luis Gaite Pindado

Castilla La Mancha: Javier Hernández Pascual – Víctor Devolx Neyra

Castilla y León: Concepción Velasco Velado

Cataluña: Cristina Molina Parrilla

Comunidad Valenciana: Juan José Moreno Murcia/Juan Manuel Beltrán Garrido/Begoña Frades García

Extremadura: Taciana Valverde Calvo

Galicia: Manuel Arrojo Romero

Madrid (Comunidad de): Guillermo Petersen Guitarte – Mercedes Navio Acosta

Murcia (Región de): Carlos Giribert Muñoz

Navarra (Comunidad Foral): Alfredo Martínez Larrea

País Vasco: José Andres Martín Zumendi – José A. de la Rica Giménez

Rioja (La): Miguel Angel Ortega Esteban

Ingesa (Ceuta y Melilla): Teresa García Ortiz

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

COMITÉ TÉCNICO

COORDINADORES CIENTÍFICOS

Enrique Echeburúa Odriozola

Francisco Ferre Navarrete

Carlos Mur de Viu Bernard

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)

Amparo Belloch Fuster

Sociedad Española de Psiquiatría Legal (AEPL)

Alfredo Calcedo Barba

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

Josefina Castro Fornieles

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSS)

Eva M^a. Garcés Trullenque

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)

Aurora Sánchez González/Monserrat García Sastre

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Germán López Cortacans

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)

José María Sánchez Monge

Elena Briongos Rica

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

Ángeles Castro Maso

Asociación Científica PSICOST

Luis Salvador Carulla

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)

Antonio Cano Vindel

Sociedad Española de Epidemiología

Teresa Brugal i Puig

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Rafael Casquero Ruiz

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)

Aurora Fernández Moreno

Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP)

Carlos Mingote Adán

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)

Miguel Gutierrez Fraile

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)

Néstor Szerman

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

Miguel Bernardo Arroyo

Fundación Mundo Bipolar

Guadalupe Morales Cano

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Eudoxia Gay Pamos

Expertos:

Miguel Casas Brugué

Mario Páramo Fernández

Jerónimo Saiz Ruiz

Alberto Fernández Liria

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Coordinación Técnica

José Rodríguez Escobar

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

José Javier Castrodeza Sanz

Subdirección General de Calidad y Cohesión

Paloma Casado Durández
Isabel Saiz Martínez-Acítores
Amparo Mayor de Frutos

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Pedro Arias Bohigas

Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia

Carmen Pérez Mateos

Delegación del Gobierno Plan Nacional sobre Drogas

Elena Martín Maganto
Graciela Silvosa Rodríguez

Secretaría de Estado Servicios Sociales e Igualdad- IMSERSO

Angel Calle Montero

Equipo redactor del Informe:

José Rodríguez Escobar
Enrique Echeburúa Odriozola
Francisco Ferre Navarrete
Carlos Mur de Viu Bernard
Jesús del Moral Sánchez
Amparo Mayor de Frutos

redacción médica

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

Índice	Página
1. RESUMEN EJECUTIVO	10
2. INTRODUCCIÓN	11
3. METODOLOGÍA	14
LÍNEA ESTRATÉGICA 1:.....	21
• OBJETIVO GENERAL 1	21
• OBJETIVO GENERAL 2	39
• OBJETIVO GENERAL 3	77
LÍNEA ESTRATÉGICA 2:.....	84
• OBJETIVO GENERAL 4	84
• OBJETIVO GENERAL 5	147
LÍNEA ESTRATÉGICA 3:.....	151
• OBJETIVO GENERAL 6	151
• OBJETIVO GENERAL 7	163
LÍNEA ESTRATÉGICA 4:.....	171
• OBJETIVO GENERAL 8	171
LÍNEA ESTRATÉGICA 5:.....	178
• OBJETIVO GENERAL 9	178
CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS DE MEJORA	184
• CONCLUSIONES FINALES	184
• PROPUESTAS FINALES	185
ANEXO: LÍNEAS, OBJ. GENERALES Y OBJ. ESPECÍFICOS	187
ANEXO: FICHAS DE INDICADORES	196

Índice de Tablas

Página

Tab. 1	Indicadores utilizados en el presente documento.....	16
Tab. 2	Porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental	21
Tab. 3	Riesgo de mala salud mental en Población de 4-14 años. Por sexo	23
Tab. 4	Riesgo de mala salud mental en población de 4-14 años.....	24
Tab. 5	Porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo	25
Tab. 6	Indicador subjetivo de bienestar por Comunidad Autónoma 2013	26
Tab. 7	Valoración cuantitativa de las iniciativas (Obj. Gral. 1)	28
Tab. 8	Prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos mentales.....	41
Tab. 9	Porcentaje de consumidores de cannabis en adultos	42
Tab. 10	Porcentaje de consumidores de cannabis.....	45
Tab. 11	Porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol.	49
Tab. 12	Tasa de alta por autolesiones (por 100.000 hab.)	51
Tab. 13	Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad.....	52
Tab. 14	Valoración cuantitativa de las iniciativas (Obj. Gral. 2)	57
Tab. 15	Tipos de actuaciones emprendidas. Por CCAA	70
Tab. 16	Recursos para personas dependientes por EM. Por CCAA	71
Tab. 17	Cuidados asumidos por recursos distintos de los familiares. Por CCAA	73
Tab. 18	Valoración cuantitativa de las iniciativas (Obj. Gral. 3)	77
Tab. 19	Porcentaje de camas de Agudos. Por CCAA. 2009-2013	82
Tab. 20	Altas totales y por trastornos mentales. Capítulo CIE. 2012	84
Tab. 21	Altas por trastornos mentales. Por CCAA. 2012	84
Tab. 22	Tasa de reingreso < 30 días. Trastornos mentales. 2007-12.....	85
Tab. 23	Altas totales por problemas de salud mental. 2012	85
Tab. 24	Evaluación de fuentes de información de las CC.AA.	87
Tab. 25	Atención a urgencias psiquiátricas. Por CCAA	106
Tab. 26	Recursos de Rehabilitación. Hospitalaria residencial. Por CCAA	107
Tab. 27	Recursos de Rehabilitación. Ambulatoria. Por CCAA.....	107
Tab. 28	Recursos de Rehabilitación. Hospital de día. Por CCAA.....	108
Tab. 29	Recursos de Intervención Familiar. Por CCAA	109
Tab. 30	Protocolos intervención para pacientes con TM. Por CCAA	110
Tab. 31	Planes de SM contemplan discap. intelectual. Por CCAA	110
Tab. 32	Rec. para personas con Disc. Intelectual. At. Comunitaria	111
Tab. 33	Rec. personas con Disc. Intelectual. Hospit. de día/ Parcial.	112
Tab. 34	Rec. para personas con Disc. Intelectual. Hospit. de Agudos.	113
Tab. 35	Recursos para Infancia/Adolescencia. At. Comunitaria	113
Tab. 36	Recursos para Infancia/Adolescencia. Hosp. Día/Parcial.....	114
Tab. 37	Recursos para Infancia/Adolescencia. Hosp. Agudos.	115
Tab. 38	Centros de Salud Mental. Por CCAA	117
Tab. 39	Camas de Agudos por tipo de hospital. Camas de Psiquiatría de Agudos en Hospitales de Agudos, Hospitales de media y Larga Estancia y Hospitales Monográficos. SNS. España. 2010-2013	117
Tab. 40	Camas de Psiquiatría de Media y Larga Estancia en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	118
Tab. 41	Total camas de psiquiatría por tipo de hospital.	119
Tab. 42	Nº camas psiquiatría por tipo de hospital (por 100.000 hab.)(Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	120
Tab. 43	Estancia media en Unidades de Agudos por tipo de hospital. Hospitales de Agudos de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	120
Tab. 44	Estancia media en U. Media y Larga Estancia por tipo de hospital. Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	121
Tab. 45	Estancia media en U. de Agudos y Residencial por CCAA.....	122
Tab. 46	Ratio de psiquiatras por 1.000 hab.....	122
Tab. 47	Profesionales en Salud Mental por 1.000 hab. 2013.....	123
Tab. 48	Existencia de sistema para facilitar la adherencia	125
Tab. 49	Dosis por hab. y día de Antidepresivos. 2009-2013. Por CCAA.....	125
Tab. 50	Dosis por hab. y día de Antipsicóticos. 2009-2013. Por CCAA	126
Tab. 51	Dosis por hab. y día de Sust. Hipnóticas. 2009-2013. Por CCAA.....	126
Tab. 52	Rec. para personas con edad avanzada. At. Comunitaria. Por CCAA.....	127
Tab. 53	Rec. personas con edad avanzada. Hosp. Día/Parcial. Por CCAA	128
Tab. 54	Recursos para personas con edad avanzada. Hospitalización de Agudos. Por CCAA	128

Tab. 55	Rec. para intervención precoz en personas con psicosis. Por CCAA.....	129
Tab. 56	Recursos para at. sanitaria a personas inmigrantes. Por CCAA	129
Tab. 57	Existencia de un programa de continuidad de cuidados	131
Tab. 58	Atención a Pat. Dual (Drogodependencia y TMG).....	132
Tab. 59	Atención a Pat. Dual (Déficit intelectual y TMG).	132
Tab. 60	Dispositivos residenciales (Mini residencias<30 camas).....	133
Tab. 61	Dispositivos residenciales (Viviendas supervisadas).....	133
Tab. 62	Dispositivos residenciales (Residencias>30 camas).	134
Tab. 63	Recursos asignados a urgencias psiquiátricas. Por CCAA	135
Tab. 64	Recursos de rehabilitación hospitalaria residencial. Por CCAA	135
Tab. 65	Recursos de rehabilitación ambulatoria. Por CCAA.....	136
Tab. 66	Recursos de rehabilitación Hospital de Día. Por CCAA	136
Tab. 67	Recursos de intervención familiar. Por CCAA	137
Tab. 68	Recursos para infancia/adolescencia, at. comunitaria. Por CCAA	137
Tab. 69	Recursos para infancia/adolescencia, Hosp. Día. Por CCAA	138
Tab. 70	Recursos para infancia/adolescencia, Hosp. Agudos. Por CCAA	138
Tab. 71	Recursos para edad avanzada, Atención Comunitaria. Por CCAA	139
Tab. 72	Recursos para edad avanzada, Hosp. Día / Parcial. Por CCAA	139
Tab. 73	Recursos para edad avanzada, Hosp. Agudos. Por CCAA	140
Tab. 74	Recursos para Disc. Intelectual, Hosp. Agudos. Por CCAA.....	140
Tab. 75	Recursos para intervención precoz en personas con psicosis. Por CCAA	141
Tab. 76	Recursos para atención a la población inmigrante. Por CCAA.....	141
Tab. 77	Recursos del Programa de Continuidad de Cuidados. Por CCAA.....	142
Tab. 78	Recursos del Sistema de Adherencia. Por CCAA.....	142
Tab. 79	Recursos del Programa de empleo protegido. Por CCAA	143
Tab. 80	Recursos de Atención a Pat. Dual (Drogodep. y TMG). Por CCAA	143
Tab. 81	Recursos de Atención a Pat. Dual (Déficit Int. y TMG). Por CCAA.....	144
Tab. 82	Recursos para dispositivos residenciales (mini resid.<30 camas). Por CCAA.....	144
Tab. 83	Recursos para disp. residenciales (viviendas supervisadas). Por CCAA	145
Tab. 84	Recursos para dispositivos residenciales (resid.>30 camas). Por CCAA.....	145
Tab. 85	Protocolos de traslado y hospitalización involuntario.....	147
Tab. 86	CCAA que han definido un protocolo para la contención física y el traslado involuntario.....	148
Tab. 87	Aplicación de la Ley de Dependencia	153
Tab. 88	Valoración de las propuestas del “Informe de Salud Mental”	155
Tab. 89	Programa de empleo con apoyo o empleo protegido.....	159
Tab. 90	Servicio de preparación para el empleo.....	159
Tab. 91	Servicio de empleo con apoyo.....	160
Tab. 92	Servicio de empleo protegido.....	161
Tab. 93	Guías en TM sobre derechos, obligaciones, recursos, etc.	163
Tab. 94	Iniciativas de e-administración, en TM, sobre derechos, obligaciones, recursos,	164
Tab. 95	Participación de personas con TM en los ámbitos de la salud mental	165
Tab. 96	Detalle de la participación en los ámbitos de la salud mental.....	165
Tab. 97	Participación de las Sociedades Científicas en los ámbitos de la SM.....	166
Tab. 98	Detalle de la participación de las Soc. Científicas en los ámbitos de la SM	167
Tab. 99	Formación a Psiquiatras. Por CCAA	171
Tab. 100	Formación a Médicos de Atención Primaria.....	171
Tab. 101	Formación a Psicólogos Clínicos	172
Tab. 102	Formación a Enfermería de Salud Mental	172
Tab. 103	Formación a Enfermería de Atención Primaria.....	173
Tab. 104	Formación a Trabajadores Sociales	173
Tab. 105	Formación a Terapeutas Ocupacionales.....	174
Tab. 106	Formación a otros profesionales	175
Tab. 107	Formación a Equipos Multidisciplinares	175
Tab. 108	Formación que incorpora la perspectiva de género	177
Tab. 109	Iniciativas de investigación en Salud Mental 2009-13	178
Tab. 110	Proyectos de investigación financiados por las CC.AA.	179
Tab. 111	Número de redes acreditadas por las CC.AA.	179
Tab. 112	CCAA que impulsan metodologías de investigación.....	180
Tab. 113	Investigación sobre análisis de género en SM 2009-13	180
Tab. 114	Difusión de la estrategia de Salud Mental por las CCAA.....	181
Tab. 115	Difusión de la estrategia de SM por Soc. Científicas y Asociaciones	182

Índice de Figuras

Página

Figura 1.	Líneas estratégicas (L.E.), Objetivos Generales (O.G.) y Objetivos Específicos (O.E.)	14
Figura 2.	Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental por CCAA. 2006	22
Figura 3.	Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental por CCAA. 2011	22
Figura 4.	Porcentaje de personas adultas en riesgo de mala salud mental.....	23
Figura 5.	Porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo (2015).....	25
Figura 6.	Dif. de porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo (2009-2015)	26
Figura 7.	Valoración media de las dimensiones del bienestar.....	27
Figura 8.	Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta por CCAA (2006)	39
Figura 9.	Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta por CCAA (2009)	40
Figura 10.	Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta por CCAA (2011)	40
Figura 11.	Evolución del consumo de cannabis en adultos.....	43
Figura 12.	Evolución del consumo de alucinógenos en adultos	43
Figura 13.	Evolución del consumo de anfetaminas en adultos	44
Figura 14.	Evolución del consumo de cocaína en adultos	44
Figura 15.	Evolución del consumo de heroína en adultos.....	45
Figura 16.	Evolución del consumo de cannabis en escolares	46
Figura 17.	Evolución del consumo de éxtasis en escolares	47
Figura 18.	Evolución del consumo de alucinógenos en escolares	47
Figura 19.	Evolución del consumo de anfetaminas en escolares	48
Figura 20.	Evolución del consumo de cocaína en escolares	48
Figura 21.	Evolución del consumo de heroína en escolares.....	49
Figura 22.	Evolución del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol.....	50
Figura 23.	Evolución de la tasa de suicidio, ajustada por edad	53
Figura 24.	Evolución de las tasas de suicidio, según sexo.	53
Figura 25.	Tasa de suicidio, por CCAA. 2006.	54
Figura 26.	Tasa de suicidio, por CCAA. 2013.	54
Figura 27.	Camas de Psiquiatría de Agudos en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	118
Figura 28.	Camas de Psiquiatría de Media y Larga Estancia en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	119
Figura 29.	Total camas de psiquiatría por en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	119
Figura 30.	Nº camas de psiquiatría por tipo de hospital (por 100.000 hab.) en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	120
Figura 31.	Estancia media de Agudos por tipo de hospital.Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	121
Figura 32.	Estancia media de U. Media y Larga Estancia por tipo de hospital. Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013	121
Figura 33.	Psiquiatras, psicólogos y enfermeras de SM	124

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.

De acuerdo a esta planificación, en 2009 se procedió a elaborar la evaluación de las acciones emprendidas por las entidades implicadas (Ministerio de Sanidad y Política Social, Ministerio del Interior y Comunidades Autónomas). En este sentido se siguió la metodología aprobada por el Comité de Seguimiento y Evaluación, constituido por los representantes de las Comunidades Autónomas e INGESA, de otros departamentos ministeriales y de las sociedades científicas y asociaciones de familias y de usuarios del ámbito de la Estrategia.

A raíz de esta evaluación se elaboró una primera actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, a desarrollar durante el periodo 2009-2013. El objeto del presente informe es precisamente, presentar la evaluación de los logros alcanzados en la ejecución de los planes y programas derivados de la puesta en marcha de la actualización de la estrategia en el citado periodo 2009-2013.

En esta evaluación se han tenido en cuenta contenidos de información relativos a:

- Variables relacionadas con la dimensión poblacional. Para ello se ha contado, fundamentalmente, con información proporcionada por la **Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad**. En este sentido cabe destacar los indicadores de la **Encuesta Nacional de Salud**, de las encuestas **EDADES** y **ESTUDES**, del **ESCRII**, del **CMBD** y del **INE** que reflejan aspectos de la salud mental y de los trastornos mentales en la población general.
- Intervenciones específicas acometidas por las **Comunidades Autónomas** en cada uno de los ámbitos de análisis de la estrategia. Esta información ha sido aportada por las mismas Comunidades Autónomas y analizada con un doble criterio:
 1. Por una parte, se elaboró un cuestionario 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 Comunidad Autónoma. Este cuestionario se remitió a las Comunidades Autónomas y los resultados se recibieron y analizaron a lo largo del último trimestre de 2014 y primer trimestre de 2015.
 2. Por otra parte, se recopiló y analizó la información aportada acerca de las actuaciones concretas abordadas por las Comunidades Autónomas. Cada intervención se asoció al objetivo concreto de cada línea estratégica. Posteriormente se aplicó un criterio de valoración cuantitativa en cada una de las Líneas Estratégicas y objetivos, para tener una idea de magnitud de las actuaciones emprendidas.

A la vista de los resultados obtenidos, no se aprecian cambios en el valor del Riesgo de mala Salud Mental. Alrededor del **20% de la población** están en **riesgo de mala salud mental**, siendo mayor la proporción en mujeres que en hombres. Sin embargo, la diferencia entre ambos grupos tiende a reducirse.

Determinados indicadores (por ejemplo, el indicador subjetivo de bienestar) se han recogido por primera vez en este periodo, por lo que no es posible evaluar diferencias respecto al periodo de evaluación anterior.

Así mismo, se observa, en relación a la **prevalencia de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales** un **leve descenso** en los valores de 2011 frente a los de 2006 en casi todas las CC.AA.

Se ha identificado un **elevado número de intervenciones en promoción y prevención de la salud mental**, sobre todo en determinados ámbitos concretos (por ejemplo, suicidio), si bien está pendiente un análisis más detallado para valorar la idoneidad y efectividad de las actuaciones emprendidas.

Las estadísticas de morbilidad hospitalaria indican que en el periodo 2009 – 2013 ha habido un cierto **incremento de las autolesiones**, siendo en varones un incremento del 11% en varones y del 15% en mujeres.

En cuanto al **suicidio**, la evolución de la tasa de mortalidad muestra una **tendencia descendente desde 1996 a 2011, invirtiéndose la tendencia a partir de esa fecha**. En todo caso, España presenta una baja tasa de mortalidad por suicidio respecto a los países de Europa Occidental.

A la vista de la información recogida, es importante destacar la magnitud de las acciones que se realizan para **disminuir el consumo de alcohol y otras drogas**.

En cuanto a la aplicación de la **Ley de la Dependencia** a las personas con trastorno mental grave, la información recibida permite aseverar que se está llevando a cabo, si bien falta por definir, de forma homogénea, un espacio socio-sanitario de atención al paciente con trastorno mental crónico.

No está consolidado un modelo de intervenciones para abordar el problema del **estigma** y la **discriminación**, así como no existe un registro formal de normas y procedimientos en los centros sanitarios, ni un seguimiento de los mismos, para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias. Si bien es cierto que existen muchas y válidas iniciativas contra el estigma y discriminación, hay un déficit en iniciativas más orientadas hacia la sociedad civil que pretendan abarcar todo el territorio nacional. Una gran parte de las iniciativas llevadas a cabo tienen mayor impacto en personas con enfermedad mental y sus familiares, y profesionales de salud mental y tienen una difusión limitada (local o regional).

Dentro de la segunda línea estratégica de **Atención a los trastornos mentales**:

En el Objetivo General de **mejora de la calidad, equidad y continuidad de la atención**, se detecta que:

Comenzamos a tener datos comparables de algunas de la estructuras de atención, aunque de forma muy precaria.

Las comunidades están desarrollando **procesos como herramienta de mejora de calidad de la atención y continuidad de cuidados**.

Se está llevando a cabo la **creación de recursos para niños y adolescentes, y algunas iniciativas con población en edad avanzada**.

También han tenido un buen desarrollo, en general, los objetivos destinados a mejorar los cuidados en su salud general (enfermedades somáticas más prevalentes), a la atención a las personas con trastorno mental a las que un juez dicta ingreso penitenciario, el uso de guías integradas de práctica clínica. Todos estos programas deberían desarrollarse con una organización y actividades definidas, normalizadas y homogéneas en todas las unidades, servicios y agentes de los dispositivos sanitarios y no sanitarios (sociales, educativos, laborales).

Parece que hay poco desarrollo todavía **de los planes individuales de atención**.

Respecto al 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 de las pacientes**

La mayoría de las comunidades han elaborado protocolos para los procedimientos involuntarios, aunque no sabemos si existen formas proactiva de seguimientos de los mismos y de detección de irregularidades para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias.

En la línea de **coordinación intrainstitucional e inter-institucional**, y dentro del Objetivo General 6 **Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental**, se han desarrollado **múltiples pero desiguales mecanismos y estructuras de coordinación** tanto entre distintas consejerías y ámbitos (judicial, vivienda, educación, etc.), como entre los dispositivos sanitarios (primaria, centros de salud mental, hospitales,...) y sociales de una misma área. Sin embargo, ésta sigue siendo claramente una cuestión pendiente.

Es destacable la sensibilidad percibida en las CC.AA. acerca la necesidad de apoyar la integración social y laboral de personas con problemas de Salud Mental. De hecho, la mayoría de las CC.AA. informan que poseen el servicio de preparación para el empleo, empleo con apoyo o empleo protegido, extendido a personas con Enfermedad Mental.

En el 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, se informa de que hay un gran número de **contactos y colaboraciones** entre las **CC.AA.** y las **sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares**, si bien se desconoce el impacto real de esa colaboración en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las iniciativas en Salud Mental.

En cuanto a **la formación del personal sanitario**, se aprecia que todas las Comunidades, así como algunas asociaciones y sociedades, han desarrollado múltiples cursos y acciones formativas.

Finalmente, el número de proyectos de **investigación en Salud Mental**, se han mantenido las cifras anuales del periodo anterior de evaluación (2006-2008).

2. INTRODUCCIÓN

El presente documento recoge los datos y contenidos de información que permiten valorar las actuaciones emprendidas como consecuencia de la puesta en marcha de la Estrategia de Salud Mental del SNS en el periodo 2009-2013.

Diferentes organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, han catalogado los problemas de Salud Mental entre los de mayor prevalencia a nivel mundial. De hecho, numerosos estudios epidemiológicos muestran que cada año un tercio de la población adulta sufre un trastorno mental. Más concretamente, entre los países de nuestro entorno, se cifra en un 38,2% el porcentaje de población europea adulta que sufre un trastorno mental al año (164,7 millones de personas).

En línea con esta situación, y como respuesta a la sensibilidad que los problemas de salud mental despertaban entre ciudadanos, profesionales, gestores de servicios sanitarios y asociaciones de pacientes y familiares, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) estableció la atención a la salud mental de los españoles entre sus principales objetivos.

Por todo ello, a lo largo de la última década el MSSSI ha liderado los trabajos necesarios para la elaboración y puesta en marcha de una Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. La versión inicial de dicha estrategia se aprobó en 2006, fue sometida a una primera evaluación en 2009-2010. Tras esta evaluación se redefinió la estrategia para el periodo 2009-2013.

Actualmente, se encuentra en marcha el proceso de evaluación de esta segunda fase de la estrategia, para posteriormente proceder a una nueva propuesta de líneas y objetivos estratégicos.

En el proceso de evaluación, dirigido y coordinado por la Subdirección General de Calidad y Cohesión del MSSSI, se ha pasado revista a las actuaciones emprendidas, contando para ello con la colaboración de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del MSSSI, de los organismos competentes en los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, de las principales sociedades científicas del ámbito de la Estrategia y de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y la Fundación Mundo Bipolar, contando adicionalmente con la inestimable colaboración del grupo de Coordinadores Científicos del proyecto.

redacción médica

3. METODOLOGÍA

La evaluación de la estrategia en Salud Mental tiene que contestar a dos tipos de preguntas:

- ¿Cómo está evolucionando la salud mental de los ciudadanos residentes en España?
- ¿Cuál es el grado de implantación de la estrategia en Salud Mental?

El objetivo es proveer una herramienta útil a los políticos, planificadores y gestores, así como a sociedades científicas y asociaciones de usuarios y familias, para evaluar y tomar decisiones sobre si los esfuerzos realizados deben mantenerse, incrementarse o reorientarse.

La Estrategia tiene 5 líneas estratégicas con 9 objetivos generales, cada uno de los cuales cuenta, a su vez, con varios objetivos específicos, hasta un total de 63.

Figura 1. Líneas estratégicas (L.E.), Objetivos Generales (O.G.) y Objetivos Específicos (O.E.) definidos en la Estrategia de Salud Mental 2009-2013

L. E. 1: Promoción, Prevención y Erradicación del Estigma		
O.G. 1: Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos		7 O.E.
O.G. 2: Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones		9 O.E.
O.G. 3: Erradicar el estigma y la discriminación asociados a personas con T. M.		5 O.E.
L. E. 2: Atención a los trastornos mentales		
O.G. 4: Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de S.M.		26 O.E.
O.G. 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 de las pacientes		3 O.E.
L. E. 3: Coordinación intra-institucional e inter-institucional		
O.G. 6: Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental		4 O.E.
O.G. 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		3 O.E.
L. E. 4: Formación del personal sanitario		
O.G. 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		2 O.E.
L. E. 5: Investigación en Salud Mental		
O.G. 9: Potenciar la investigación en Salud Mental		4 O.E.

De estos objetivos específicos:

- Una parte importante son **acciones, intervenciones, programas o proyectos** que las comunidades tienen que llevar a cabo.
- Otra parte son **objetivos de estructura y proceso asistencial**.
- Finalmente otro grupo son **objetivos sobre el estado de salud de la población**.

NOTA: Se ha comprobado que algunos de los indicadores seleccionados originalmente para evaluar la estrategia (por ejemplo los derivados del Eurobarómetro) carecen de la continuidad temporal necesaria

para cumplir su función. Por ese motivo no se presentan en este documento. Se han buscado indicadores alternativos incluyendo el mejor dato disponible.

1: Acciones, intervenciones, programas y proyectos:

En la evaluación realizada hasta la fecha, se ha medido preguntando el número de intervenciones. Esto ha traído problemas de fiabilidad, ya que cada Comunidad lo ha entendido de modo distinto. Asimismo tampoco está claro que a más cantidad de intervenciones mejor promoción. En esta evaluación, esta información se completa con un breve informe de las Comunidades Autónomas sobre las intervenciones realizadas

Por esta razón, en **los objetivos que indican que las CC.AA. deben llevar a cabo determinadas acciones se recogerán: Un breve informe por CC.AA.**

2. Objetivos de estructura y proceso asistencial:

Dentro de los objetivos de estructura, los que más dificultad tiene son los distintos dispositivos de atención. Se propone:

- Medir los **dispositivos básicos**:
 - a. Centros de salud mental
 - b. Camas de agudos y de media y larga estancia en hospitales generales y monográficos
 - c. Profesionales (psiquiatras, especialistas en psicología clínica, enfermería...)
- Evaluar la **Disponibilidad de dispositivos, programas o servicios** comunitarios u hospitalarios que atiendan necesidades específicas de atención contempladas en la estrategia:
 - a. Urgencias psiquiátricas e intervención en crisis.
 - b. Rehabilitación comunitaria y hospitalaria (hospitales de día, hospitalización parcial o total)
 - c. Programas de intervención familiar.
 - d. Intervención precoz en personas con psicosis.
 - e. Atención sanitaria de la población inmigrante.
 - f. Sistemas para facilitar adherencia y evitar abandonos
 - g. Empleo con apoyo o empleo protegido
 - h. Atención a patología dual:
 - i. Dispositivos específicos para:
 - 1. Infancia y adolescencia.
 - 2. Personas con edad avanzada.
 - 3. Personas con discapacidad intelectual.
 - 4. Programas de continuidad de cuidados
 - j. Dispositivos residenciales
 - 5. Mini residencias (< 30 camas)
 - 6. Viviendas supervisadas
 - 7. Unidades residenciales (> 30 camas)

Los objetivos de proceso asistencial, constituyen uno de los puntos principales de la estrategia y, por ahora de más difícil medición y requiere de una fuente de información válida y fiable y que tenga una serie de ítems y criterios comunes.

En función de lo anterior, se decidió desde la Subdirección General de Sistemas de Información e Innovación estudiar las **fuentes de información** existentes en las comunidades para poder medir los puntos clave del mismo y, en los casos en que tengamos información válida obtener algunos datos sobre algunos de los programas o servicios que se oferten.

Por último, se incluyen:

- Informe de las **Sociedades científicas, de usuarios y /o familiares** sobre **cursos de formación** de salud mental realizados a profesionales.

- Informe de las **CC.AA. y Sociedades científicas, de usuarios y /o familiares** sobre jornadas, congresos y otras actividades de **difusión** de la estrategia.

Esta propuesta de Evaluación fue aprobada por los comités Institucional y Técnico de la Estrategia.

Tab. 1 Indicadores utilizados en el presente documento

Línea estratégica	Objetivo	Indicadores	Fuentes
1. Promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y erradicación del estigma	1	Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental – Población Adulta y Población Infantil	ENSE
		Porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo.	ENSE
		Indicador subjetivo de bienestar (satisfacción con la vida).	ECV. Módulo sobre bienestar INE
	2	Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico	ENSE
		Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, por Comunidad Autónoma y sexo. Evolución 2006-11	ENSE
		Porcentaje de personas que declaran consumir drogas y gráfico de evolución 1995-2011 por tipo de producto: Cannabis Alucinógenos Anfetaminas Cocaína Heroína	EDADES
		Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas y gráfico de evolución 1996-2012 por tipo de producto: Cannabis Éxtasis Alucinógenos Anfetaminas Cocaína Heroína	ESTUDES
		Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol por Comunidad Autónoma y sexo (Datos para 2006, 2009 y 2011)	ENSE
		Tasa de alta por autolesiones por Comunidad Autónoma y sexo (Evolución 2009-2011)	CMBD
		Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100.000 hab., por Comunidad Autónoma. Evolución 2004-2012. Gráfica de la evolución por sexos	INE
		Porcentaje de personas con discapacidad atribuida a trastorno mental	IMSERSO
	2.4	Intervenciones realizadas por las CC.AA en Atención Primaria para dar apoyo a las familias, en las siguientes líneas específicas: Atención al cuidador familiar Atención domiciliaria Atención en Cuidados Paliativos Atención a la Demencia Educación para la salud a cuidadores Fisioterapia en domicilio al cuidador	CC.AA.
	2.9	Comunidades que han creado recursos para el cuidado de personas dependientes por Enfermedad Mental, según la Ley de Dependencia	CC.AA.

		¿Existe tendencia de aumentar la carga de cuidados en recursos institucionales o distintos de los familiares?	CC.AA.
	3	Actuaciones de las Comunidades (Planes o programas, Intervenciones, Normativas...) para erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental	CC.AA.
	3.4	Porcentaje de camas psiquiátricas de agudos en Hospitales Generales frente a Hospitales Monográficos, en las CC.AA., por 100.000 hab. Evolución 2009-2013	EESCRI
2. Atención	4	Porcentaje de reingresos: Nº altas Estancia Media Tasa de Reingreso Estancia Media de Reingreso Tasa de Reingreso de < 8 días Tasa de Reingreso de 8 a 30 días Comparativa del total de Altas frente a Trastornos Mentales Desglose por Comunidad Autónoma Evolutivo Por problema específico	CMBD
	4.3	Protocolos de atención a urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis	CC.AA.
	4.5	Disponibilidad de recursos para tratamiento de pacientes con trastornos mentales en programas de rehabilitación: Rehabilitación Hospitalaria / Residencial Rehabilitación ambulatoria Rehabilitación en hospital de día	CC.AA.
	4.6	Existencia de recursos para intervención familiar	CC.AA.
	4.7	Desarrollo de protocolos para atención a pacientes con trastornos mentales para mejorar su salud general, especialmente con enfermedades físicas más prevalentes	CC.AA.
	4.8	Los planes de salud mental de la Comunidad Autónoma contemplan la atención específica de personas con discapacidad intelectual y trastorno mental	CC.AA.
		Disponibilidad de recursos para atención a personas con discapacidad intelectual: Atención comunitaria Hospitalización de día / parcial Hospitalización de agudos	CC.AA.
	4.9	Disponibilidad de recursos para atención a la infancia y adolescencia: Atención comunitaria Hospitalización de día / parcial Hospitalización de agudos	CC.AA.
	4.10	Informe de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad	MSSSI
		Resultados del Programa de Actuación para Drogodependientes en Instituciones Penitenciarias del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.	II.PP.
		% de internos con problemas de sustancias psicoactivas atendidos	II.PP.
		Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios	II.PP.
	4.11	Dispositivos de recursos básicos: Centros de salud mental	REGCESS CC.AA.

		Camas por 100.000 hab. de Psiquiatría de Agudos en Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Hospitales Monográficos	EESCRI
		Camas por 100.000 hab. de Psiquiatría de Media y larga Estancia en Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Hospitales Monográficos	EESCRI
		Estancias medias en Unidades de Agudos en Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Hospitales Monográficos	CMBD
		Estancias medias en Unidades de Media y Larga Estancia en Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Hospitales Monográficos	CMBD
		Ratio de profesionales en Salud mental por población (1.000 hab.): Psiquiatras Psicólogos clínicos especialista Enfermeras	EESCRI CC.AA.
	4.13	Disponibilidad de un sistema para facilitar la adherencia y evitar los abandonos	CC.AA.
		Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos	SI-CF
	4.16	Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos	SI-CF
		Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas	SI-CF
	4.17	Disponibilidad de recursos para personas con edad avanzada en atención comunitaria, hospitalización de día y de agudos	CC.AA.
	4.18	Disponibilidad de recursos para intervención precoz en pacientes con psicosis	CC.AA.
	4.19	Disponibilidad de recursos para atención a inmigrantes	CC.AA.
	4.24	Existencia de programa de continuidad de cuidados	CC.AA.
		Existencia de protocolos clínicos para atención a patología dual: drogodependencia y TMG	CC.AA.
		Existencia de protocolos clínicos para atención a patología dual: déficit intelectual y TMG	CC.AA.
	4.26	Existencia de dispositivos residenciales: Mini Residencias de menos de 30 camas	CC.AA.
		Existencia de dispositivos residenciales: Viviendas Supervisadas	CC.AA.
		Existencia de dispositivos residenciales: Mini Residencias de más de 30 camas	CC.AA.

	4	Dispositivos, programas y servicios para Salud Mental. Información de detalle: Urgencias psiquiátricas Rehabilitación hospitalaria residencial Rehabilitación ambulatoria Rehabilitación hospital de día Intervención familiar Infancia / Adolescencia atención comunitaria Infancia / Adolescencia hospitalización de día Infancia / Adolescencia hospitalización de agudos Edad avanzada atención comunitaria Edad avanzada hospitalización de día / parcial Edad avanzada hospitalización de agudos Discapacidad intelectual hospitalización de agudos Intervención precoz a personas con psicosis Atención a la población inmigrante Programa de continuidad de cuidados Sistema para facilitar la adherencia y evitar abandonos Programa de empleo con apoyo o empleo protegido Atención a patología dual (Drogodependencia y TMG) Atención a patología dual (déficit intelectual y TMG) Dispositivos residenciales (mini residencias <30 camas) Dispositivos residenciales (viviendas supervisadas) Dispositivos residenciales (residencias >30 camas)	CC.AA.
	5.2	Existencia de protocolos para el traslado y la hospitalización involuntaria	CC.AA.
	5.3	Existencia de protocolos de contención física y tratamiento involuntario	CC.AA.
3. Coordinación intra-institucional e interinstitucional	6.2	Integración de la Ley de Dependencia en el marco de atención a personas dependientes por Enfermedad Mental	CC.AA.
	6.4	Existencia de programa de empleo con apoyo o empleo protegido	CC.AA.
		Nº de personas con trastornos mentales que reciben el servicio de: Preparación para el empleo Empleo con apoyo Empleo protegido.	CC.AA.
	7.1	Publicación de guías para enfermos y familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios	CC.AA.
		Existencia de estrategia de e-administración en Salud Mental	CC.AA.
	7.2	Comunidades que han implantado vías para la participación de personas con trastornos mentales y familiares en los ámbitos de la Salud Mental	CC.AA.
4. Formación	8.1	Comunidades que han implantado vías para la participación de Sociedades científicas y Profesionales en los ámbitos de la Salud Mental	CC.AA.
		Cursos realizados (número, créditos, horas, asistentes) en cada Comunidad Autónoma, por tipo de profesional: Psiquiatras Médicos de Atención Primaria Psicólogos clínicos Enfermería de Salud Mental Enfermería de Atención Primaria Trabajadores Sociales Terapeutas ocupacionales Otros Profesionales Equipos multidisciplinares	CC.AA.
		Cursos realizados (número, créditos, horas, asistentes) por las diferentes Sociedades Científicas y Asociaciones de Usuarios y/o Familiares, por tipo de profesional:	Sociedades y Asociaciones

		Psiquiatras Médicos de Atención Primaria Psicólogos clínicos Enfermería de Salud Mental Enfermería de Atención Primaria Trabajadores Sociales Terapeutas ocupacionales Otros Profesionales Equipos multidisciplinares	
	8.2	Número de cursos en Salud Mental que incorporan las perspectiva de género / Número total de cursos en Salud Mental impartidos	CC.AA.
5. Investigación	9.1	Número de proyectos de investigación sobre Salud Mental: Proyectos solicitados por las CC.AA. y financiados por el ISCIII en el periodo 2009-2013 y evolución anual del total nacional Proyectos financiados por las CC.AA.	ISCIII CC.AA
	9.2	Número de redes acreditadas de centros de investigación en Salud Mental (acreditadas por MSSSI y CC.AA.)	CC.AA
	9.3	Comunidades Autónomas que impulsan metodologías de investigación sensibles al género	CC.AA.
	9.4	Evolución anual del número de proyectos de investigación sobre Salud Mental con perspectiva de género	ISCIII

Abreviaturas y acrónimos:

CC.AA.:	Comunidades Autónomas
CMBD:	Conjunto Mínimo Básico de Datos
ECV:	Encuesta de Condiciones de Vida;
EDADES:	Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España
EDDES:	Encuesta de Discapacidades, Deficiencia y Estado de Salud
EESCRI:	Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento
ENSE:	Encuesta Nacional de Salud
ESTUDES:	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias
II.PP.:	Instituciones Penitenciarias
IMSERSO:	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE:	Instituto Nacional de Estadística
ISCIII:	Instituto de Salud Carlos III
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
REGCESS	Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
SI – CF:	Sistema de información de consumo farmacéutico del SNS
SIAP – SM:	Sistema de Información de Atención Primaria – Salud Mental
TSI:	Tarjeta Sanitaria Individual

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

• OBJETIVO GENERAL 1

PROMOVER LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN GENERAL Y DE GRUPOS ESPECÍFICOS

EVALUACIÓN:

- Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental

En adultos:

Tab. 2 Porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental
Por sexo y CCAA. 2006, 2011

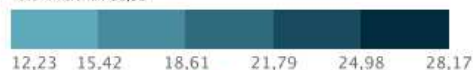
CC.AA.	Total			Hombres adultos			Mujeres adultas		
	2006	2011	Dif	2006	2011	Dif.	2006	2011	Dif.
Andalucía	20,14	20,92	0,78	14,61	16,49	1,88	25,37	25,21	-0,16
Aragón	17,68	13,65	-4,03	11,39	11,5	0,11	23,83	15,76	-8,07
Asturias	23,57	19,69	-3,88	15,07	18,2	3,13	31,34	21,04	-10,30
Baleares	25,14	16,64	-8,5	18,8	13	-5,80	31,46	20,29	-11,17
Canarias	28,17	28,18	0,01	19,5	26,88	7,38	36,77	29,47	-7,30
Cantabria*	12,68			9,15			15,94		
Castilla y León	14,3	17,84	3,54	10,89	15,46	4,57	17,6	20,15	2,55
Castilla - La Mancha	16,62	14,63	-1,99	11,17	9,1	-2,07	22,11	20,34	-1,77
Cataluña	23,43	18,66	-4,77	18,94	14,57	-4,37	27,85	22,51	-5,34
Comunidad Valenciana	24	24,62	0,62	16,86	20,42	3,56	31,03	28,7	-2,33
Extremadura	18,26	18,45	0,19	10,7	11,81	1,11	25,46	25,15	-0,31
Galicia	22,14	16,07	-6,07	15,5	12,47	-3,03	28,21	19,35	-8,86
Madrid	24,1	20,41	-3,69	18,92	18,35	-0,57	28,94	22,26	-6,68
Murcia	20,27	22,09	1,82	15,24	16,82	1,58	25,33	27,48	2,15
Navarra	25,48	22,42	-3,06	18,75	17,44	-1,31	32,12	27,25	-4,87
País Vasco	15,58	16,26	0,68	9,92	11,43	1,51	20,79	20,8	0,01
La Rioja	12,23	17,52	5,29	10,2	10,9	0,70	14,29	24,01	9,72
Ceuta	23,13	20,14	-2,99	15,7	12,56	-3,14	30,28	26,75	-3,53
Melilla	23,13	5,78	-17,35	15,7	8,05	-7,65	30,28	3,21	-27,07
España	21,31	20,41	-0,9	15,55	16,76	1,21	26,84	23,89	-2,95

*En 2011 los datos de Cantabria pueden ser incorrectos y por tanto no se muestran
Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Figura 2. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental por CCAA. 2006

Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental según CC.AA., 2006 - Total

Valor nacional: 21,31



Fuente: ENSE/EES. Extraído de INCLASNS (30/3/2015 - 8:51)

Observaciones: Los datos anteriores a 2011 se refieren a población de 16 y más años. (Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados)).

Figura 3. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental por CCAA. 2011

Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental según CC.AA., 2011 - Total

Valor nacional: 20,41



Fuente: ENSE/EES. Extraído de INCLASNS (30/3/2015 - 8:51)

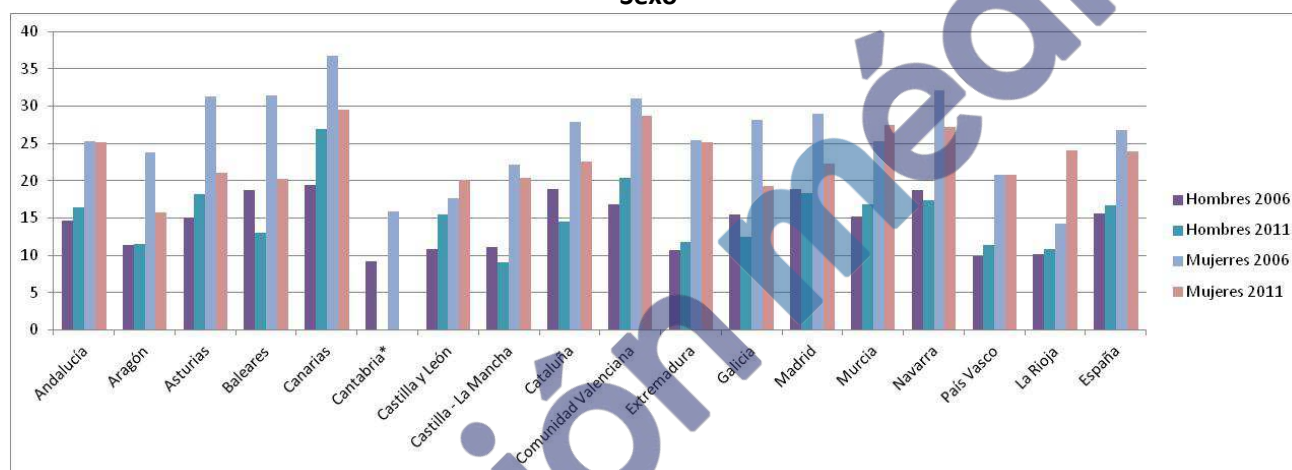
Observaciones: Los datos anteriores a 2011 se refieren a población de 16 y más años. (Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados)).

Los datos disponibles no cubren todo el periodo evaluado. Disponemos de datos para 2006 y 2011 y, a la hora de comparar los datos hay que tener en cuenta la diferencia en el punto de corte de edad que incluyen ambas encuestas (16 y 15 años respectivamente).

No se aprecia un cambio en el valor de este indicador. Alrededor del 20% (una de cada cinco personas) de la población están en riesgo de mala salud mental. Por lo que a la diferencia de sexos se refiere, en las mujeres se encuentra una proporción mayor que entre los hombres, aunque la diferencia entre ambos grupos tiende a reducirse.

En cuanto a la distribución geográfica, hay que tener en cuenta el carácter muestral y por tanto la variabilidad debida al azar, lo que hace difícil con tan solo dos datos valorar si existe algún cambio. Como nota hay que añadir que en 2011 los datos de Cantabria no se muestran.

Figura 4. Porcentaje de personas adultas en riesgo de mala salud mental
Porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental. España. 2006, 2011. Distribución por CCAA y Sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística

En Población Infantil

Tab. 3 Riesgo de mala salud mental en Población de 4-14 años. Por sexo
Puntuación 17 y más en SDQ-TDS) Porcentaje, IC al 95%

	Ambos sexos			NIÑOS			NIÑAS		
	Esti- mación	Inferior	Superior	Esti- mación	Inferior	Superior	Esti- mación	Inferior	Superior
2011	8,2%	7,2%	9,3%	8,9%	7,6%	10,4%	7,4%	6,1%	9,0%
2006	8,7%	7,8%	9,7%	9,3%	8,1%	10,7%	8,0%	6,9%	9,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística

**Tab. 4 Riesgo de mala salud mental en población de 4-14 años
España 2011. Por sexo y CCAA**

	TOTAL				NIÑOS				NIÑAS			
CC.AA. de residencia	Estima- ción	Intervalo de Confianza al 95%		Rec. no ponde- rado	Estima- ción	Intervalo de Confianza al 95%		Rec. no ponde- rado	Estima- ción	Intervalo de Confianza al 95%		Rec. no ponde- rado
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
Andalucía	8,24%	5,89%	11,41%	46	9,82%	6,67%	14,23%	27	6,67%	4,01%	10,91%	19
Aragón	5,08%	2,78%	9,09%	10	6,57%	3,12%	13,30%	7	3,48%	1,10%	10,42%	3
Asturias, Principado de	8,25%	4,28%	15,32%	10	12,37%	5,99%	23,80%	8	3,87%	0,95%	14,42%	2
Baleares, Islas	8,22%	4,93%	13,40%	16	11,80%	6,92%	19,42%	12	3,89%	1,43%	10,18%	4
Canarias	4,51%	2,58%	7,78%	11	4,14%	1,67%	9,88%	5	4,90%	2,34%	9,96%	6
Cantabria	4,13%	1,83%	9,04%	6	4,75%	1,32%	15,69%	3	3,55%	1,23%	9,82%	3
Castilla y León	12,34%	8,12%	18,32%	25	11,07%	6,00%	19,54%	11	13,73%	7,54%	23,71%	14
Castilla-La Mancha	7,98%	4,61%	13,49%	15	10,54%	5,92%	18,09%	11	4,94%	1,77%	13,01%	4
Cataluña	6,37%	4,35%	9,23%	31	7,87%	4,94%	12,29%	20	4,65%	2,51%	8,45%	11
Comunidad Valenciana	7,32%	4,75%	11,11%	24	6,16%	3,37%	11,00%	12	8,64%	4,39%	16,32%	12
Extremadura	12,26%	6,26%	22,60%	15	10,64%	4,56%	22,88%	6	13,59%	6,37%	26,67%	9
Galicia	7,75%	4,84%	12,18%	17	5,05%	2,41%	10,25%	7	10,90%	5,88%	19,32%	10
Madrid, Comunidad de	6,91%	4,55%	10,34%	25	8,08%	4,56%	13,90%	15	5,67%	2,99%	10,50%	10
Murcia, Región de	22,37%	15,11%	31,81%	47	22,06%	13,46%	34,00%	24	22,67%	12,56%	37,43%	23
Navarra, Com. Foral de	11,10%	6,47%	18,42%	13	10,71%	4,80%	22,22%	7	11,56%	4,97%	24,64%	6
País Vasco	10,86%	7,00%	16,49%	19	13,22%	7,50%	22,24%	12	8,47%	3,98%	17,10%	7
Rioja, La	2,90%	0,98%	8,25%	5	2,99%	0,92%	9,32%	3	2,77%	0,65%	11,01%	2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística

Porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo.

Tab. 5 Porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo

Apoyo social funcional percibido bajo	Total			Hombres			Mujeres		
	2009	2015	Dif.	2009	2015	Dif.	2009	2015	Dif.
Andalucía	2,7%	3,9%	1,2%	2,1%	3,5%	1,4%	3,2%	4,2%	1,0%
Aragón	2,5%	1,8%	-0,7%	2,5%	1,6%	-0,9%	2,6%	2,0%	-0,6%
Asturias (Principado de)	1,8%	3,6%	1,8%	1,8%	2,4%	0,6%	1,8%	4,8%	3,0%
Baleares (Islas)	3,4%	3,8%	0,4%	4,0%	4,0%	0,0%	2,8%	3,6%	0,8%
Canarias	4,5%	4,3%	-0,2%	5,0%	5,7%	0,7%	3,9%	3,0%	-0,9%
Cantabria	1,5%	5,3%	3,8%	1,9%	5,7%	3,8%	1,1%	4,9%	3,8%
Castilla y León	1,7%	5,3%	3,6%	1,6%	5,0%	3,4%	1,8%	5,5%	3,7%
Castilla-La Mancha	2,8%	4,1%	1,3%	2,2%	3,3%	1,1%	3,4%	4,9%	1,5%
Cataluña	4,6%	2,0%	-2,6%	4,4%	1,1%	-3,3%	4,7%	2,8%	-1,9%
Comunidad Valenciana	5,1%	3,3%	-1,8%	5,0%	2,2%	-2,8%	5,3%	4,5%	-0,8%
Extremadura	0,6%	2,0%	1,4%	0,5%	1,6%	1,1%	0,7%	2,5%	1,8%
Galicia	3,0%	1,7%	-1,3%	2,5%	0,8%	-1,7%	3,5%	2,5%	-1,0%
Madrid (Comunidad de)	4,3%	2,2%	-2,1%	4,4%	1,9%	-2,5%	4,2%	2,5%	-1,7%
Murcia (Región de)	4,7%	9,1%	4,4%	3,9%	8,3%	4,4%	5,4%	9,8%	4,4%
Navarra (Comunidad Foral)	2,7%	1,9%	-0,8%	1,4%	0,4%	-1,0%	3,9%	3,3%	-0,6%
País Vasco	0,8%	3,1%	2,3%	1,5%	2,4%	0,9%	0,1%	3,7%	3,6%
La Rioja	1,5%	1,6%	0,1%	1,7%	1,3%	-0,4%	1,4%	1,9%	0,5%
España	3,4%	3,3%	-0,1%	3,2%	2,8%	-0,4%	3,6%	3,8%	0,2%

Nota: Los datos correspondientes a celdas coloreadas con fondo gris deben tomarse con precaución por posible error de muestreo elevado

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Figura 5. Porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo (2015)

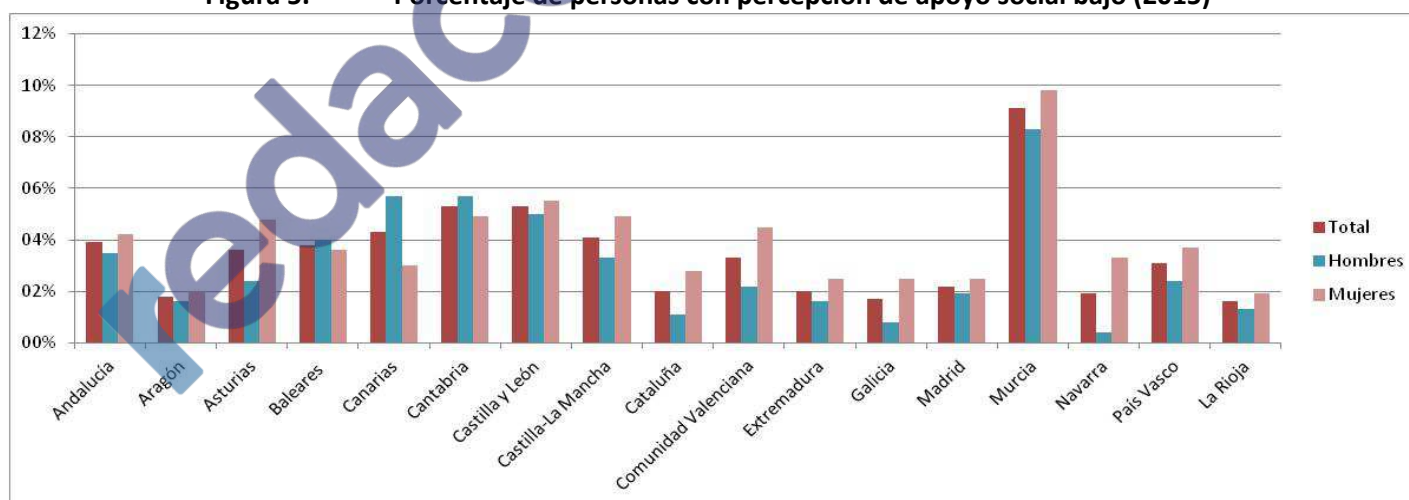


Figura 6. Dif. de porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo (2009-2015)



Indicador subjetivo de bienestar (satisfacción con la vida).

La edición de 2013 de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) incluyó un Módulo sobre Bienestar. Este módulo constituye un primer paso por parte de la estadística pública en Europa de cara a la medición multidimensional de la calidad de vida. Los datos obtenidos se utilizarán en la construcción de indicadores de calidad de vida que se están desarrollando en el ámbito europeo. Está prevista la repetición del módulo de forma periódica, en principio cada seis años.

Se recoge la valoración subjetiva que hace la persona entrevistada de las diferentes dimensiones que componen su calidad de vida desde una óptica multidimensional. Se le pide que valore su satisfacción con la vida en general y distintos aspectos concretos como son la situación económica, la vivienda, el tiempo disponible, la confianza en las instituciones, la confianza en los demás, las relaciones personales, la seguridad o la satisfacción con el trabajo actual, en el caso de la población ocupada.

Tab. 6 Indicador subjetivo de bienestar por Comunidad Autónoma 2013

Comunidades Autónomas	Satisfacción media
Andalucía	6,7
Aragón	7
Asturias (Principado de)	7
Baleares (Islas)	7,3
Canarias	6,9
Cantabria	6,8
Castilla y León	6,5
Castilla-La Mancha	7
Cataluña	7,1
Comunidad Valenciana*	7,1
Extremadura	6,8

Galicia	6,1
Madrid (Comunidad de)	7
Murcia (Región de)	6,9
Navarra (Comunidad Foral)	7,2
País Vasco	7,1
La Rioja	7
Ceuta	7,1
Melilla	7,3
España	6,9

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Módulo sobre bienestar 2013. INE

Figura 7. Valoración media de las dimensiones del bienestar



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Módulo sobre bienestar 2013. INE

El indicador subjetivo de bienestar en la población general es moderadamente alto, sin que haya unas diferencias relevantes entre unas comunidades y otras. Al ser la primera vez que se recoge este indicador no es posible valorar el posible impacto de la estrategia en este campo. Será necesario disponer de una serie más larga para que la monitorización de este indicador nos diga algo sobre su relación con las actuaciones definidas por la estrategia.

EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A la hora de evaluar las intervenciones, tanto de este objetivo de promoción, como el de prevención de la enfermedad y la erradicación del estigma, nos hemos encontrado diversos problemas:

- La mayor parte de los proyectos tienen objetivos diversos que pueden formar parte de distintos objetivos específicos de la estrategia.
- Del mismo modo se pueden combinar objetivos de promoción y prevención en un solo proyecto.
- También se solapan prevención y detección precoz.
- Existen una gran parte de objetivos que no se incluyen entre los objetivos específicos.
- Tampoco se contemplaban los objetivos de prevención secundaria.

Hemos descartado aquellos proyectos que claramente nos parecían de atención y se incluirán en el objetivo 4.

Por todo ello entiéndase esta clasificación solo de modo orientativo y seguramente mejorable.

Tab. 7 Valoración cuantitativa de las iniciativas (Obj. Gral. 1)

Comunidades Autónomas	Etapas vitales	Instituciones (1)	Medios de comunicación	Criterios calidad (2)	Impacto en salud	Igualdad	Perspectiva de género
Andalucía	5	1	4	3	1	1	2
Aragón							
Asturias (Principado de)	2	4					
Baleares (Islas)		1	1				
Canarias	5					2	
Cantabria				1			
Castilla y León							
Castilla-La Mancha	2						
Cataluña	3	1	2	1			
Comunidad Valenciana*	3			10		3	1
Extremadura	3	1					
Galicia				1			
Madrid (Comunidad de)		1	1				
Murcia (Región de)	3			3			
Navarra (Comunidad Foral)							
País Vasco	3	2	6				
La Rioja							
Ceuta y Melilla							
España	29	11	14	19	1	6	3

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

1: Se incluyen aquí todas las iniciativas intersectoriales o de institucionalización de los proyectos de promoción y prevención.

2: Se incluyen aquellos proyectos de prevención y detección precoz o prevención secundaria que no se han podido incluir en otros apartados

**La Comunidad Valenciana realiza sus proyectos, unos 25 al año, mediante subvenciones a distintas asociaciones.

RESUMEN INTERVENCIONES:

1: REALIZADOS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

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

Objetivo general 1: Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos.

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, diferenciando en cada etapa necesidades diferenciales de ambos sexos.

ANDALUCÍA:

- Apoyo y seguimiento a las acciones destinadas a fomentar una parentalidad saludable y un desarrollo positivo adolescente.
- Programa de promoción de la salud “Forma Joven”.
- Diseño e implantación de los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE).
- Edición y difusión de diversos materiales para el afrontamiento saludable de dificultades de la vida cotidiana,.
- Envejecimiento Activo, existen en la actualidad 235 Centros de Participación Activa.

ASTURIAS:

- Con los profesionales sanitarios (AP):
 - Implementar el conocimiento en Pediatría de AP de los signos y síntomas que puedan indicar situaciones de acoso escolar.
- Con el sistema educativo:
 - Establecer medidas específicas de vigilancia del acoso escolar, en colaboración con las autoridades educativas

CANARIAS:

- Programa de salud infantil.
- Programa de atención a las personas mayores en Atención Primaria.
- Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y curso online de ámbito comunitario basado en este Manual. Incluye el área de la detección precoz en Atención Primaria.
- Programa Aulas de Salud:
- Programa “Los círculos de la vida saludable”.

CASTILLA LA MANCHA:

- Programa ALCAZUL para Jóvenes de 12 a 18 años
- “Formación de padres y madres en colaboración con la FAD”. Actividades organizadas por la Asociación Pretox de Toledo

CATALUÑA:

El Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP), herramienta básica para desarrollar las acciones de salud pública en Catalunya, contiene los siguientes programas específicos:

- Programas específicos de salud mental dirigidos a la etapa maternoinfantil
- Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud mental en edad pediátrica
- Programa “Salut i Escola”

- Programa de prevención de la SM en el entorno laboral
- Programas específicos de salud mental dirigidos al envejecimiento

COMUNIDAD VALENCIANA:

Intervenciones de los Servicios de Salud Mental de los Departamentos de Salud.

Conjunto de actuaciones de promoción de la Salud mental realizadas por las diferentes organizaciones asociativas que desde la Conselleria de Sanitat subvencionan para tal fin en base a la orden 2/2009; 9/2010 y 8/2011:

- Fundación Mediterránea de neurociencias de la CV:
 - o Atención psiquiátrica a niños y adolescentes dentro del sistema de protección: fase II del problema maneja-t.
 - o Programa de prevención del trastorno disocial en la infancia
- CREOS, Centro de psicoterapia y formación S.L.:
 - o Mamá feliz: una aplicación informática para la evaluación y la prevención de la depresión postparto en la C.V.
- Petjada, Associació de suport emocional davant el final de la vida:
 - o Desarrollo de un servicio de formación y asistencia ante el final de la vida.

EXTREMADURA:

- “Programa de promoción de la salud mental positiva y prevención de la enfermedad mental en el ámbito escolar”
- Proyectos financiados a través de la Orden de 30 de diciembre de 2009 por la que se convocan subvenciones para la financiación de proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y educación para la salud, durante el curso escolar 2010/ 2011.
- Proyectos financiados a través de la Orden de 6 de marzo de 2013 por la que se convocan subvenciones para la financiación de proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y educación para la salud, durante el año 2013.

MURCIA:

- Programa Argos: Dirigido a Adolescentes, jóvenes, mujeres embarazadas, y lactancia.
- Actuaciones preventivas en el ámbito familiar: Dirigida a Familiares de la población escolar.
- Programas de ocio alternativo: Dirigidas a Jóvenes mayores de 12 años.

PAIS VASCO:

- Actividades de promoción de la salud con adolescentes aprovechando las redes sociales (OSAREAN).
- Proyecto de “En mi casa para siempre” dirigido al mantenimiento de las personas mayores en sus barrios.
- Proyecto de “Espacios mentalmente saludables” y desarrollado tomando como referencia la experiencia del piso domótico de Mondragón.

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.

ANDALUCÍA:

- Incorporación de la Salud en todas las políticas y administraciones.

ASTURIAS:

- Incorporar la Salud Mental en la Estrategia de Promoción de la Salud
- Marco de coordinación entre los diferentes agentes implicados en la Promoción de la Salud Mental

- o Dar respuesta a todas las solicitudes de Ayuntamientos
 - o Incentivar la generación de espacios de encuentro y participación.
 - o Incorporar la Promoción de la Salud Mental a los Planes Municipales de Salud.
- Con el sistema educativo:
 - o Introducir factores que favorecen y elementos que componen la salud mental. en los diferentes programas de promoción de la salud en la escuela.
 - o Promocionar la relación de usuarios y familiares de usuarios de los servicios de salud mental con los escolares.
- Incorporación de las actividades comunitarias en promoción de la salud mental al espacio “Asturias Actúa”.

BALEARES:

- Formación de profesionales de las Consellerías de Salud, Educación y Asuntos Sociales.

CATALUÑA:

- El Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP), que tiene como objetivo incluir la salud en todas las políticas públicas, incluir la protección y la promoción de la salud en todos los ámbitos sociales y económicos.
- Colaboración Interdepartamental en la atención a los TCA: Mesa de Diálogo para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la que participan 14 instituciones públicas (entre otras, Ayuntamiento de Barcelona y varios Departamentos de la Generalitat, la Universitat Autònoma de Barcelona, etc.).

EXTREMADURA:

- Creación del CONSEJO REGIONAL DE SALUD MENTAL
Decreto 42/2011, de 8 de abril , por el que se modifica el Decreto 7/2006, de 10 de enero por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo dos (T2) y se establece.

MADRID:

- Participación institucional de las Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales en el Día Mundial de la Salud Mental y del Servicio Madrileño de Salud en el Día Mundial de la Prevención del Suicidio

PAIS VASCO:

- Sistematizar presencia institucional significativa, planificada y estable en Días anuales (Salud Mental, prevención suicidio,...) de la Red salud mental de Álava (RSMA) y la Red de salud mental de Bizkaia (RSMB)
- Jornada de puertas abiertas en el Hospital psiquiátrico de Araba

1.3.- Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA., un conjunto de intervenciones orientadas a la **promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.**

ANDALUCÍA:

- Publicación de varios artículos de opinión sobre Estigma y Salud Mental en prensa
- III Jornadas de Salud Mental y Medios de Comunicación en la Facultad de Comunicación de la Universidad de Sevilla.
- Talleres de Sensibilización para periodistas y estudiantes de ciencias de la comunicación.

- Publicación por FAISEM de la segunda edición de la guía de sensibilización “Las personas con enfermedad mental grave y los medios de comunicación: recomendaciones para una información no discriminatoria”.

BALEARES

- Alfabetización en salud mental

CATALUÑA:

- Canal Salut. Plataforma multicanal que pone a disposición de ciudadanos y profesionales un conjunto de recursos para mejorar la oferta de servicios. En Salud Mental existen canales temáticos de:
 - o Juego patológico
 - o Trastornos de conducta alimentaria
 - o Además el Canal Salut dispone de un apartado en el que se facilita información concreta a los ciudadanos de determinadas enfermedades.
 - o En el apartado de La Salud de la A a la Z se incluyen: Ansiedad, Anorexia, Autismo, Bulimia, Depresión, Drogas, Juego Patológico y TDAH.
 - o También en el marco del Canal Salut, se han creado videocapsulas de promoción y prevención de la salud que están visibles en el canal y en las salas de espera de de los centros de atención primaria:
 - o Trastornos de la conducta alimentaria. La autoestima
 - o Trastornos de la conducta alimentaria. La comensalidad
 - o Atención! Signos de anorexia nerviosa;
 - o Atención! Signos de bulimia nerviosa;
 - o Falsas Creencias sobre la alimentación.
- Campaña informativa y de prevención en los medios de comunicación de Cataluña con el lema “De nosotros depende la salud de nuestros hijos e hijas” para promover la instauración de una comida en familia al día, ya que es clave para prevenir los TCA y concienciar a la población de la importancia de fomentar hábitos alimentarios saludables y la aceptación de la imagen corporal en los niños y adolescentes.

MADRID:

- I Jornadas: Estigma de las Personas con Enfermedad Mental y Medios de Comunicación en colaboración con las Asociaciones de Pacientes y Familiares de la Comunidad de Madrid, la Fundación Manantial, la Consejería de Asuntos Sociales y la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

PAIS VASCO:

- Colaboración en el programa de Imanol Querejeta
- Programa semanal en Radio Euskadi (euskera) de Blas Erkizia,
- Presencia semanal en Araba en la radio con un programa sobre la salud mental.
- Presencia en los medios:
 - o En la RSMB están definidas dos personas como portavoces para las relaciones externas.
 - o En la RSMA se traslada a los medios sistemáticamente cualquier cambio importante que afecte a la RSMA (p.e. apertura centro adicciones)
 - o El Servicio de psiquiatría del Hospital Donostia participa en foros públicos habitualmente (2011 en los diálogos de Ética, Humanismo y Ciencia) y publica una página entera todos los sábados en los periódicos del Grupo Noticias, sobre temática de salud mental.
 - o Presencia del H. Galdakao en medios de comunicación (Jornadas Drogodependencias, Premios BIC, ETB, etc.)

1.4.- Las CC.AA. desarrollarán intervenciones de **promoción y prevención según los criterios de calidad** contemplados en la tabla de Criterios de Calidad.

ANDALUCÍA:

- Desarrollo de acciones formativas sobre promoción de la salud mental y el bienestar emocional,
- Programa de apoyo a menores convivientes con personas con trastornos mentales graves
- Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

CANTABRIA:

- Programa de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso

CATALUÑA:

- Prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Creación de la Mesa de diálogo para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Programas del PINSAP:
 - Programa “conecta con tus hijos” para prevenir los problemas relacionados con las conductas de riesgo y el consumo de ciertas sustancias
 - Programa pep.info para incrementar la sensibilización de los jóvenes sobre los riesgos del consumo de cánnabis, alcohol y otras drogas.
 - Programas dirigidos a la prevención de trastornos mentales en hijos de personas con TM:
 - Kidstime dirigido a niños sanos hijos de personas con TMG
 - SMILES programa para niños con psicopatología que ha motivado consulta a Centro de Salud Mental y que tienen padres, cuidadores u otros familiares con un diagnóstico de TMS.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Intervenciones realizadas por los Servicios de Salud Mental departamentales.
- Programas subvencionados por la Conselleria de Sanidad realizadas por el movimiento asociativo, tales como:
 - Programa de prevención y promoción: Salúdate
 - Actividades de coordinación y prevención desde la asociación ACOVA
 - Programa de promoción de la salud mental AVALCAB
 - Intervención con los padres de alumnos programa de prevención trastornos conducta alimentaria
 - Proyecto para la prevención, promoción y sensibilización en materia de salud mental
 - Programa de promoción de la salud mental en Aiello de Malferit
 - Campaña de prevención y atención temprana en salud mental
 - Proyecto de actividades para la promoción de la salud mental 2010 AFEMB
 - Campaña de prevención y atención temprana Yanana

GALICIA:

- Web xente con vida. Aprende a sentirte bien a través de la alimentación e la actividad física.

MADRID:

- Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario, en el que participan las Consejerías de Sanidad, Educación, Asuntos Sociales, Cultura y Turismo y Deportes, con más de 200 colectivos y empresas, de los distintos ámbitos sociales.

MURCIA:

- Programa de intervención precoz en estados mentales de alto riesgo (PIPEMAR): Dirigido a Población con sintomatología incipiente

- Protocolo de Coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). (Prevención secundaria): Dirigido a Población infanto-juvenil
- Protocolo de Coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en Trastornos del Espectro Autista (TEA). (Prevención secundaria): Dirigido a Población infanto-juvenil

PAIS VASCO:

- Formación y prevención en drogodependencias. Medio escolar en la Comarca Interior Barrualde de Bizkaia.

1.5.- Realizar una **evaluación del impacto en salud**, preservando y promoviendo el bienestar mental de la población en la tramitación de normas, la elaboración de planes y la valoración de proyectos sujetos a la evaluación del impacto ambiental.

ANDALUCÍA:

- El Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública ha editado en 2012 una publicación sobre Urbanismo y Salud Pública (serie "Cuadernos del OSE sobre políticas de salud en la UE"), donde se aborda la salud mental, concretamente el aislamiento y la soledad.

CATALUÑA:

- El PINSAP prevé la evaluación del impacto de las intervenciones sobre la salud.

1.6.- Generar una corriente sanitaria y social crítica que promueva y difunda nuevos **modelos de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres**, con estrategias de comunicación efectivas y apoyo económico suficiente para su logro.

ANDALUCÍA:

- "Jóvenes con Norte".

CATALUÑA:

- El PINSAP incorpora la perspectiva de género en su planteamiento y ha contado con el asesoramiento del Instituto Catalán de la Mujer.
- Plan estratégico de políticas de mujeres 2012-2015.

CANARIAS

- Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva: Este programa incluye cinco áreas. En el área de "Preparación a la maternidad y paternidad" se incluye "Género y salud".
- Atención a la violencia de género. Instituto Canario de Igualdad y Servicio Canario de la Salud. Incluye el Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Canarias.

COMUNIDAD VALENCIANA

- Actuaciones concretas en Unidades de Salud Mental específicas
- Intervenciones realizadas por Asociaciones a través de Órdenes de subvención de la Conselleria de Sanidad, tales como:
 - Promoción, mejora y mantenimiento del bienestar cognitivo y psicoafectivo de las mujeres y hombres mayores de l'Alcúdia
 - Talleres de promoción, autoestima y relajación para mujeres
 - Promoción de la salud mental en las mujeres mayores de 40 años en la C.V.

1.7.- Sensibilizar a las y los profesionales de salud y salud mental, sectores líderes de la comunidad y medios de comunicación sobre la **necesidad de incorporar la perspectiva de género** a todas sus actuaciones y capacitarles sobre la forma de llevarlo a cabo, como medio para posibilitar el cambio de modelos de género determinantes para la salud mental en las poblaciones destinatarias y la comunidad en general.

ANDALUCÍA:

- Revisión del lenguaje sexista en los documentos técnicos y publicaciones realizadas en el marco el II PISMA.
- Cursos de sensibilización sobre género y salud mental, así como formación para formar a profesionales de las distintas Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM), con el objetivo de generar una red de referentes locales sobre salud mental y perspectiva de género.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Cursos de formación a profesionales sanitarios sobre la salud mental desde la perspectiva de género, ofertados por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES)

PAIS VASCO:

- Premio Emakunde (Instituto de la Mujer de la CAPV) a Módulos de Asistencia Psicosocial de Bilbao.
- Celebración de la Jornadas de Igualdad en Salud Mental.

EVALUACIÓN: INFORME PLAN NACIONAL DE DROGAS

Objetivo General 1: Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos

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, diferenciando en cada etapa necesidades diferenciales de ambos sexos:

La DGPNSD promueve la salud mental a través de las siguientes líneas:

A) Líneas de políticas sobre Drogas:

- La **Estrategia nacional sobre Drogas 2009-2016 y el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016** tienen como objetivo prevenir y tratar las adicciones incluyendo la ludopatía.
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf

B) Financiación de actuaciones a través de diferentes instrumentos.

El perfil de los proyectos financiados es el siguiente: la mayoría de ellos son proyectos de prevención universal (un 89%); los ámbitos de intervención más frecuentes son el escolar (25%) y el comunitario (20%). En los últimos años han aumentado los programas que usan las nuevas tecnologías, que se utilizan como canales para sensibilizar, informar y formar a diferentes colectivos. La estrategia de intervención más utilizada es la educativa seguida de la información y sensibilización y la formación a profesionales del sector y mediadores sociales.

- **Subvenciones a ONGs** para desarrollar programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a menores, jóvenes y adultos:

A) Año 2012: 1.342.000 euros para el desarrollo de 48 proyectos de prevención, sensibilización y promoción.

B) Año 2013: 1.488.000 euros para el desarrollo 43 proyectos

Desagregando por edades, se puede realizar la siguiente estimación:

- o Menores de 14 años: 5% del total del presupuesto ejecutado
- o Adolescentes 14-18 años: 80% del total de presupuesto ejecutado
- o Mayores de 18 años: 15% del total de presupuesto ejecutado

En concreto memoria 2012: se subvencionaron 147 programas, por un importe total de 3.631.490, de éstos un total de 2.194.000 euros fueron dirigidos programas de prevención; 123.000 euros a programas de apoyo a familias. Además a través del IRPF se subvencionaron programas de prevención de las adicciones por un importe total de 1001.961,48

- **Transferencias a CC.AA.:** En 2012 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha subvencionado, a través del concepto presupuestario 458, 36 programas preventivos a los Planes Autonómicos de Drogas por una cantidad de 3.337.000 euros, lo que supone un 43% del presupuesto destinado a esta línea de financiación, frente al 57% del año anterior.

Presupuesto invertido por las CC.AA. (incluye transferencias de la DGPNSD), entre el 75-85% de este presupuesto se dedica a asistencia y alrededor del 20% a prevención.

- o 2009: prevención 53.613 miles de euros; asistencia 254.643 miles de euros
 - o 2010: prevención 51.221; asistencia 251.779
 - o 2011: prevención 44.131; asistencia 243.349
 - o 2012: prevención 30.632; asistencia 2009.949
- **Financiación a Corporaciones Locales** para el desarrollo de programas de ocio alternativo dirigidos a la realización de actividades saludables alternativas al consumo de sustancias tóxicas en el tiempo de ocio juvenil, especialmente a menores en áreas de riesgo:
 - o 2010: 3.820.000
 - o 2011: 4.999.009
 - o 2012: 4.395.934
 - o 2013: 4.499.076

1.3. Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las CC.AA., un conjunto de intervenciones orientadas a **la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.**

A) Líneas políticas: Acción comunicación del Plan de Acción en curso

Plan de comunicación del PNSD: acciones en curso

1. Elaboración de **un documento de consenso que proponga las prioridades en los mensajes, poblaciones diana y canales comunicativos para aumentar la percepción del riesgo relacionada con el consumo de drogas.**
2. Diseño y puesta en marcha de un **plan de comunicación de las diferentes acciones del presente Plan de Acción para promover su visibilidad.**

B) Financiación de actuaciones a través de la convocatoria de ayudas a ONGs:

- 2011: el 4% de las subvenciones otorgadas a ONGS en 2011(2.376.380 euros) fue destinado a promoción de la salud a través medios de comunicación
 - o Tratamiento del consumo de drogas por los menores en la ficción televisiva: 20.000 euros
 - o Posicionamiento de productores, distribuidores y agencias de publicidad ante el consumo de alcohol en menores
 - o Información y prevención del consumo mediante app para Smartphone y Tablet 20.000 euros
 - o Sensibilización de la población a través de las Redes Sociales en Internet sobre los problemas derivados del consumo de drogas: 10.000
 - o Reduciendo riesgos en el consumo de cannabis en menores a través de Tuenti: 13.000
 - o Campaña preventiva en accidentes de tráfico asociados al consumo de drogas: 25.000
- 2012:
 - o Campaña publicitaria escrita 15.000
 - o Formación en manejo de periodistas 12.000 euros
- 2013: Campaña publicitaria prevención tráfico y consumo de drogas en extranjeros: 12.000 euros

1.4 Las CC.AA. desarrollarán **intervenciones de promoción y prevención** según los **criterios de calidad** contemplados en la tabla de Criterios de Calidad del documento de la estrategia

A. Líneas políticas: Acciones del Plan de Acción: En curso

- **Proyecto de mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias y adicciones y su adecuación a la Cartera de Servicios del SNS.** En curso:
 - o Elaboración de un documento que describirá los procesos asistenciales recomendables para drogodependientes atendiendo especialmente a la patología dual y a la mujer.
 - o Diseño de una propuesta de adaptación de los servicios para drogodependientes a la cartera de servicios del SNS.
 - o Diseño de un programa formativo para la aplicación de guías clínicas basadas en la evidencia para profesionales de la red asistencial, se elaborarán instrumentos para la valoración de los servicios asistenciales para drogodependientes.
 - o Implantación de un proceso de evaluación de la efectividad del tratamiento.
- **Portal de buenas prácticas en reducción de la demanda de drogas. Documento de consenso sobre criterios de acreditación de programas de reducción de la demanda**

Se ha realizado:

- Criterios de calidad de acreditación programas de reducción de la demanda
- Guía de implementación de programas de prevención familiar
- Criterios de cómo captar y adherir a las familias para que participen en programas de prevención.

B. Financiación e implementación de acciones

Se subvencionan acciones para mejorar la calidad de las actuaciones de las ONGs a través de las órdenes de Ayudas:

- o 2012
 - Circuitos de ocio de calidad: 15.000 euros
 - Intercambio de buenas prácticas, unificación de criterios asistenciales en patología dual en el medio penitenciario: 25.000 euros
- o 2013:
 - Evaluación y diseño de criterios de calidad en sedes WEB sobre drogodependencia: 8.000 euros
 - Implantación plan calidad bajo norma ISO 9001: 2008: 10.000 euros
 - Guía práctica para la calidad páginas WEB drogodependencias: 10.000

Las CC.AA., cada vez en mayor número, están realizando procesos de calidad en sus dispositivos de atención al drogodependiente

1.7. Sensibilizar a las y los profesionales de salud y salud mental, sectores líderes de la comunidad y medios de comunicación sobre la necesidad de incorporar la **perspectiva de género a todas sus actuaciones** y **capacitarles** sobre la forma de llevarlo a cabo, como medio para posibilitar el cambio de modelos de género determinantes para la salud mental en las poblaciones destinatarias y la comunidad en general:

Evaluación: Evaluación Acciones Plan De Acción sobre Drogas desde la perspectiva de género

A. Líneas políticas: Perspectiva de género en todas las actuaciones del plan Nacional sobre Drogas, de acuerdo al principio rector de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 , que asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia.

Acciones del Plan de Acción en curso:

- Fomento de la investigación y análisis de datos sobre consumo de drogas teniendo en cuenta la perspectiva de género. Además en todas las convocatorias de ayudas a la investigación se prima que el investigador principal sea mujer

- Elaboración de un documento que **describirá los procesos asistenciales recomendables para drogodependientes atendiendo especialmente a la mujer**

B. Actuaciones financiadas a ONGs:

2012

- Programa de formación de profesionales sociosanitarios para la atención de mujeres drogodependientes desde la perspectiva de género: 8.000 euros.
- Adiestramiento en el manejo de patología dual asociada a adicciones femeninas para profesionales de la salud: 15.000 euros
- Jornadas nacionales de género: mujer y patología dual: 12.000 euros

2013:

- Jornadas de género y patología dual: 16.000 euros

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 1:

Como se verá también en las conclusiones del Objetivo General 2, el número de intervenciones ha sido amplio, pero eso, de por sí, no es buen indicador. Lo realmente importante es la idoneidad de las intervenciones, así como la amplitud de la población a la que va dirigida y, especialmente, la evaluación de su efectividad.

No obstante, podemos decir que todas las comunidades que han informado poseen una serie de intervenciones, más o menos coordinadas, que realizan por ellas mismas o mediante subvenciones.

Desconocemos si la realización de las mismas se debe a un análisis de la situación y una priorización o a otros criterios.

En cuanto a la evaluación, en aquellos proyectos en los que se da son de estructura y proceso básicamente.

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 1:

Se propone unir los objetivos generales 1 y 2 en uno solo en el que se señalen algunas prioridades generales.

El objetivo podría ser que “Las comunidades dispondrán de un plan de promoción de Salud Mental y prevención de los trastornos mentales (propio o incluido en un plan general)”. Este plan estará basado en un análisis de las necesidades de la población y estará evaluado.

- **OBJETIVO GENERAL 2**

PREVENIR LA ENFERMEDAD MENTAL, EL SUICIDIO Y LAS ADICCIONES EN LA POBLACIÓN GENERAL

EVALUACIÓN:

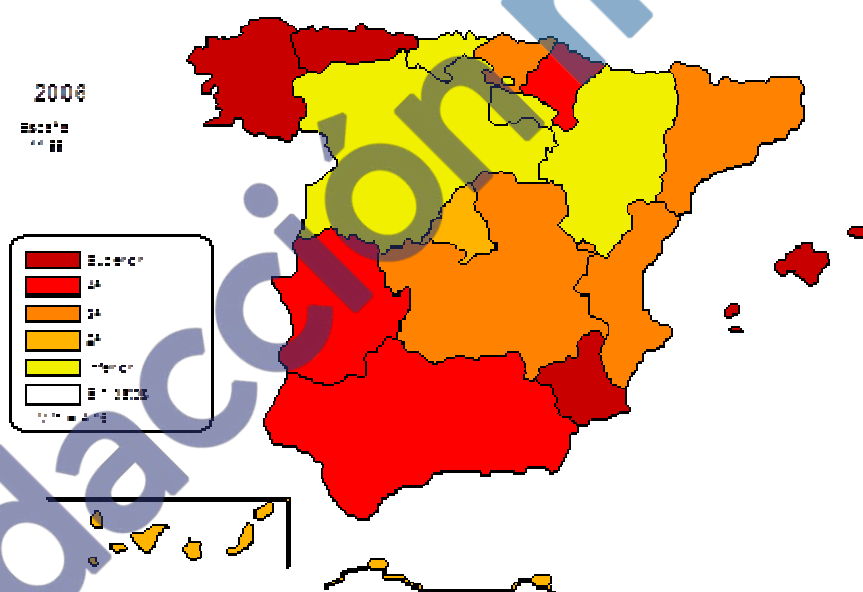
- **Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico**

Al usar estos datos es necesario tener en cuenta la comparabilidad de los resultados de 2006 con los de 2009 y 2011.

En 2006 la pregunta era única, no se discriminaba por tipo de enfermedad de SM; en 2009 y 2011 se preguntan específicamente por depresión, ansiedad y otros problemas en tres preguntas separadas y se calcula a partir de las respuestas la prevalencia de los que tienen alguna de las tres.

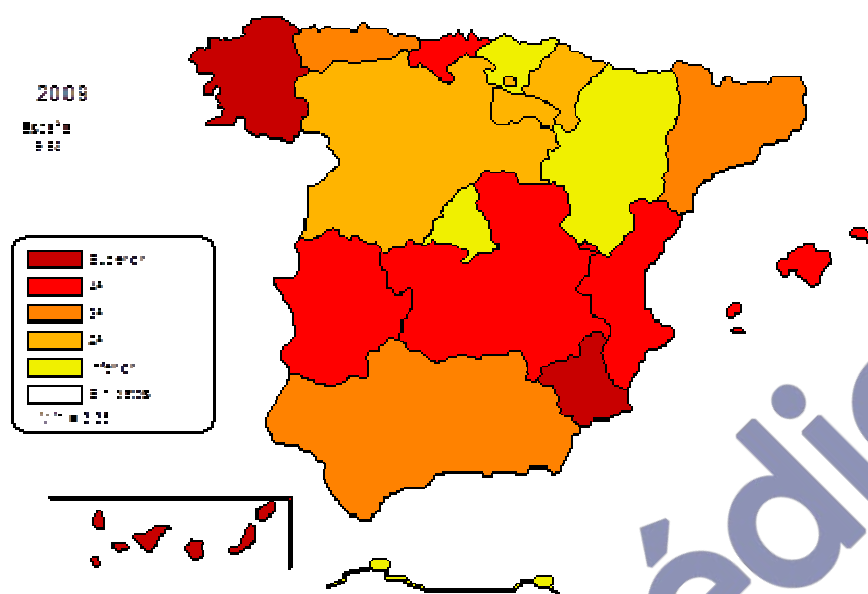
Por otra parte 2006 y 2009 se refieren a población de 16 años y más mientras en 2011 la población era de 15 años y más.

Figura 8. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta por CCAA (2006)



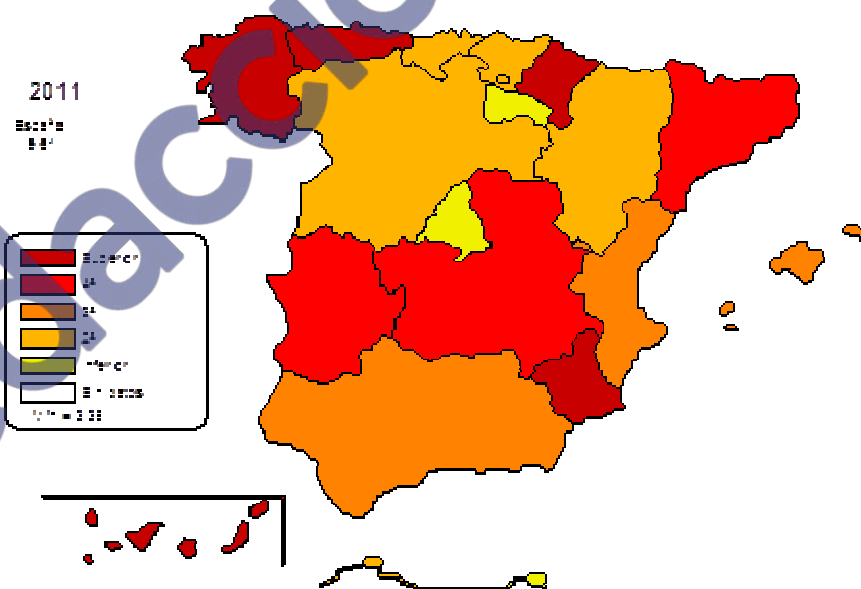
Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística

Figura 9. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta por CCAA (2009)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística

Figura 10. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta por CCAA (2011)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística

Tab. 8 Prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos mentales
Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos

	Total		Hombres		Mujeres	
	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Andalucía	12,8	9,48	7,32	5,64	18,1	13,19
Aragón	9,13	7,93	5,01	4,46	13,19	11,31
Asturias	17,63	15,71	9,27	12,09	25,19	18,98
Baleares	14,72	8,85	10,27	4,97	19,15	12,69
Canarias	9,77	11,89	6,21	7,58	13,29	16,12
Cantabria	9,42	7,71	5,22	6,62	13,38	8,73
Castilla y León	9,25	8,5	6,2	4,65	12,2	12,22
Castilla - La Mancha	10,51	11,07	6,3	4,23	14,73	17,97
Cataluña	10,68	10,99	5,96	6,83	15,22	14,92
Comunidad Valenciana	11,03	9,43	5,79	5,03	16,17	13,71
Extremadura	12,99	10,64	9	3,39	16,9	17,72
Galicia	16,57	13,16	9,53	8,01	23	17,89
Madrid	9,98	5,43	5,51	4,03	14,11	6,71
Murcia	13,06	12,37	7,3	6,91	18,91	17,92
Navarra	11,8	11,13	8,23	5,61	15,32	16,49
País Vasco	10,91	8,17	5,58	4,64	15,95	11,46
La Rioja	4,16	4,53	2,05	3,53	6,29	5,5
Ceuta	10,23	8,15	6,62	4,72	13,72	11,14
Melilla	10,23	3,35	6,62	4,08	13,72	2,51
España	11,55	9,61	6,63	5,69	16,28	13,35

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística

Se aprecia en relación a la prevalencia de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales un leve descenso en casi todas las CC.AA.

Los datos disponibles no cubren todo el periodo de la estrategia por lo que es difícil evaluar el potencial impacto sobre la prevalencia de enfermedad mental de las acciones de la estrategia y que las cifras de 2006 y 2011 son similares.

Persisten las diferencias entre hombres y mujeres (estas últimas presentando más del doble de prevalencia que los hombres).

Por CC.AA. es difícil ver ningún patrón, la variabilidad aleatoria asociada al carácter muestral debería tenerse en cuenta al interpretar los datos.

- **Porcentaje de población adulta que declara consumir drogas ilícitas**

Tab. 9 Porcentaje de consumidores de cannabis en adultos

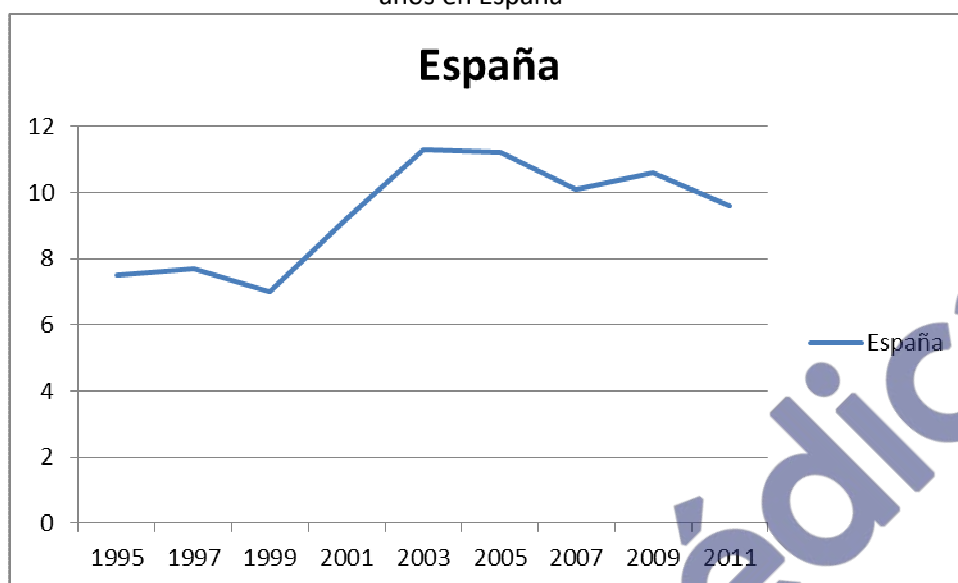
Porcentaje de consumidores de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años.
España, 2009, 2011

CC.AA.	2009	2011
Andalucía	9,4	8,2
Aragón	8,3	9,3
Asturias	5	5,6
Baleares	15	15,3
Canarias	11,7	10,2
Cantabria	8,6	6
Castilla y León	8,5	6,8
Castilla - La Mancha	6,2	10,1
Cataluña	12,5	11,3
Comunidad Valenciana	13,8	13,6
Extremadura	7,8	7,6
Galicia	9	6,3
Madrid	11,5	8,4
Murcia	10,8	11
Navarra	8,5	13,9
País Vasco	9,3	9,2
La Rioja	13,2	10,3
Ceuta	8,2	8,1
Melilla	4,7	3,8
España	10,6	9,6

Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) en España 2009,2011

Figura 11. Evolución del consumo de cannabis en adultos

Evolución del porcentaje de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas.

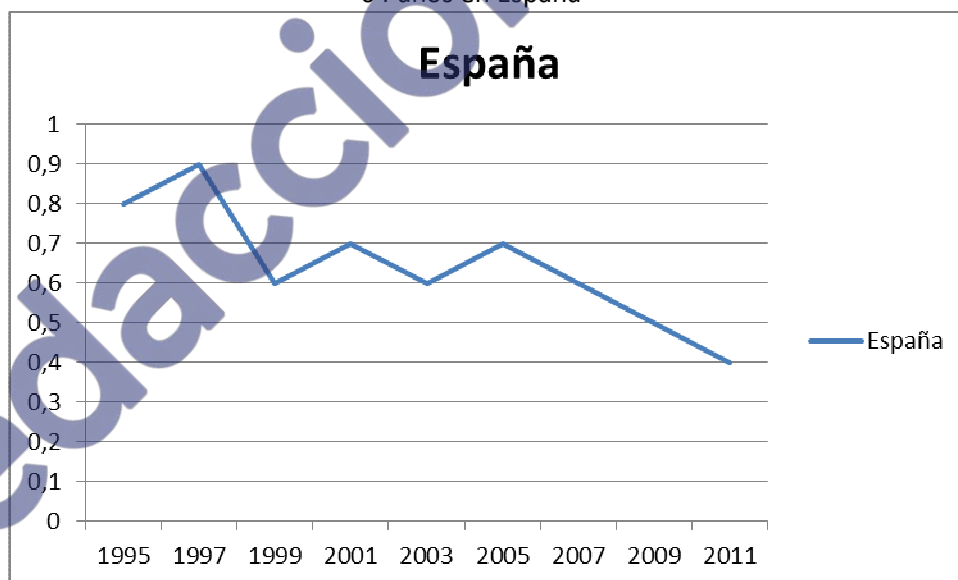
Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2011

Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas.

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2011

Figura 12. Evolución del consumo de alucinógenos en adultos

Evolución del porcentaje de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años en España

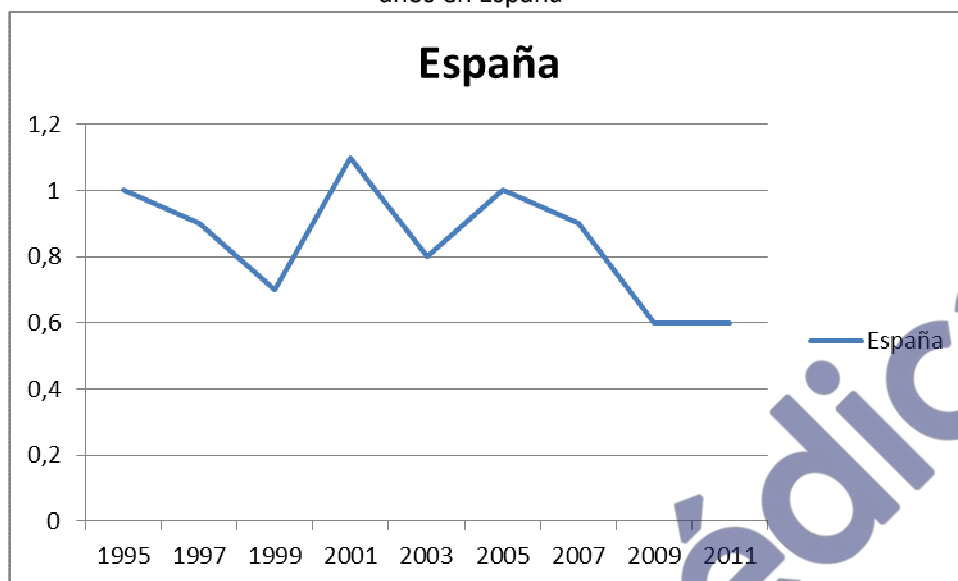


Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas.

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2011

Figura 13. Evolución del consumo de anfetaminas en adultos

Evolución del porcentaje de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2011

Figura 14. Evolución del consumo de cocaína en adultos

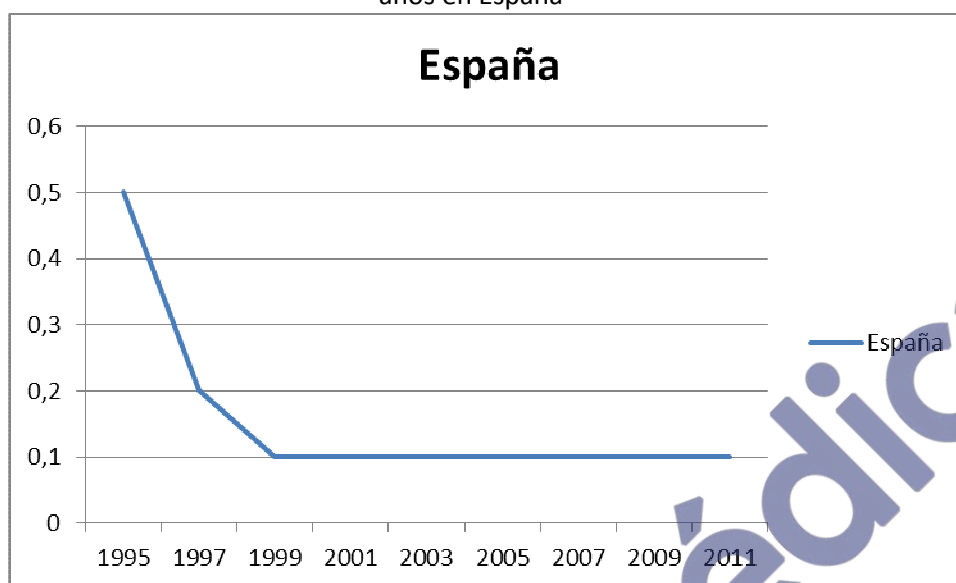
Evolución del porcentaje de consumo de cocaína en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2011

Figura 15. Evolución del consumo de heroína en adultos

Evolución del porcentaje de consumo de heroína en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras drogas en España (EADADES) 1995-2011

Respecto al consumo de drogas ilícitas, observamos en relación al Cannabis que desde 2009 en Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, Murcia y Navarra, se ha producido un leve ascenso del consumo pero a nivel estatal el descenso ha sido del 9% desde ese año. No obstante hay que constatar que por los datos que tenemos desde 1995 la tendencia es a un aumento sostenido de su consumo en nuestro país algo similar a lo que ocurre con el consumo de cocaína. Efectivamente, la evolución del consumo de cannabis y cocaína y su tendencia alcista contrasta con el consumo de alucinógenos y anfetaminas que muestran un progresivo descenso y de forma aún más llamativa con el enorme descenso que se constata desde 2000 del consumo de heroína. En general se observa que en la población adulta, existe un descenso del consumo de las sustancias de abuso ilícitas en general, pero tal y como advierte el Plan Nacional sobre Drogas se está produciendo un incremento del abuso de alcohol y fármacos hipnosedantes.

- **Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas ilícitas**

Tab. 10 Porcentaje de consumidores de cannabis

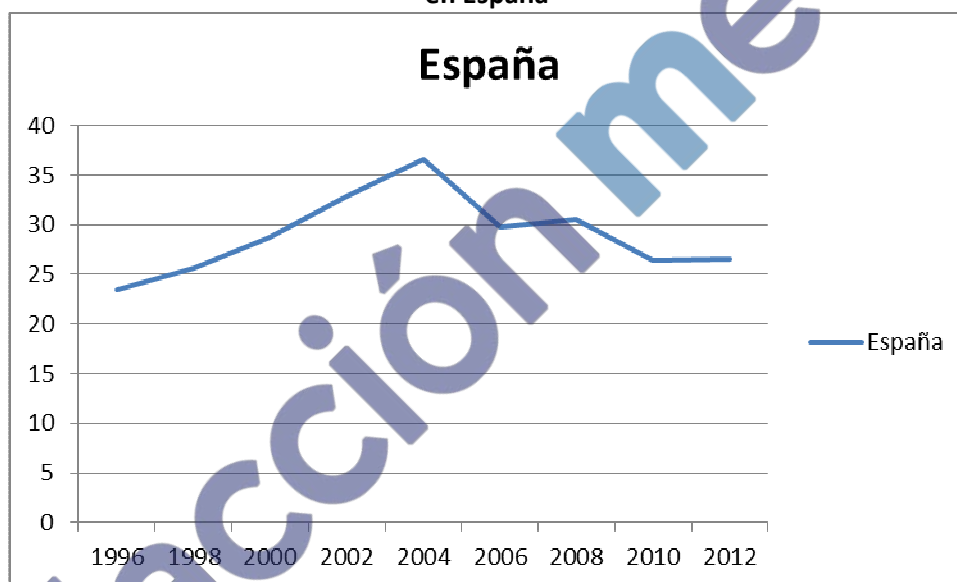
Porcentaje de consumidores de cannabis en los últimos 12 meses en escolares de 14 a 18 años.
España, 2010, 2012

CC.AA.	2010	2012
Andalucía	20,3	22,9
Aragón	34	31,5
Asturias	22,9	26,6
Baleares	29,8	33,3
Canarias	20,1	25,3
Cantabria	26,8	26,6
Castilla y León	25	25,7
Castilla - La Mancha	28	23,7
Cataluña	32,2	29
Comunidad Valenciana	32,4	29,4

Extremadura	22,5	17,2
Galicia	24,9	24,2
Madrid	28	28,6
Murcia	18,6	20,1
Navarra	31,4	35,2
País Vasco	30,2	32,7
La Rioja	30,4	22,2
Ceuta	10	15,6
Melilla	10,1	13,3
España	26,4	26,6

Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2010, 2012

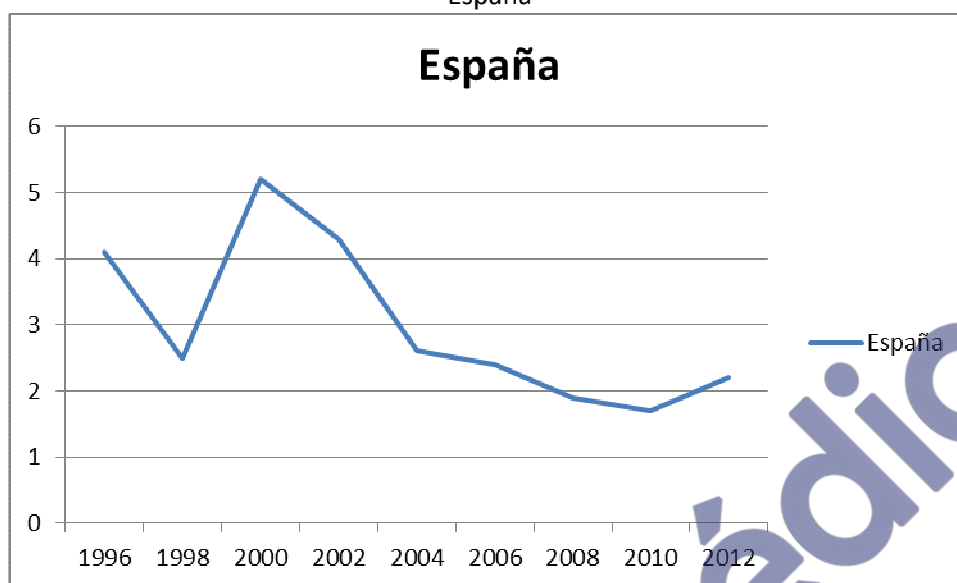
Figura 16. Evolución del consumo de cannabis en escolares
Evolución del porcentaje de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en escolares de 14 a 18 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1996-2012

Figura 17. Evolución del consumo de éxtasis en escolares

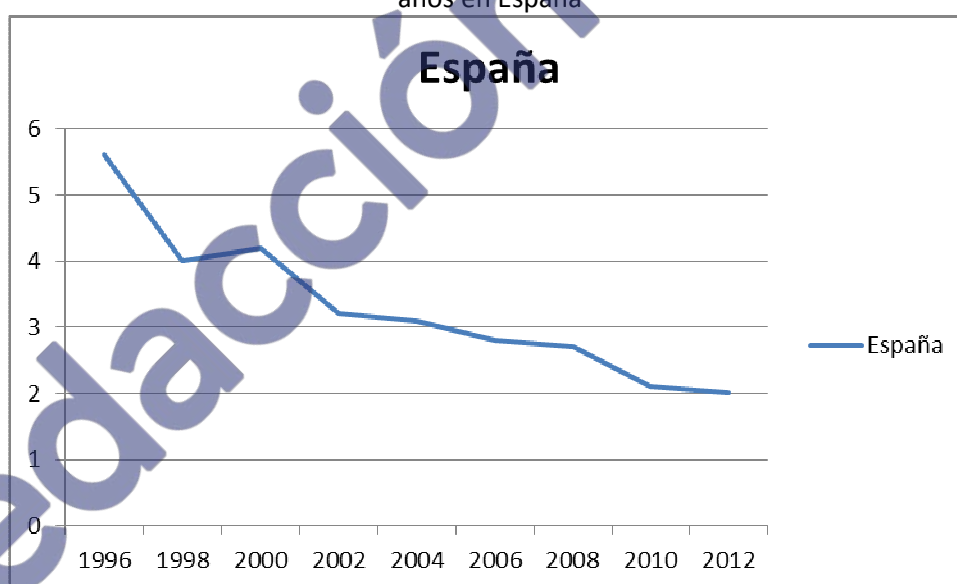
Evolución del porcentaje de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses en escolares de 14 a 18 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1996-2012

Figura 18. Evolución del consumo de alucinógenos en escolares

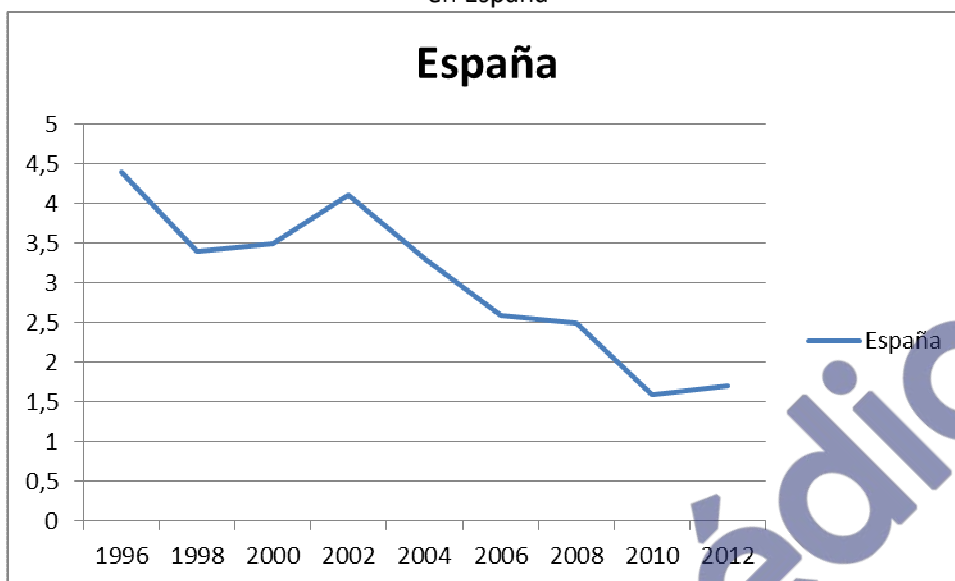
Evolución del porcentaje de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses en escolares de 14 a 18 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1996-2012

Figura 19. Evolución del consumo de anfetaminas en escolares

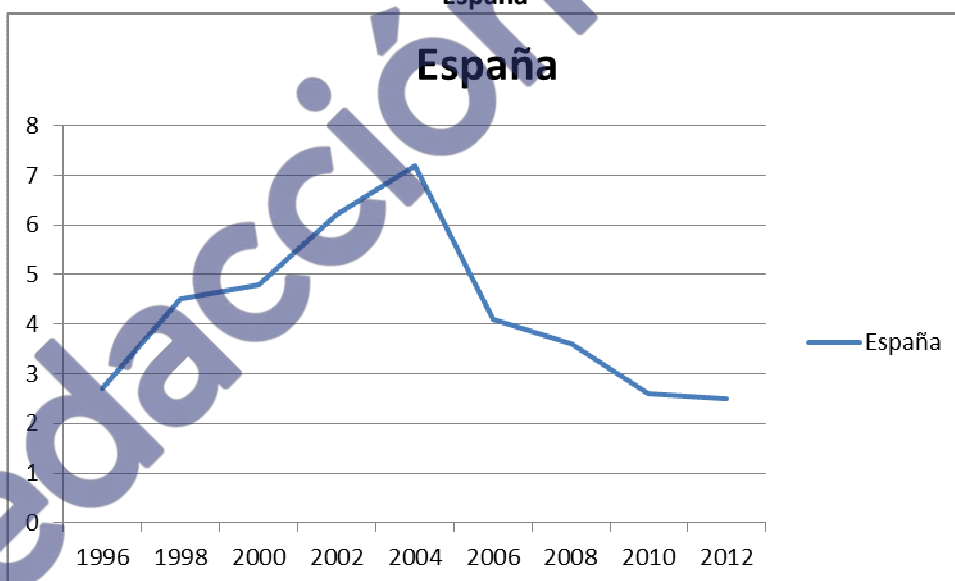
Evolución del porcentaje de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses en escolares de 14 a 18 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1996-2012

Figura 20. Evolución del consumo de cocaína en escolares

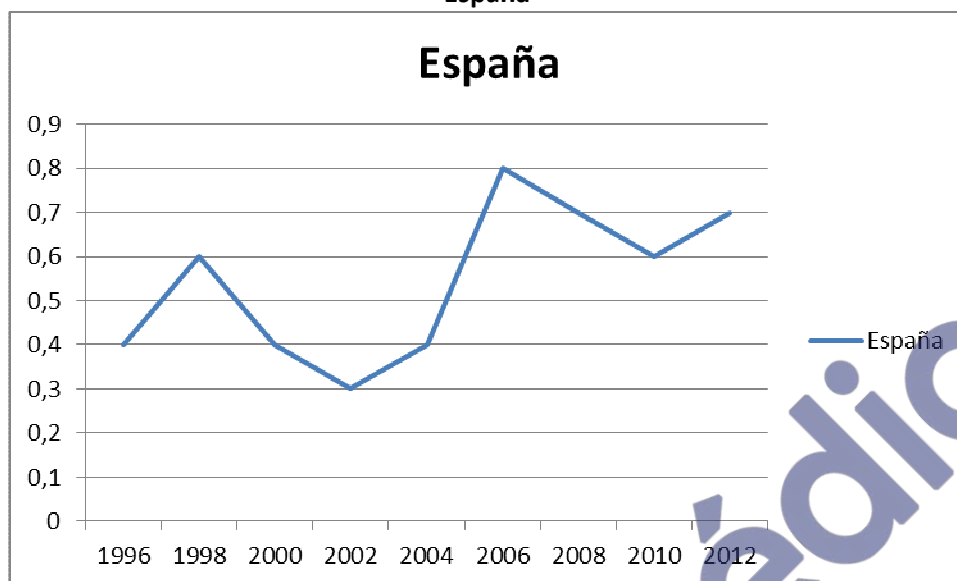
Evolución del porcentaje de consumo de cocaína en los últimos 12 meses en escolares de 14 a 18 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1996-2012

Figura 21. Evolución del consumo de heroína en escolares

Evolución del porcentaje de consumo de heroína en los últimos 12 meses en escolares de 14 a 18 años en España



Fuente de información: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1996-2012

En la población de adolescentes escolares se ha detectado que desde principios del siglo XXI viene produciéndose un descenso progresivo del consumo de éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y cocaína. Sin embargo en el caso del Cannabis se ha constatado que se ha producido un leve incremento del 0,7% a nivel estatal de su consumo en este grupo de jóvenes. Pero lo realmente preocupante es la irrupción de la heroína que si bien ha moderado el incremento que experimentó entre adolescentes en 2005, ha mantenido una tendencia al alza que probablemente tenga que ver con un aumento de la disponibilidad de dicha sustancia en la calle.

- **Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol**

Porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol. Encuesta Nacional de Salud. 2006-2011. Para el año 2009 Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística.

Tab. 11 Porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol.
Encuesta Nacional de Salud. España. 2006, 2011.
Encuesta Europea de Salud en España, 2009

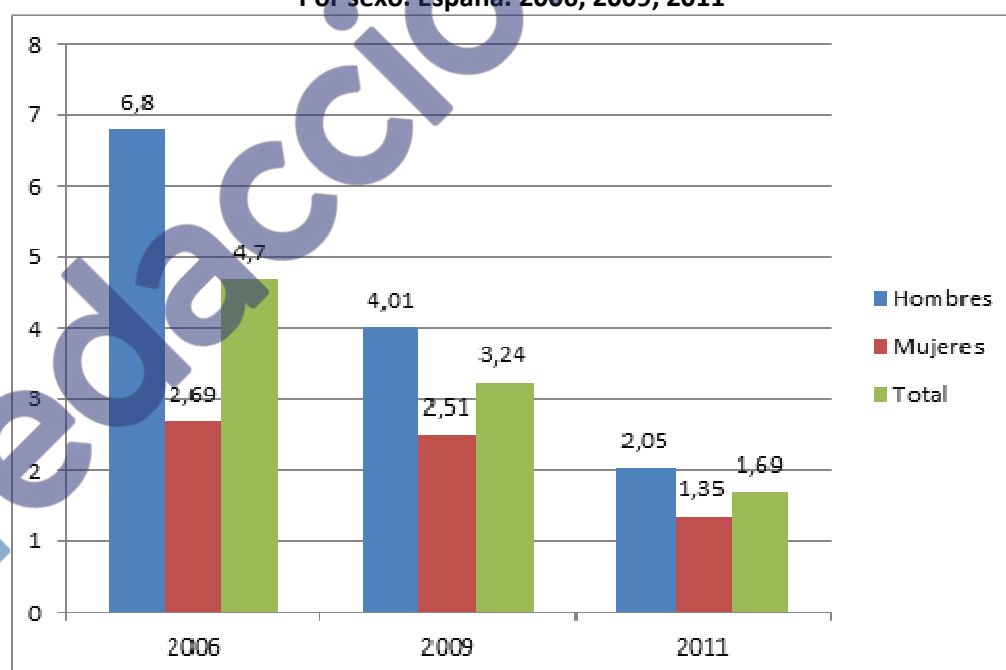
Comunidad Autónoma	2006			2009			2011*		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Andalucía	4,40	6,67	2,21	3,88	5,17	2,65	1,29	1,81	0,79
Aragón	3,33	4,66	2,04	1,34	1,86	0,84	2,98	3,94	2,04
Asturias	6,67	10,80	3,02	5,32	6,13	4,61	3,87	5,16	2,74
Baleares	4,26	5,68	2,86	1,38	0,65	2,10	1,70	1,81	1,59
Canarias	2,41	3,92	0,91	1,12	1,74	0,51	1,55	2,25	0,87

Cantabria	2,66	3,53	1,84	5,57	9,11	2,28	0,89	0,54	1,22
Castilla y León	3,47	4,19	2,78	4,55	6,27	2,88	3,59	4,75	2,46
Castilla La Mancha	7,76	12,50	3,05	5,37	7,34	3,39	2,37	3,59	1,13
Cataluña	4,05	5,39	2,74	1,79	1,73	1,84	1,09	0,81	1,36
Comunidad Valenciana	5,75	7,89	3,66	2,18	2,90	1,48	2,06	2,54	1,60
Extremadura	4,32	7,34	1,38	5,65	9,01	2,54	0,84	1,49	0,26
Galicia	6,32	9,99	2,98	2,42	2,19	2,62	0,93	0,68	1,16
Madrid	5,12	7,39	3,04	3,67	3,86	3,49	1,26	1,47	1,07
Murcia	3,92	4,91	2,92	4,15	5,50	2,76	0,62	0,00	1,26
Navarra	6,43	8,84	4,07	2,59	2,94	2,27	1,69	2,45	0,93
País Vasco	3,94	5,6	2,39	5,7	6,95	4,61	3,24	3,87	2,65
La Rioja	3,00	3,17	2,82	1,03	1,29	0,77	2,61	2,91	2,31
Ceuta	4,54	6,72	2,45	0,28	0,00	0,56	2,00	1,78	2,18
Melilla	4,54	6,72	2,45	1,62	1,54	1,71	0,00	0,00	0,00
España	4,70	6,80	2,69	3,24	4,01	2,51	1,69	2,05	1,35

* Los datos correspondientes a 2011 se refieren a población de 15 y más años.

Fuente: Tendencia del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol. Encuesta Nacional de Salud. 2006-2011. Para el año 2009 Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística.
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfsanSNS/nivelSalud.htm>

Figura 22. Evolución del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol. Por sexo. España. 2006, 2009, 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006-2011. Para el año 2009 se utiliza la Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística.

Con la reserva de los diferentes grupos de edad incluidos en ambos años, se observa una tendencia decreciente del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres.

Evidentemente, el problema del consumo de alcohol precisa de otros indicadores que reflejen mejor tanto el patrón de consumo como las consecuencias del mismo.

Por lo tanto, este indicador no refleja la evolución del patrón de episodios de consumo intensivo de alcohol “Binge drinking”. En la mayoría de las ocasiones, estos bebedores se clasifican como de bajo riesgo respecto al consumo promedio.

- **Tasa de alta por autolesiones (por 100.000 hab.)**

Tab. 12 Tasa de alta por autolesiones (por 100.000 hab.)
Por sexo. España y CCAA. 2009-2013

Año	2009		2010		2011		2012		2013	
Sexo	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Andalucía	14,20	14,46	14,59	13,58	14,32	14,17	13,53	14,39	15,20	16,85
Aragón	20,96	19,98	17,48	18,91	17,18	19,44	18,80	18,86	16,43	15,19
Asturias (principado de)	22,95	30,09	24,35	29,53	34,15	40,11	36,56	40,28	34,16	41,72
Baleares (illes)	20,39	25,03	22,00	25,22	19,39	26,20	18,05	22,59	24,93	26,12
Canarias	0,38	0,48			12,10	9,74	13,17	13,14	15,71	12,67
Cantabria	12,38	12,54	17,33	17,55	17,39	15,51	16,34	16,19	15,28	15,97
Castilla y León	20,54	23,09			2,45	3,18				
Castilla La Mancha	10,50	13,47	10,62	11,65	12,26	12,48	10,42	13,18	15,72	20,01
Cataluña	19,53	26,75	18,04	25,50	17,95	27,16	17,72	26,07	16,18	25,22
Comunidad Valenciana	0,64	0,56	0,57	0,72	18,62	19,64	14,09	18,95	17,27	21,53
Extremadura	13,99	13,58	15,46	11,36	24,20	24,91	23,49	21,09	21,59	28,09
Galicia	20,55	19,88	16,92	21,08	18,54	25,21	21,84	24,52	24,56	24,76
Madrid (Comunidad de)	14,13	17,73	14,66	17,83	13,79	18,99	16,16	20,49	16,79	23,16
Murcia (region de)	17,13	18,98	17,11	18,80	18,55	21,30	18,23	20,37	20,43	17,61
Navarra (comunidad foral de)	11,05	14,55	10,04	8,02	3,24	3,19	2,59	3,18	5,69	3,43
Pais vasco	18,36	20,65	16,83	19,30	21,25	22,24	21,24	23,28	4,64	3,41
Rioja (la)	20,79	19,04	19,14	12,02	15,49	12,04	11,69	8,88	12,08	14,43
Ceuta	16,53	16,53	7,90							
Melilla	11,47	11,25	8,10	8,16	7,94	13,41	7,62		4,67	7,37
TOTAL	14,26	16,68	12,77	14,83	15,89	19,02	15,55	18,80	15,89	19,24

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI
Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Las autolesiones se han convertido en un hallazgo clínico frecuente en población joven con rasgos patológicos de la personalidad y más frecuentemente relacionados con el Trastorno Límite de la Personalidad.

Los datos que nos ofrecen las estadísticas de morbilidad hospitalaria indican que en el periodo 2009 – 2013 ha habido un cierto incremento de las autolesiones siendo en varones un incremento del 11% en varones y del 15% en mujeres.

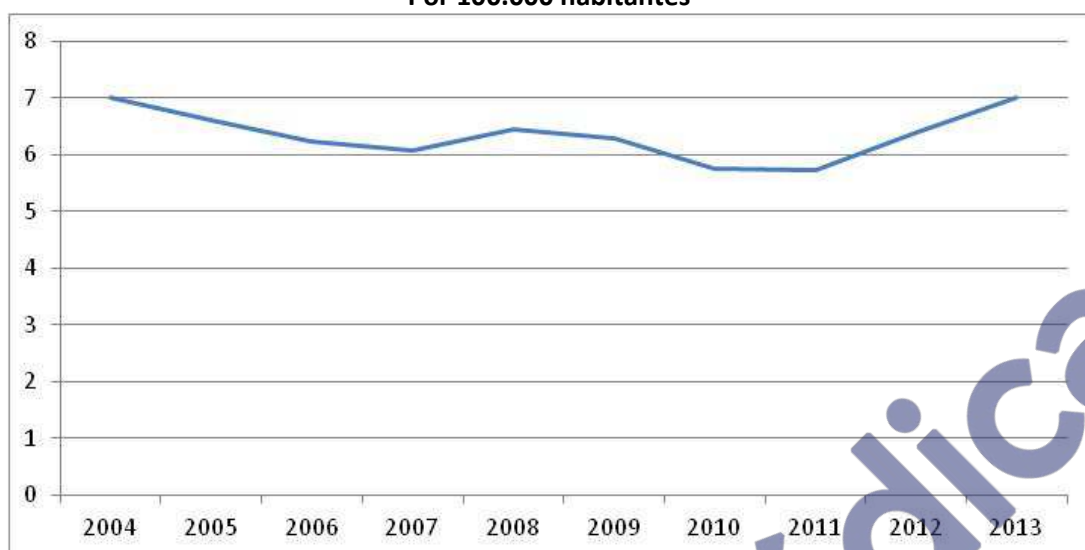
- **Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad**

Tab. 13 Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad
Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
España. 2004-2012

CC.AA.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	8,41	8,16	8,38	7,76	9,07	8,3	7,31	6,85	8,22	8,3
Aragón	6,98	5,75	4,8	5,86	6,32	6,6	5,67	5,19	6,39	5,8
Asturias	8,8	8,21	9,04	8,06	7,89	8	9,82	8,15	8,89	10,3
Baleares	6,58	6,62	6,18	6,82	6,84	8,6	8,39	7,1	7,34	8,2
Canarias	7,14	7,49	8,02	7,23	8,27	7	6,7	5,87	7,79	7,7
Cantabria	3,8	4,36	3,62	2,21	3,74	4,7	3,01	5,38	5,43	4,5
Castilla y León	6,82	5,81	6,14	6,63	6,24	7	6,51	5,49	6,34	6,3
Castilla - La Mancha	7,22	6,65	5,93	5,59	6,59	6,4	5,64	5,89	6,16	7,4
Cataluña	6,08	5,21	4,57	4,44	5,06	5,1	4,84	5,43	6,14	6,2
Comunidad Valenciana	6,75	7,19	6,53	7,11	6,45	6,6	6,84	5,63	6,81	6,8
Extremadura	7,42	7,15	5,16	5,57	5,8	5,9	6,15	5,18	5,47	5,6
Galicia	8,84	9,58	8,72	8,78	8,15	9,5	7,8	8,35	9,62	9,4
Madrid	4,59	3,78	3,21	2,26	2,51	2,2	1,65	1,93	1,26	4,5
Murcia	8,57	7,04	8,25	6,49	7,42	6,1	5,72	7,22	6,17	6,3
Navarra	9,51	8,15	5,77	9,02	7,37	8,1	5,56	6,67	6,41	7,0
País Vasco	6,88	6,61	5,54	6,5	6,42	6,3	4,73	6,44	6,48	6,7
La Rioja	7,97	6,78	6,93	4,5	7,93	7,1	4,55	5,36	7,44	6,6
Ceuta	3,33	4,37	1,69	2,84	2,52	10,7	4,85	1,21	3,92	4,6
Melilla	3,42	3,34	0	9,24	9,99	6	1,24	6,81	8,5	1,3
España	7	6,6	6,23	6,09	6,46	6,3	5,77	5,74	6,4	7,0

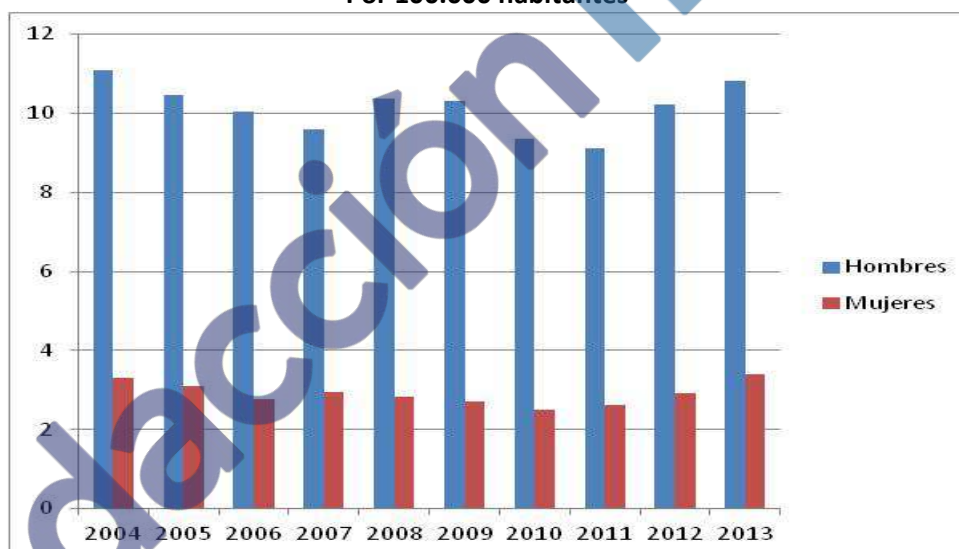
Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia MSSSI

**Figura 23. Evolución de la tasa de suicidio, ajustada por edad
Por 100.000 habitantes**



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia MSSSI

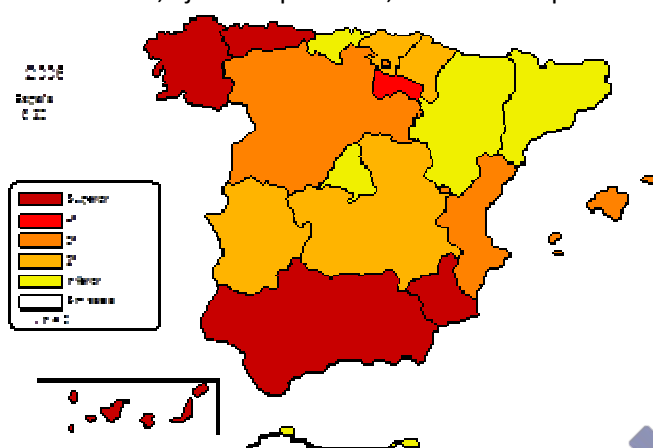
**Figura 24. Evolución de las tasas de suicidio, según sexo.
Por 100.000 habitantes**



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia MSSSI

Figura 25. Tasa de suicidio, por CCAA. 2006.

Tasa de suicidio, ajustada por edad, Distribución por CCAA. 2006



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia MSSSI

Figura 26. Tasa de suicidio, por CCAA. 2013.

Tasa de suicidio, ajustada por edad, Distribución por CCAA. 2013

Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por 100 000 hab.



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia MSSSI

- España presenta una baja tasa de mortalidad por suicidio con respecto a los países de Europa occidental.
- La evolución de la tasa de mortalidad por suicidio en España mostró una tendencia descendente desde 1996 a 2011 y, a partir de ese año, en los dos años siguientes de los que se dispone de datos, se ha observado una tendencia ascendente.
- El suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres: la tasa de mortalidad en hombres es 3 veces más alta que la tasa de mortalidad en mujeres.
- El grupo de edad con mayor tasa de mortalidad por suicidio es el grupo de 75 años de edad y mayores. Con respecto a las personas de 15 a 24 años, que muestra la tasa de mortalidad más baja, la tasa en las personas de 75 años de edad y mayores es 6 veces más alta en hombres y 3 veces más alta en mujeres.
- El incremento relativo más importante en la tasa de mortalidad por suicidio entre 2011 y 2013 se observó en el grupo de 15 a 24 años.

- Madrid, Cantabria y Extremadura por un lado, y Asturias, Galicia y Andalucía, por otro, son las comunidades autónomas con menores y mayores tasas de mortalidad por suicidio, respectivamente.

Porcentaje de personas con una discapacidad atribuida a trastorno mental

EVALUACIÓN: INFORME DEL IMSERSO

El **13,32%** de las personas con valoración oficial de reconocimiento de grado de discapacidad **son personas con deficiencia atribuida a un trastorno mental**.

(Fuente Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad del IMSERSO/ 31/12/2012).

Conforme a los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). INE/Año 2008, señalar que:

- **La deficiencia que causa mayor número de discapacidades por persona es la mental: 11,6** frente a las 8,7 de media que tienen las personas con discapacidad.
- En general, **las personas con discapacidad no se sienten discriminadas; solo el 1,2%** dice sufrir discriminación constantemente. Ésta se produce principalmente en las relaciones sociales, en el entorno de participación social y en la atención sanitaria, por este orden.
- El perfil de la persona que se siente discriminada es un varón, menor de 65 años, desempleado, con deficiencias mentales o del sistema nervioso y con dificultad en sus relaciones personales. **Las personas con discapacidad mental son las que se siente discriminadas en un mayor porcentaje: un 19%.**

Según el estudio “**El empleo** de las personas con discapacidad en 2012” (Explotación de la Encuesta de Población Activa y de la Base Estatal de Personas con Discapacidad. Año 2012):

- **En 2012 había 355.500 personas con discapacidad trabajando**, el 58,2% eran hombres y el 41,48% mujeres.
- La **tasa de actividad asociada al grado de discapacidad de menor intensidad (el inferior al 45%) se situó en el 54,1%**. Según aumenta la intensidad de la discapacidad (hasta grado mayor o igual al 75%), la tasa de actividad disminuye hasta el 13,3%.
- **Las personas con deficiencias auditivas presentaron las mayores tasas de actividad (57,4%); en el extremo opuesto, la deficiencia trastorno mental registró las menores (27,1%).**
- **El 64,3% de las personas con discapacidad derivada de trastorno mental, en edad laboral, percibía prestaciones sociales públicas** y el 85,5% de dichas prestaciones se derivan de incapacidad y el 14,5% son otro tipo de prestaciones. **El 16,1% tiene reconocimiento de situación de dependencia** frente al 83,9% que no lo tienen o no lo han solicitado.

(Fuente INE/ diciembre 2013).

El 25,50% de las personas titulares de pensiones no contributivas de invalidez y prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad **son personas con discapacidad por trastorno mental.**

(Fuente Fichero Técnico de personas beneficiarias de pensiones no contributivas y prestaciones sociales del IMSERSO/ Abril 2014).

- La discapacidad producida por los trastornos mentales y concretamente los más graves sigue siendo el gran reto del Sistema Nacional de Salud en materia de Salud Mental.
- La discapacidad causada por enfermedad mental comporta más dependencia que el resto de discapacidades, más dificultades para desenvolverse en el entorno social y la tasa más baja de empleo de todas otras causas de discapacidad.
- La cronicidad, los déficits causados por la sintomatología activa y residual de los trastornos mentales y el estigma hacia estas personas son los factores más determinantes para esta negativa evaluación.

redacción médica

EVALUACIÓN OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

GLOBAL: INFORME DE LAS COMUNIDADES

Como indicábamos en la evaluación del Objetivo General 1, a la hora de evaluar las intervenciones nos hemos encontrado diversos problemas ya que los proyectos pueden formar parte de distintos objetivos específicos, se pueden combinar objetivos de promoción, prevención y detección precoz y no se contemplaban inicialmente los objetivos de prevención secundaria.

Hemos descartado aquellos proyectos que claramente nos parecían de atención y se incluirán en el objetivo 4.

Por todo ello entiéndase esta clasificación solo de modo orientativo y seguramente mejorable.

Tab. 14 Valoración cuantitativa de las iniciativas (Obj. Gral. 2)

Comunidades Autónomas	Intervenciones Comunitarias	Adicciones	Depresión y suicidio	Apoyo a las familias*	Salud Laboral	Desgaste profesional	Condiciones de género	Mujeres
Andalucía	1	5	5	1	1	1	1	1
Aragón								
Asturias (Principado de)		1	1	1	2		1	1
Baleares (Islas)		1	1					
Canarias		1	1				1	
Cantabria		10		1				
Castilla y León		10	5	1			2	
Castilla-La Mancha	1	11						
Cataluña	3	22	8	4	4		2	
Comunidad Valenciana*	4	12	2	2				
Extremadura		9	5	7	1	1		1
Galicia		5	1		2			
Madrid (Comunidad de)		2	8		1			
Murcia (Región de)		3					1	
Navarra (Comunidad Foral)			1					
País Vasco	5	7	9	9		7	2	
La Rioja		1						
Ceuta y Melilla								
Total nacional	14	100	47	26	11	9	10	3

*Se han incluido programas de apoyo a familiares de personas con problemas mentales.

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada por las CCAA

RESUMEN INTERVENCIONES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS:

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, incluidos los determinantes de género de los trastornos mentales y de las adicciones.

ANDALUCÍA:

- El Servicio Andaluz de Salud tiene identificadas 152 Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), implicando a 121 Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, que desarrollan programas de actuación integral.

CASTILLA LA MANCHA:

- Programas de Educación de Calle: Colectivos con graves problemas sanitarios, sociales y con dificultad de acceso a los recursos de la red asistencial.

CATALUÑA:

- Cataluña ha impulsado el Pacto para la lucha contra la pobreza y la exclusión social con actuación prioritaria sobre la pobreza y la inclusión social en la infancia y la adolescencia.
- En este Pacto también se incorpora la atención de las enfermedades mentales entre las personas sin hogar en los Servicios de Emergencias Médicas y los Servicios Asistenciales. Se han desarrollado experiencias en Barcelona y el Aeropuerto del Prat de Llobregat.
- Programa Salut als Barris, de lucha contra las desigualdades en salud, incluida la salud mental.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- La Conselleria de Sanidad a través de subvenciones al movimiento asociativo desarrolla programas de intervención en colectivos con riesgo de exclusión social:
 - Programa de intervención en salud mental y población gitana.
 - Centro de día y trabajo de calle con personas sin hogar en situación de calle y enfermedad mental.
 - Programa actuación con madres y niños 0-3 años en situación riesgo. Programa actuación para el desarrollo y organización familiar.
 - Promoción de la salud mental en población en situación de exclusión social.

CASTILLA LA MANCHA:

- Programas de Educación de Calle: Colectivos con graves problemas sanitarios, sociales y con dificultad de acceso a los recursos de la red asistencial.

PAIS VASCO:

- La RSMG ha desarrollado un programa de intervención en colectivos con riesgos de exclusión en residencias.
- Programas formativos en salud mental a profesionales en contacto con algunos grupos de riesgo específicos.
- Programa AdinTxikikoak para niños en riesgo (RSMB, Diputación foral de Bizkaia).
- Gipuzkoa Berritzen: Proyecto para adiestramiento de animales en centros de adolescentes tutelados para su utilización por personas mayores de residencias.
- Programa de Apoyo a Residencias de los Servicios Sociales

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.**

ANDALUCÍA:

- Programas de prevención de las drogodependencias y adicciones dirigidos al alumnado escolarizado en los niveles de primaria, secundaria y bachillerato (de 10 a 18 años):
 - Programa "DINO": 373 centros inscritos en el curso académico 2012-2013.
 - Programa "Prevenir para vivir": 281 centros inscritos en el curso académico 2012-2013.
 - Programa "Y tú ¿qué piensas?": 138 centros inscritos en el curso académico 2012-2013.

- o Programa “FORMA JOVEN”, que entre sus objetivos se encuentra la prevención de consumos adictivos (tabaco alcohol, adicciones sin sustancia, etc.): 762 centros inscritos en el curso académico 2012-2013.
- “Ciudades ante las Drogas”.

ASTURIAS

- Elaboración de planes de actuación dirigidos a la prevención de las adicciones en colaboración con el Plan Regional de Drogas.

BALEARES:

- Planes de intervención para la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, especialmente en población adolescente.

CANARIAS

- El III Plan Canario sobre Drogodependencias incluye dos áreas estructurales de intervención: área de prevención y sensibilización y área de tratamiento e integración social.

CANTABRIA

- “En la huerta con mis amigos”.
- “La Aventura de la Vida”.
- “Órdago”.
- “El Cine en la Enseñanza”.
- Exposición “Cannabis, lo que hay que saber”.
- Exposición interactiva ¿de qué van las drogas?, ¿de qué van los jóvenes?
- “Me llamo Marcos”.
- Programas de formación del profesorado.
- Curso virtual para padres y madres “EN FAMILIA”.
- Pasa la vida.

CASTILLA LA MANCHA:

- En el ámbito Comunitario:
 - o Programa de Reducción de daños “Menos riesgos, más salud” para Usuarios de drogas en activo y usuarios de metadona.
 - o Programa de “Antena de riesgos” para Jóvenes de entornos vulnerables.
 - En el ámbito Escolar
 - o Prevenir para vivir”, a partir de 2012 pasa a denominarse “Construye tu mundo”. Dirigido a Alumnos de educación infantil hasta el final de la ESO.
 - o Programas de Prevención en la Adolescencia:
 - Y tú ¿qué piensas?
 - Y tú ¿qué sientes?
 - Me llamo Marcos.
 - Pasa la vida. Las dos caras del consumo.
 Dirigido a alumnos de centros educativos en la adolescencia.
 - o Actividades puntuales (talleres, concursos y charlas).
 - o Actividades formación profesor.
 - o Dirigidos a Población escolar.
 - En el ámbito laboral:
- Convocatoria de subvenciones entre Sindicatos, CECAM y Consejería de Sanidad.

CASTILLA Y LEÓN

Programas de prevención del consumo de drogas:

- En centros educativos:
 - Programas universales de prevención escolar: Discover y construyendo salud 2012-2013 : 115 centros, 765 unidades y 17.200 alumnos.
 - Programa selectivos de prevención escolar, Galilei: 13 centros, 22 unidades y 404 alumnos.
- Universidades públicas:
 - campaña de sensibilización e información Drogas: Tu punto de información.
 - Implantación de políticas universitarias libres de drogas.
 - Cursos de formación en materia de Drogas: 6 grupos, 192 estudiantes 2012-2013.
- Prevención extraescolar del consumo de Drogas ligadas a centros educativos:
 - Programa nexus, ¿te apuntas?, Vivir el momento: 130 grupos, 1707 alumnos 2012-2013.
- Prevención familiar:
 - Prevención familiar universal: Programa Moneo; nº de grupos 170 y nº de familias que finalizan 1897 2013.
 - Prevención familiar selectiva:
 - Dédalo: nº de grupo 11, nº familias que finalizan 85.2013.
 - Otros programas: 130 familias participan en 2013 con colaboración de asociaciones.
 - Prevención familiar indicada: 321 jóvenes y 418 padres/madres participan en 2013.
- Intervenciones con menores en riesgo:

Intervenciones a través de programas psicoeducativos, de alternativas, socioeducativos, psico-educativo terapéuticos: 1859 menores participan en 2013.

CATALUÑA:

- Canal Salut – Juego patológico y Canal Drogas.
- Programas específicos de salud mental y drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Catalunya (ASPCAT).
 - La Aventura de la vida
 - Fit Jove
 - Noches de Calidad
 - Rumba a tu son
 - Guía de recomendaciones para la implementación de los Protocolos ASA
 - Conecta con tus hijos
 - Canal Drogues/ www.elpep.info/ www.laclara.info
 - En plenas facultades
 - Protocolo de secundaria
 - Vivir, una aventura
 - En primera línea
 - Guía de Recomendaciones para profesionales del ámbito del deporte
 - Guía de Recomendaciones para la comunidad universitaria
 - Materiales de difusión para población general y colectivos específicos
 - Material didáctico para agentes educadores
 - Exposiciones: Fiebre del viernes noche, ¿Coca qué?, entre nosotros
 - Monográficos sobre drogas en áreas laborales específicas (Law enforcement, Drogas y género, Drogas en el ámbito laboral)
 - Sistema de Información en Prevención de Drogas y Salud Mental
 - Programa “Beber menos”
 - Programa ASSIST
 - Programa “En el trabajo, alcohol y drogas 0,0”

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Programas de prevención a las drogodependencias y otras conductas adictivas:
 - o Brújula
 - o Prevenir para vivir
 - o Aventura de la vida
 - o Órdago
 - o Banco de Herramientas
 - o Retomemos
 - o Exposición Itinerante ¿de qué van las drogas? ¿de qué van los jóvenes?
 - o El secreto de la buena vida
 - o Cine y educación en valores
 - o Preventic
 - o En familia
 - o Aprender a comunicar

EXTREMADURA:

- Proyectos financiados a través de las sucesivas órdenes de subvenciones.

GALICIA:

- Plan de Trastornos Adictivos (PTA) de Galicia 2011-2016.
- Legislación elaborada
 - o Lei de prevención do consumo de bebidas alcohólicas en menores de idade (2010).
 - o Orde sobre sinalización en materia de venda de alcohol a menores de idade.
 - o DECRETO 126/2012, “do 24 de maio, polo que se establece e regula o sistema de información sobre o consumo de bebidas alcohólicas en menores”.
- Reducir la prevalencia de las adicciones sociales y conductas relacionadas. Evaluación “Manual sobre la Evaluación de los procesos preventivos del catálogo de programas de Prevención”.

MADRID:

- “Puesta en marcha y evaluación de un programa de tratamiento del alcoholismo en el que se integre la red de centros de alternativas psicosociales a las adicciones (red capa) en la Comunidad de Madrid”.
- Proyecto de investigación “Hermes-Sport”.

MURCIA:

- Prevención con menores en situación de riesgo.
 - o Dirigida a Jóvenes menores de 20 años.
 - o Campañas en medios de comunicación.
 - o Dirigidas a Usuarios de Centros de Salud, Jóvenes, Embarazadas.

PAIS VASCO:

- El VI plan de Adicciones
 - o En la RSMB existe un grupo estable (CSM Adicciones – Ajuriaguerra) para la atención preventiva a adolescentes de 14 a 18 años.
 - o Difusión de los riesgos del cannabis en los medios, Centros de Salud y hospitales. HUA.
 - o En la RSMG se ha iniciado un grupo de trabajo sobre alcohol con inclusión de AA.AA.
 - o En la RSMA se ha consolidado el Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones.
 - o “Euskadi Libre de Humo de Tabaco” .
 - o “Mujeres por la salud”.
 - o Evaluación alcohol.

RIOJA:

- En materia de adicciones se realizan programas de Intervención en grupos de edad entre 12 y 16 años escolarizada mediante TIC.

2.3.- Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las **tasas de depresión y de suicidio** en grupos de riesgo.

ANDALUCÍA:

- Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo.
- Documento de recomendaciones sobre detección, prevención e intervención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y una guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares.
- Mejorar las actuaciones de detección y atención y seguimiento a personas con intentos de suicidio de dos Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP).
- Proyecto europeo "EUREGENAS", que tiene como objetivo la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.
- Cursos organizados por el Cuerpo Nacional de Policía de Sevilla, sobre prevención del suicidio e intervención en situaciones de crisis.

ASTURIAS:

- Procedimientos de detección precoz de conductas autolíticas y protocolos de actuación en los SSM.

BALEARES:

- Programa Multicéntrico Comunitario contra la Depresión y el Suicidio, de la European Alliance Against Depresión-EAAD. (2009,2010)

CANARIAS:

- **Manual "Salud Mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes". Difusión en la Comunidad Autónoma. Incluye "Abordaje del suicidio en Atención Primaria".**

CASTILLA Y LEÓN:

- Participación en Proyecto europeo "EUREGENAS", de promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.
- Inclusión de objetivos en los planes Anuales de gestión de mejora en la continuidad asistencial en las personas que han presentado conducta suicida.
- Cursos de formación de psicoeducación en depresión para Atención Primaria.
- Publicación de una Guía sobre Depresión en el aula de pacientes del portal de Salud.
- Participación en actividades de sensibilización a través del Aula de pacientes del portal de salud en el Día mundial de la prevención del Suicidio.

CATALUÑA:

- Código Riesgo Suicidio (CRS):
 - Definido un Protocolo de actuación específica para todos los servicios sanitarios implicados para asegurar la atención homogénea en los servicios de urgencias hospitalarias.
 - Se implantará un circuito para garantizar una atención proactiva y la continuidad asistencial post-alta hospitalaria desde el CSM (10 días adultos/72 horas adolescentes)
 - Seguimiento desde cualquier servicio del sistema sanitario durante 12 meses después de la tentativa
 - Registro poblacional de casos
- Ruta asistencial de la depresión

- Informatización de la GPC de la Depresión en el ecap de APS
- Guía metodológica del Paciente experto en depresión
- Programa de apoyo a la Asociación “Després del Suïcidi – Associació de Supervivents” (DSAS), asociación de supervivientes, entendiendo como supervivientes aquellas personas que resultan sumamente impactados por el suicidio de un familiar, amigo o allegado.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Formación en prevención del suicidio e intervención de la depresión.
- Protocolos de seguimiento y derivaciones de la conducta suicida en servicios de salud mental específicos.

EXTREMADURA:

- “Análisis de situación, definición del proceso asistencial, formación y prevención indicada de menores bajo el servicio de protección y tutela de la Junta de Extremadura”.
- “Análisis de situación, definición del proceso asistencial, formación y prevención indicada de menores bajo el servicio de protección y tutela de la Junta de Extremadura”.
- Guía “Salud mental de menores en acogimiento residencial”.
- “Rehabilitación Psicosocial de personas reclusas con Trastornos Mental Grave en centros penitenciarios de Extremadura”.
- “Enfermedad mental y edad avanzada: análisis de situación y prevención del suicidio en centros residenciales de mayores de Extremadura”.

GALICIA:

- Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida del Área sanitaria de Ourense (Galicia).

MADRID:

- Programas piloto de prevención del suicidio.
- Guía para Familiares de Prevención de la Conducta Suicida.
- Inclusión en 2012-2013-2014 en los Contratos-Programa de Gestión de todos los hospitales de Madrid el objetivo de calidad Prevención del Suicidio.
- Implementación de la prestación ARSUIC (Atención al Riesgo Suicida).
- Guía de Autoayuda en Prevención de la conducta suicida.
- Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales.
- Campaña institucional sobre la depresión y la prevención del suicidio.
- Acciones formativas en detección y manejo del riesgo de suicidio en Atención Primaria, SUMMA 112 y Asociaciones de Pacientes y Familiares.

NAVARRA:

- Prevención y actuación ante conductas suicidas.

PAIS VASCO:

- Depresión en Atención primaria.
- Cobertura a familias en situaciones de duelo difícil:
 - Unidad de estado vegetativo persistente. Residencia Diputación Foral de Bizkaia. Leioa.
 - Grupos de duelo. CSM Uribe.
- Taller a profesionales: prevención del suicidio.
- Participación en actividades de formación para detección de conductas de riesgo.
- Detección de problemas ligados al consumo del alcohol.
- “Espacios mentalmente saludables”.

- Estudio suicidio RSMG y H. Galdakao U Y HU Araba con seguimiento telefónico Enfermería de Consejo Sanitario del Departamento de Salud
- Programa Cribado diagnóstico e intervención en depresión en Atención Primaria.

2.4.- Desarrollar intervenciones en atención primaria dirigidas **a ofrecer apoyo a las familias**, tendiendo a compartir y rebalancear la carga de las mujeres que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño del rol.

ANDALUCÍA:

- Formación de profesionales que atienden a las personas cuidadoras de pacientes con patologías crónicas.

ASTURIAS:

- Elaboración de protocolos para detectar problemas graves de salud Mental en AP. Protocolos de seguimientos y derivaciones.

CANTABRIA:

- Programa de apoyo psicoterapéutico para personas con enfermedades en fases avanzadas y sus familiares.

CASTILLA Y LEÓN:

- A través del Servicio de Atención al cuidador familiar incluido en la Cartera de servicios de Atención Primaria.

CATALUÑA:

- Proyecto “Activa’t”: Capacitando ciudadanos activos de su salud mental.
 - o Creación de espacios específicos de orientación y asesoramiento en la enfermedad mental.
 - o Desarrollo de herramientas útiles para el manejo cotidiano de la enfermedad.
 - o Capacitación de las familias.
 - o Desarrollo de espacios que mejoren la cohesión social.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Programa: Atención a la familia y cuidador familiar. Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Programas de la Asociación familiares enfermos mentales Paterna, Eliana y S. Antonio:
 1. Conocemos.
 2. Atención y formación integral del cuidador familiar.

EXTREMADURA:

- “Programa de apoyo a las familias de las personas con trastorno mental grave” de ADETAEX.
- “Programa de apoyo a las familias de las personas con TMG” FEAFES ZAFRA. Proyectos financiados:
 - o Convenio entre la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y la Asociación de padres de niños autistas de Badajoz (APNABA) para la realización de un taller de familias, durante el año 2010.
 - o Convenio entre el Servicio Extremeño de Salud y la Asociación de padres de niños autistas de Badajoz (APNABA) para la realización de un taller de familias, durante el año 2011.
 - o Convenio entre la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y la Asociación en defensa del tratamiento de los trastornos alimentarios en Extremadura (ADETAEX) para la realización del programa de formación para familias y prevención educativa en conductas alimentarias durante el año 2010.

- Convenio entre el Servicio Extremeño de Salud y la Asociación en defensa del tratamiento de los trastornos alimentarios en Extremadura (ADETAEX) para la realización del programa de formación para familias y prevención educativa en conductas alimentarias durante el año 2011.
- Convenio entre la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y la Asociación Feafes Calma para llevar a cabo el proyecto formativo de padres de niños y adolescentes con TDAH y trastornos asociados durante el año 2010.
- Convenio entre el Servicio Extremeño de Salud y la Asociación Feafes Calma para llevar a cabo el proyecto formativo de padres de niños y adolescentes con TDAH y trastornos asociados durante el año 2011.

PAIS VASCO:

- Trastornos mentales graves y de cursos crónico:
 - Grupos de familias en ámbito comunitario y hospitalario. RSMA.
 - Grupos multifamiliares. RSMB.
 - Escuelas de padres. FEDEAFES. AVIFES. AGIFES. ASAFES. ASASAM.
 - Grupos psicoeducación multifamiliares H. Galdakao
- Trastornos orgánicos graves: Psicooncología. HUA, HUB, HUC, HUD, HGU.

2.5.- Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los servicios de **prevención y comités de salud laboral** de las CC.AA. encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

ANDALUCÍA:

- Afrontamiento del estrés laboral.

ASTURIAS:

- Guía para la identificación de factores de riesgo para la salud mental en el entorno laboral.
- Elaboración de recomendaciones para la atención a niños y adolescentes en los centros sanitarios.

CATALUÑA:

Las políticas públicas de prevención de riesgos laborales se configuran en torno al concepto de promoción y prevención. En el marco del PINSAP se incluye la promoción y prevención de la salud mental en relación a la ocupación.

- Elaboración de la Guía “La salud y el bienestar de los profesionales sanitarios en el entorno laboral”. Guía de buenas prácticas para las instituciones, equipos y profesionales.
- Programas relacionados con la salud laboral de los profesionales de la salud, desarrollados en colaboración con la Fundación Galatea:
 - Promover estilos de vida saludables entre los profesionales de la salud: La salud del estudiante de medicina, la salud del médico residente, la salud de las enfermeras...
 - Fomentar estrategias de prevención frente a los riesgos de ejercer la profesión.
 - Procurar que los profesionales enfermos reciban la asistencia adecuada *PAIMM-RETORN-ASSÍS-ÍTACA*.

EXTREMADURA:

- Procedimiento de coordinación para la atención de los trabajadores con problemas de salud mental del ámbito de la Administración general de la Junta de Extremadura.

GALICIA:

- Violencia laboral externa. Guía informativa sobre a violencia laboral de orixe externa.

- DECRETO 163/2010, de 16 de septiembre, por el que se crea el Observatorio de violencia en el entorno laboral de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud.

MADRID:

- Programa de Atención Sanitaria Integral al Profesional Sanitario Enfermo con Unidad Específica (UVOPSE)

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

ANDALUCÍA:

- Prevención de riesgos psicosociales asociados a los lugares de trabajo,:
 1. Identificar buenas prácticas.
 2. Crear un portal para el alojamiento de buenas prácticas para la prevención de riesgos psicosociales en actividades específicas; y
 3. Establecer líneas de investigación y definir estudios a desarrollar por el Laboratorio-Observatorio de Riesgos Psicosociales.

EXTREMADURA:

- Proyecto de prevención del Síndrome de Burnout en los profesionales de los equipos de soporte de cuidados paliativos de Extremadura y elaboración de una Guía sobre prevención del Bournout

PAIS VASCO:

- Intervenciones para dotar de elementos de criterio y reflexión frente al burnout:
 - Intervención para detección precoz del burnout a diferentes niveles, dentro de los que se incluyen grupos de enfermería y facultativos de la UCI, en colaboración con salud laboral. HUC o Realización de grupos Balint con enfermeras de oncología y hematología. HUB
 - Formación de grupos Balint con residentes, para facilitar tanto sus capacidades de detección precoz, como su propia resiliencia. HUB.
 - Actividades de formación dirigidas a la gestión del estrés y la autoprotección del personal. RSMB.
- Intervenciones orientadas a la evaluación y valoración de riesgos psicosociales:
 - Evaluación de riesgos psicosociales incluidas en la valoración de riesgos de la certificación OHSAS. RSMB.
 - Participación en la certificación OSHAS y campaña contra la violencia en el trabajo H. Galdakao.
- Intervenciones corporativas de reconocimiento
 - En la RSMG existe un reconocimiento de actividades de tutoría (PIR y/o MIR) con la autorización de un día libre al mes para profesionales docentes.
 - En la RSMA hay un mantenimiento activo y sistemático de reconocimiento (25 años, jubilación, premios anuales innovación, apoyos a participación en Congresos, Jornadas, proyectos de investigación,...)

2.7.- Incluir en los planes de prevención de la depresión y consumo de sustancias, acciones encaminadas a **mejorar las condiciones sociales de género determinantes de vulnerabilidad diferencial de género de las mujeres y de los hombres.**

ANDALUCÍA:

- Línea de formación para profesionales de las Unidades de Salud Mental Comunitaria relacionada con la detección precoz y la atención temprana a mujeres víctimas de violencia de género.

ASTURIAS:

- Atención, vigilancia y guía clínica de la violencia de género, en colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer (IAM).

CANARIAS:

- Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Canarias.

CASTILLA Y LEÓN:

- Designación de un responsable por cada Centro Directivo (Gerencias), e incorporado de forma sistemática a la Historia Clínica informatizada, la información relevante sobre esta materia y también el Protocolo de Actuación ante malos tratos.
- Potenciación e impulso de la figura del Consultor de Violencia de Género, con la definición de las siguientes funciones:
 - o Contribuir a la sensibilización de profesionales, tanto de Atención Primaria como de los Equipos de Salud Mental.
 - o Garantizar la coordinación con Dispositivos y recursos de carácter comunitario que permita una atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género.
 - o Colaborar en la elaboración y/o implementación de Protocolos, recomendaciones o medidas relacionados con la violencia de género.
 - o Dimensionar e investigar el problema de la violencia de género mediante un registro de casos y la elaboración de una memoria anual.

CATALUÑA:

- Comisión interdepartamental sobre la violencia de género.
- Programas específicos para la atención de salud mental:
 - o Programa de atención y asistencia a los maltratos y/o atención a niños testigos de violencia TEVI.

MURCIA:

- Detección precoz de la Violencia de Género en recursos sanitarios de salud mental (Guía de Práctica Clínica-Violencia de Género)

PAÍS VASCO

- Jornada Violencia de Género en el H Galdakao (2011) y I Jornadas para la Igualdad. Visibilizar el género en psicopatología y en la S. Mental, Osakidetza
- Jornada Igualdad en Salud Mental.

2.8.- Estimular la creación de recursos grupales de prevención de los trastornos mentales comunes y re-socialización **específicamente para mujeres** en servicios de atención primaria y/o social o comunitaria.

ANDALUCÍA:

- Diseño e implantación de los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE), para personas, en esta primera fase mujeres, con malestar emocional inespecífico.

ASTURIAS:

- Con los profesionales sanitarios (AP):
 - o Atención especial al malestar de las mujeres y su desmedicalización.

EXTREMADURA:

- Grupos para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo o el Insomnio

EVALUACIÓN: INFORME PLAN NACIONAL DE DROGAS

Resumen:

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, incluidos los determinantes de género de los trastornos mentales y de las adicciones.

- **Líneas políticas:** Perspectiva de género en todas las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas, de acuerdo al principio rector de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016

Acciones del Plan de Acción en curso:

- Proyecto de desarrollo de prevención comunitaria multicomponente en el ámbito local
- Programa de intervención en zonas de riesgo
- Proyecto coordinado de prevención
- Proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con los menores en los ámbitos escolar, social y sanitario.

- **Financiación de acciones:**

- **Financiación a Corporaciones Locales programas de ocio alternativo:**

- 2010: 3.820.000
- 2011: 4.999.009 - 68 programas
- 2012: 4.395.934 - 69 programas

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.

- **Líneas políticas. Acciones del Plan de Acción en curso:**

- Proyecto de desarrollo de prevención comunitaria multicomponente en el ámbito local
- Proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con los menores en los ámbitos escolar, social y sanitario.

2.5. Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los *servicios de prevención y comités de salud laboral* de las CC.AA. encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

- **Líneas políticas: Acciones del Plan de Acción en curso: Plan de prevención en el ámbito laboral.**

- Creación de plataformas de coordinación con sindicatos y asociaciones empresariales en las CC.AA. que no dispongan de ellas.
- Elaboración de un modelo marco de intervención integral en el lugar de trabajo para la prevención, asistencia e inserción social.
- Fomento de la implicación de grandes empresas en proyectos de reducción de la demanda de drogas a través de Programas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC)

- **Financiación de acciones a través de las órdenes de Ayudas a ONGs:**

- **2012:**

- Campaña de Alcohol dirigida a trabajadores. Promotor Comisiones Obreras: 45.000 euros
- Campaña de alcohol dirigida a la enseñanza: centros libres de alcohol: 11.000 euros
- Sensibilización sobre drogodependencias dirigida a trabajadores, promotor UGT
- Curso e-learning para técnicos de prevención de riesgos laborales: 25.000 euros
- Campaña de prevención en el sector agroalimentario: 35.000 euros
- Centros de trabajo libres de alcohol: 30.000 euros
- Campaña de prevención del uso de alcohol en trabajadores: 35.000
- Programa de sensibilización de organizaciones laborales: 25.000 euros

o **2013:**

- Sensibilización y prevención en puertos del Estado: 22.000
- Mejora de la prevención en el ámbito laboral: 5.000
- Campaña de sensibilización en el ámbito laboral y familiar: 32.000
- Campaña de prevención consumo alcohol en sector agroalimentario: 50.000
- Centros de trabajadores libres de alcohol: 20.000
- Formación on line Fuerza Armadas: 27.000
- Buenas prácticas en adicciones y centros de trabajo: 12.000
- Campaña de prevención en el sector: 40.000

2.7. Incluir en los planes de prevención de la depresión y consumo de sustancias, acciones encaminadas a mejorar las condiciones sociales de género determinantes de vulnerabilidad diferencial de género de las mujeres y de los hombres.

Evaluación:

- **Líneas políticas: Perspectiva de género en todas las actuaciones del plan Nacional sobre Drogas, de acuerdo al principio rector de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**
Acciones del Plan de Acción en curso:
 - o Elaboración de un documento que describirá los **procesos asistenciales recomendables para drogodependientes atendiendo especialmente a la mujer**
- **Actuaciones financiadas a ONGs:**
 - o **2012:**
 - Programa de prevención: mujeres drogas en la fiesta de Energy Control: 70.000
 - Programa de prevención de violencia de pareja asociada al abuso de drogas MALVA : 45.000
 - o **2013.**
 - Programa de prevención: mujeres drogas en la fiesta de Energy Control. Materiales: 18.000
 - Programa SBIRT atención primaria y cribado, intervención breve y tratamiento de mujeres consumidoras: 18.000
 - Diferencias en la percepción del consumo recreativo de drogas entre chicos y chicas: 18.000
 - Claves para la adicción femenina: 13.000
 - Programa de prevención de violencia de pareja asociada al abuso de drogas MALVA : 35.000
 - Observatorio cualitativo relación consumo de drogas y abusos sexuales: 25.000
- **Financiación de proyectos de investigación:**
 - o Consumo de alcohol, violencia de género e inclusión social Universidad de Valencia: 14.500euros en 2013, 7.600 en 2014
 - o Género, vulnerabilidad y prácticas de riesgo en el consumo de alcohol en menores. Universidad de Granada. 2013: 116.771; 2014. 77.400 euros

DE ALGUNOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS CONCRETOS:

2.4. Desarrollar intervenciones en atención primaria dirigidas a ofrecer apoyo a las familias, tendiendo a compartir y rebalancear la carga de las mujeres que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño del rol.

EVALUACIÓN: SERVICIOS ESPECÍFICOS O QUE INCLUYEN AL CUIDADOR:

Análisis de las Carteras de Servicio de Atención Primaria (CSAP). 2010

Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf

Se realizó un análisis sobre un total de 13 CC.AA. de las que se disponía de la documentación correspondiente.

La presencia de actuaciones priorizadas y organizadas enfocadas a las personas cuidadoras están presentes de las siguientes formas:

- **Servicio específico: Atención al cuidador familiar (o denominación equivalente): 5 CC.AA.** Andalucía, Asturias, Castilla y León, Extremadura y la Comunidad de Madrid.
El contenido del servicio se organiza en torno a especificar criterios de inclusión, valoración inicial (ejemplo, uso de la escala Zarit), de seguimiento y de intervenciones a realizar.
- **Intervenciones /acciones generales dirigidas al cuidador, pero incluidas en otros servicios (identificación/inclusión, valoración de necesidades...):**
 - o **Atención domiciliaria** a pacientes Inmovilizados / crónicos Dependientes: **9 CC.AA.** Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia e INGESA.
 - o **Atención en Cuidados paliativos** / en Fases finales de la vida / en situación Terminal: **12 CC.AA.** Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco e INGESA.
 - o **Atención a la demencia: 2 CC.AA.** Castilla y León y País Vasco.
- **Intervenciones concretas dentro de otro servicio:**
 - o **Educación para la salud a Grupos: a Cuidadores 8 CC.AA.** Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia e INGESA.
 - o **Fisioterapia en domicilio al cuidador** principal de personas en situación de dependencia: **1 CC.AA.** Cantabria

Tab. 15 Tipos de actuaciones emprendidas. Por CCAA

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada por las CCAA

Comunidades Autónomas	Atención al cuidador	Atención Domicilio	Cuidados Paliativos	Atención Demencia	EPS Cuidadores	Fisioterapia domicilio
Andalucía						
Aragón						
Asturias (Principado de)						
Baleares (Islas)						
Canarias						
Cantabria						
Castilla y León						
Castilla-La Mancha						
Cataluña						
Comunidad Valenciana						
Extremadura						
Galicia						
Madrid (Comunidad de)						
Murcia (Región de)						
Navarra (Comunidad Foral)						
País Vasco						
La Rioja						
Ceuta y Melilla						
Total nacional	5	10	13	2	8	1

2.9. Favorecer la creación de recursos para el cuidado de enfermos mentales y la aplicación efectiva de la Ley de Dependencia para redistribuir la carga del cuidado y favorecer un clima social valorizador y disculpabilizador de la cesión del cuidado de las personas dependientes a instituciones y otros recursos distintos a las familias.

EVALUACIÓN:

En relación con el objetivo y su propuesta de evaluación y/o indicadores, relacionados con el papel de la “Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas con Dependencia”, **se han formulado dos preguntas a los representantes de Comunidades Autónomas, vocales de la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la situación de Dependencia, con el detalle y resultado que se incluyen a continuación:**

1.- *¿Se han creado en el ámbito de su Comunidad Autónoma recursos u orientaciones para el cuidado de personas dependientes por enfermedad mental que posibilitan la aplicación efectiva de la Ley de Dependencia?:*

Tab. 16 Recursos para personas dependientes por EM. Por CCAA
Respuestas a la pregunta; ¿Se han creado recursos u orientaciones para el cuidado de personas dependientes por enfermedad mental que posibilitan la aplicación de la Ley de Dependencia?

	SÍ/NO	Comentarios
Andalucía	SÍ	Se dispone de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), cuyos usuarios están evaluados según la Ley de Dependencia, al margen de otros pacientes con TMG, no incluidos en sus programas pero que se benefician de esta Ley en cuanto a apoyos de atención domiciliaria y/o ayudas económicas a los pacientes para su atención por otros cuidadores, generalmente familiares.
Aragón	NO	
Asturias		Los recursos utilizados por las personas con problemas de salud mental que son valorados con dependencia Grado 1 mayoritariamente (por el sesgo del instrumento de valoración pensado mas para dependencia funcional en las ABVD) será el Servicio de Atención a Domicilio (SAD): en algunas Áreas sanitarias existe un programa específico con Servicios sociales municipales y en el resto de áreas empezara a asumirse para este grado en junio 2015. En relación a los valorados con el GRADO 2 se optaría según PIA por: el SAD, la ayuda para cuidador familiar, ayuda económica para complemento de plaza residencial privada, o plaza residencial pública; con grado 2 el acceso a residencia publica en PIA esta Garantizado en el caso de SM o ayuda económica para residencia privada que nunca cubre la cuantía si hablamos de pensiones asistenciales, para todos. Los CAI, en general, están destinados para personas con discapacidad intelectual, excepto uno que incluye a las personas con problemas de salud mental (AFESA –FEAFES). Las viviendas protegidas (en Área V con Fundación SILOE - FMSS y en la I, III, IV, VII con FASAD; Fundación asturiana de atención y protección a personas con discapacidades.) No forman parte del sistema de dependencia, se deriva a través de los servicios de salud Mental, modificándose el convenio en la actualidad Existen plazas psico-geriátricas de financiación pública en tres residencias, dependientes de Bienestar Social. Existen plazas para discapacidad intelectual con graves problemas conductuales o TMG en dos dispositivos residenciales con financiación pública, con acceso a través de Discapacidad que si se prescriben en PIA dependencia
Baleares	NO	
Canarias	SÍ	Los recursos previos de plazas de atención residencial, pisos tutelados y

		plazas en centro de día, se han incorporado al sistema de Atención y Autonomía a la Dependencia en Canarias. Se han creado nuevos recursos para el cuidado de personas dependientes por EM, principalmente en el ámbito de mayores.
Cantabria	SÍ	• Servicio de Ayuda a Domicilio. • Servicio de Teleasistencia Domiciliaria. • Centro de rehabilitación Psicosocial • Centro Ocupacional • Centro Especial de Empleo. • Vivienda Tutelada. • Minirresidencias. • Centros o Unidades de Atención de 24 horas.
Castilla y León	NO	Se refieren a los recursos a los que específicamente se accede a recursos de enfermedad mental con reconocimiento de dependencia.
Castilla - La Mancha	SÍ	Protocolo de Coordinación para la gestión del reconocimiento de la situación de dependencia de personas que presentan trastorno mental. • Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral: - o (2007): Dispositivos: 19 – Plazas: 1.045 - o (2014): Dispositivos: 19 – Plazas: 1.240 • Residencias comunitarias: - o (2007): Dispositivos: 2 – Plazas: 83 * - o (2014): Dispositivos: 4 – Plazas: 171* • Viviendas supervisadas: - o (2007): Dispositivos: 26 – Plazas: 139 - o (2014): Dispositivos: 30 – Plazas: 176 Protocolo de colaboración entre Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y el SESCAM para el ingreso de 17 mayores procedentes de dispositivos específicos para personas con EM en residencias de mayores de la red pública de Castilla-La Mancha
Cataluña	NO	Los recursos para estas personas son los que ya existían con anterioridad a la Ley.
Comunidad Valenciana	NO	Se han creado programas de orientación en Servicios de Promoción de Autonomía personal como son el Servicio de habilitación y terapia ocupacional, y el Servicio de Estimulación Cognitiva, ambos incluidos en los recursos ya existentes de la C. Valenciana.
Extremadura	SÍ	Protocolos de coordinación sociosanitaria con una Comisión para el seguimiento de los casos. Se ha modificado el procedimiento de acceso a los Servicios de salud mental, incluyendo el grado de dependencia como requisito imprescindible.
Galicia	SÍ	Creación de la siguiente infraestructura: CRPL (centros de rehabilitación psicosocial y laboral) 2009: 819 plazas 2014: 904 plazas PISOS DE APOYO 2009: 173 plazas 2014: 192 plazas MINIRESIDENCIAS. 2009: 80 plazas 2014: 114 plazas
Madrid	NO	La Red de Atención Social para Personas con Trastorno Mental Grave y Persistentes de la Consejería de Asuntos Sociales existía con anterioridad a la Ley y consta de: • 24 Centros de Rehabilitación Psicosocial • 32 Centros de Día de soporte social • 22 Centros de Rehabilitación Laboral • 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario • 22 Residencias • 57 Pisos supervisados • 37 Plazas de alojamiento en pensiones • 130 plazas de Servicio de apoyo Reinserción Social de personas

		enfermas mentales sin hogar
Murcia	SÍ	Comisión de coordinación de Salud Mental compuesta por Dependencia, Trabajador social de Zona, Trabajador Social de Ayuntamiento y Comunidad Autónoma, Dirección General de Salud Mental y Equipos Asertivos.
Navarra	SÍ	La Cartera de Servicios Sociales de Navarra contempló los siguientes servicios para personas con Gran dependencia o dependencia Severa: - Atención Residencial para personas con EM. - Centro de Día en Centro de Rehabilitación Psicosocial para personas con EM.
País Vasco (D. F. Guipuzcoa)	SÍ	Datos 2014 (Dato 2006). - Unidades Psicogerítricas (UPSIs): 522 (61) - Centros de Rehab. Psicosocial (CRPS): 228 (164) - Pisos apoyo leve y moderado: 111 (44) - Residencias apoyo extenso: (81 (0) - Apoyo psicoeducativo en domicilio: 44 (21) - Tutela: 171 (76)
La Rioja	SÍ	Servicio en centros de atención diurna. Programas de atención psicosocial en domicilio: se atiende desde Servicios Sociales a personas con diagnóstico de EM crónica para su mantenimiento y estabilidad en las mejores condiciones.

* Incluye plazas concertadas en Residencias de mayores

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada por las CCAA

A nivel estatal, está proyectada la creación del “Centro de referencia estatal de atención psicosocial a personas con trastorno mental grave” en Valencia (pendiente de apertura)

Está planteado como un recurso de ámbito estatal, especializado en la investigación, estudio y conocimiento de los mejores sistemas de atención social y sanitaria para las personas con trastorno mental grave. Servicios:

- Prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal
- Atención Residencial
- Centro de Día/Centro de Noche
- Apoyo a Familias y ONGs.

2.- En el acceso a los recursos de la Ley de dependencia en vuestra Comunidad Autónoma se observa tendencia de que la carga de cuidados en la asignación de PIA va predominando los recursos institucionales y otros recursos distintos de los familiares?:

Tab. 17 Cuidados asumidos por recursos distintos de los familiares. Por CCAA

Respuestas de las CCAA a la pregunta ¿Se observa tendencia de que en la carga de cuidados en la asignación de PIA predominan los recursos institucionales y otros recursos distintos de los familiares?

	SÍ/NO	Comentarios
Andalucía	NO	
Aragón	NO	
Asturias	NO	
Baleares	NO	
Canarias	SÍ	Se ha ampliado la cartera de servicios públicos para el perfil de Salud Mental aunque no hay disponibilidad de centros privados acreditados para ofertar.
Cantabria	SÍ	- La mayoría de las personas valoradas no alcanzan el grado II. La Comunidad Autónoma asume en solitario el coste de los servicios a estas personas. - En los casos más severos el difícil manejo del dependiente en el entorno

		familiar hace que mayoritariamente se solicite un servicio. La base de datos actual no permite obtener datos precisos al no estar todos los diagnósticos codificados uniformemente.
Castilla y León	NO	
Castilla - La Mancha	SÍ	Valoración de la Dependencia: Nº Personas en Dispositivos de Rehabilitación en Castilla La Mancha: - Centros de Rehab. Psicosocial y Laboral (CRPSL): 539 - Viviendas Supervisadas (VS)*: 110 - Residencias Comunitarias (RC): 153 COLECTIVO: Personas con Trastorno Mental Grave de entre 18 y 65 años de edad atendidas en la red de dispositivos de rehabilitación psicosocial de Castilla-La Mancha. Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (19 centros), Viviendas Supervisadas (29 viviendas) Residencias Comunitarias (4 residencias).
Cataluña	SÍ	Se está trabajando conjuntamente con el Departamento de Salud para buscar la ubicación más adecuada de la persona con EM en función de su estado. Se están elaborando PIAS de las personas ingresadas en residencias de media y larga estancia psiquiátrica. Anteriormente no se realizaba.
Comunidad Valenciana	SÍ	El estudio de solicitudes evidencia que hay un incremento en la Solicitud por parte de las familias de un Centro Específico de Enfermos Mentales (CEEM) y en menor medida el ingreso en Centros de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS) y Viviendas Tuteladas.
Extremadura	NO	No contamos con datos estadísticos ni estudios al respecto.
Galicia	NO	
Madrid	SÍ	Se cuenta con una red de atención social a personas con EM grave y duradera con coordinación sociosanitaria. La red cuenta con un total de 5.700 plazas en distintos recursos tanto de atención diurna (centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación laboral, centros de día de soporte social) como de atención residencial. Esto permite que el cuidado no sea esencialmente informal.
Murcia	SÍ	Suelen ser personas con grado 2 de dependencia cuyos cuidadores presentan "síndrome de quemado de cuidador".
Navarra	SÍ	Un número elevado de personas con un diagnóstico de EM grave no alcanzan el grado de dependencia garantizado y por tanto, no tiene acceso a la ayuda económica para la permanencia en el domicilio. Por ello acuden a otras vías. Si acreditan cierto grado de discapacidad: - Servicios de Programas Centro de Rehab. Psicosocial (33%) - Piso supervisado (40%) - Piso tutelado (55%) - Residencia Hogar (65%) En personas no valoradas, no dependientes o con dependencia moderada, la Cartera de Servicios Sociales da acceso garantizado a un Servicio de Atención Residencial para personas con EM si se cumple los requisitos establecidos y se alcanza el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales.
País Vasco (D. F. Guipuzcoa)	SÍ	En general sí se ha producido un incremento de la demanda de este tipo de recursos, también de recursos residenciales, pero en gran medida se debe, al menos en Guipúzcoa, al cambio de ámbito institucional de los pacientes psiquiátricos, de lo sanitario a lo social, junto con la amortización de plazas psiquiátricas de larga estancia. También han influido en este incremento los cambios sociológicos, la atomización de las familias junto con la disminución de los cuidadores informales que convivan con estos pacientes. No estamos convencidos de que la entrada en vigor de la Ley haya influido decisivamente en la solicitud de recursos de tipo residencial o de vivienda. También se da el caso contrario. Personas con EMI valoradas con grado 0 quedan excluidos de estos recursos por normas de acceso a este tipo de recursos. No hay que olvidar en este punto que la escala de valoración BVD tiende a objetivar mejor las capacidades y necesidades de apoyo de las personas con discapacidad de origen físico que aquellas que presentan

		limitaciones derivadas de patología psíquica. Por último poner de manifiesto que la puesta en marcha de las prestaciones económicas de apoyo en el entorno y de asistencia personal ha posibilitado, por otra parte, el mantenimiento de las personas dependientes en sus domicilios.
La Rioja	SÍ	Por la demanda de plazas en centro de día y la necesidad de disponer de recurso residencial, ya que las características del colectivo dificultan las posibilidades de atención exclusiva desde el ámbito familiar.

* Personas atendidas también en CRPSL.

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada por las CCAA

El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, (12 de abril de 2012), aprobó el avance de la evaluación de la ley transcurridos los cinco primeros años de aplicación de la misma, adoptando el acuerdo de acometer las mejoras en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que fueran necesarias para asegurar su sostenibilidad.

Entre las medidas de racionalización del sistema de dependencia establecidas está la modificación de varias disposiciones de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, en el artículo 22 del citado real decreto-ley, entre las que cabe citar:

“Cuatro. Se modifica el apartado 6 del artículo 14, que tendrá la siguiente redacción:

«6. La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a la prestación económica vinculada al servicio prevista en el artículo 17 de esta ley.»

Trece. Se modifica el apartado 1 del artículo 29, que tendrá la siguiente redacción:

«1. En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, la determinación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar corresponderá a la Administración competente, a propuesta de los servicios sociales».”

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 2:

Como en las conclusiones del Objetivo General 1, el número de intervenciones no es buen indicador, ya que lo importante es la idoneidad y efectividad de la misma así como la amplitud de la población a la que va dirigida.

No obstante, podemos decir que todas las comunidades que han informado poseen una serie de intervenciones, más o menos coordinadas que realizan, o por ellas mismas o mediante subvenciones.

Desconocemos si la realización de las mismas se debe a un análisis de la situación y una priorización o a otros criterios.

En cuanto a la evaluación, en aquellos proyectos en los que se da, son de estructura y proceso básicamente.

Destacar la importancia de las acciones que se realizan para disminuir el consumo de alcohol y otras drogas.

Podemos afirmar que muchas comunidades tienen en su cartera de servicios prestaciones que incluyen la valoración y apoyo a cuidadores de personas con patologías crónicas.

La atención a las personas con trastorno mental grave está desarrollada a través de la aplicación de la Ley de la Dependencia, pero falta por definir de forma homogénea un espacio socio-sanitario de atención al paciente con trastorno mental crónico.

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 2:

1. Se propone, como se indicó ya en el Objetivo General 1, unir ambos objetivos generales en uno solo en el que se señalen algunas prioridades generales. El objetivo podría ser que “Las comunidades dispondrán de un plan de promoción de Salud Mental y prevención de los trastornos mentales (propio o incluido en un plan general). Este plan estará basado en un análisis de las necesidades de la población y estará evaluado.
2. Se propone separar, por su importancia, una Línea Estratégica sobre la prevención, detección precoz y abordaje de los trastornos afectivos y la conducta suicida, con dos objetivos generales.

redacción médica

• OBJETIVO GENERAL 3

ERRADICAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

EVALUACIÓN:

GLOBAL: INFORME DE LAS COMUNIDADES

Tab. 18 Valoración cuantitativa de las iniciativas (Obj. Gral. 3)

Comunidades Autónomas	Planes o programas	Intervenciones	Normativas	Normas centros
Andalucía	1	17	1	4
Aragón	4			
Asturias (Principado de)		4	1	2
Baleares (Islas)		2		
Canarias		3		
Cantabria		1		
Castilla y León		1		
Castilla-La Mancha	1	4		
Cataluña	5	1		
Comunidad Valenciana		22		
Extremadura	1	1		
Galicia	1	41		
Madrid (Comunidad de)	1	5		
Murcia (Región de)		2		
Navarra (Comunidad Foral)	1	1		
País Vasco		9	2	
La Rioja	1	2		
Ceuta y Melilla				
Total nacional	12	116	4	6

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada por las CCAA

RESUMEN INTERVENCIONES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

3.1.- El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. incluirán en sus planes y programas intervenciones que **fomenten la integración y reduzcan la estigmatización**, incluyendo el estigma laboral que sufren las personas con trastorno mental.

ANDALUCÍA:

- Estrategia andaluza contra el estigma “1decada4”.
 - Actualización permanente de la página Web
 - Exposición itinerante “No decidas por la cara, las apariencias engañan”.
 - Edición y difusión de un vídeo-documental “Estigma y Salud Mental”.
 - Programa “LO HABLAMOS.
 - Apoyo al fortalecimiento del movimiento asociativo.
 - Fomento de las acciones locales.
 - Participación en diferentes foros internacionales, creación de una red mundial de iniciativas contra el estigma “Global Alliance Against Stigma”, de la que forma parte “1decada4”.

- Actuaciones de repulsa.
- Jornadas culturales.
- representaciones teatrales, programas de radio desarrollados por usuarios y usuarias y participación en programas de radio y televisión.
- En la IV Edición del Premio Andaluz de Buenas Prácticas en la Atención a la Discapacidad, se otorgó un premio al Ayuntamiento de Cabra, como Ciudad Libre de Estigma.
- Documental “Sueño Igual que Tú”.
- Taller de Cortometraje, cuyo trabajo final “ALAS ROTAS”, recibió un premio en la Muestra de Cine y Discapacidad de Málaga y el Taller de Teatro y Guión Cinematográfico de Jaén.
- Evento cultural “HECHIZOFRENIA”.
- Estudio de investigación “La Salud Mental en la población general: Imágenes y realidades en Andalucía”.
- I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social.
- Se han publicado diferentes artículos en revistas especializadas nacionales e internacionales.

ASTURIAS:

- Apoyar y promocionar el asociacionismo entre los usuarios de los servicios de salud mental, especialmente en las zonas rurales.
- Formación y fomento de la participación de las personas con problemática de salud mental.
- Sensibilización de colectivos específicos:
 - Generadores de opinión: prensa, políticos y agentes sociales
 - Asociaciones culturales y deportivas y movimientos sociales.
 - Formación y trabajo con los profesionales sanitarios y trabajadores sociales.
 - Formación y trabajo con las familias.
 - Sensibilización a los jóvenes: intervención en el medio escolar.
- Sensibilización a la población general.

ISLAS BALEARES:

- Jornadas de Usuarios, familiares y profesionales
- Jornadas de puertas abiertas

CANARIAS:

- Apoyo al fortalecimiento de las asociaciones existentes (p.ej: FEAFES Canarias) y del desarrollo de nuevas (p.ej: asociaciones de pacientes, como la Asociación Canaria de Integración de Salud Mental "Espiral").
- Investigación sobre autoestigma en personas con esquizofrenia.
- Blog "Saltando muros"

CANTABRIA:

- Semanas de Cine y Salud Mental

CASTILLA LA MANCHA:

- Campañas divulgativas
- Plan Estratégico de Castilla La Mancha de actuaciones de sensibilización y lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las enfermedades mentales.
- Documental “SOLO”.
- Observatorio de noticias.
- 1ª Jornada de sensibilización: “Estigma sobre la Enfermedad”

CASTILLA Y LEÓN:

- Difusión y sensibilización a través de contenidos diversos en el portal de salud /Aula de pacientes: Día Mundial de la Salud Mental, difusión de noticias, actividades de interés para familiares y pacientes...

CATALUÑA:

- “Obertament”, plataforma de sensibilización, participación y denuncia. Acciones:
 - o Lanzamiento de la Campaña “No facis com si res: Dóna la cara”.
 - o Convenio con la Corporación Catalana de medios audiovisuales (CCMA) para la visibilidad de las campañas.
 - o Inclusión de una pregunta específica en la Encuesta de Salut de Catalunya y en el Centro de Estudios de Opinión para valorar el impacto de estas campañas sobre la población general.
 - o Videocapsulas 012.
- Proyecto “ESPAI Jove: un espacio para la salud mental”. Programa de promoción de la Salud Mental, la prevención de los TM y la disminución del estigma dirigido a jóvenes de entre 12 y 18 años y a adultos que están en contacto con ellos.

COMUNIDAD VALENCIANA:

Financiación a diversos colectivos para la realización de las siguientes acciones:

- Lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastorno mental: programa para la prevención del estigma.
- Apoyo y acompañamiento terapéutico de personas dependientes por trastorno mental severo.
- Proyecto de intervención personalizada para la inserción sociolaboral de la persona con enfermedad mental grave.
- Programa de sensibilización en Salud Mental: Mentalmente hablando.
- Programa intervención con personas con enfermedad mental. Soporte a la integración social de enfermos mentales.
- Lucha contra la estigmatización y la exclusión social de las personas con trastorno mental grave.
- Prevención del estigma y la discriminación asociados a las personas con trastorno mental.
- Psicoeducación en trastorno mental grave.
- Proyecto de intervención y coordinación de recursos en Síndrome ASPERGER.
- Apoyo técnico a personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales.
- Aula de rehabilitación psicosocial.
- Integración social y laboral de enfermos mentales.
- La salud mental: objetivo europeo.
- S.E.P.R.E.M. Denia-Servicio de prevención de recaídas:
 - o Edición poemario y presentación de éste
 - o Taller de huerta
- Club de convivencia terapéutico para enfermos mentales de Alzira.
- Promoción de la salud mental en personas enfermas de Parkinson con patología mental asociada y sus familiares.
- “Xivarri” Programa de prevención de situaciones de aislamiento social para personas con enfermedad mental.
- La casa en el aire. Intervención con personas sin hogar con enfermedad mental.
- Programa de atención integral para la promoción de la salud mental a personas con trastorno del espectro autista.
- Integración sociolaboral de personas con enfermedad mental.
- La intervención ecosistémica familiar en la rehabilitación y reinserción sociolaboral en las patologías mentales graves resistentes

EXTREMADURA:

- Programas de promoción, prevención y mejora de la imagen de las personas con enfermedad mental.

GALICIA:

- Proyecto NISE contra el estigma de la enfermedad mental.
 - Actividades específicas para pacientes y familiares:
 - Talleres psicoeducativos sobre trastorno bipolar.
 - Talleres psicoeducativos sobre esquizofrenia.
 - Talleres psicoeducativos sobre depresión.
 - Talleres psicoeducativos sobre conducta suicida.
 - Actividades para el público en general:
 - Foros por internet para ciudadanos sobre salud mental.
 - Jornadas de sensibilización sobre enfermedad mental.
 - Actividades artísticas: exposiciones de pintura, teatro, etc, en las que participaron personas con enfermedad mental.
 - Tres ciclos de cine sobre psiquiatría (En los caminos de la mente).
 - También se han realizado 31 cursos sobre trastorno mental grave para profesionales de residencias de la tercera edad de diferentes ciudades gallegas.

MADRID:

- Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental
- Campaña “NO ESTÁS SÓLO”
- Mesa Interinstitucional de Lucha Contra el Estigma asociado a la Enfermedad Mental.
- I Jornadas: *Estigma de las Personas con Enfermedad Mental y Medios de Comunicación*.
- Jornada de Investigación y Estigma hacia las Personas con Trastorno Mental Grave
- Participación institucional en el Día Mundial de la Salud Mental anual

MURCIA:

- Programa ISOL.
- Reducción del estigma mediante fomento de empleo.

NAVARRA:

- “¿Y QUIÉN NO? Programa de sensibilización frente al estigma asociado a la enfermedad mental”: Programa piloto diseñado para sensibilizar a la población adolescente sobre el estigma asociado a la enfermedad mental a partir de la estrategia de contacto directo con personas diagnosticadas de enfermedad mental.

PAIS VASCO:

- En la RSMB se ha producido la externalización de pacientes psicogerítricos a residencias normalizadas y pacientes crónicos a residencias ad hoc.
- En todos los territorios los Centros de Salud Mental están integrados en su mayor parte en centros de salud.
- Trabajo protegido. Colaboración e impulso de empresas del sector (Eragintza, Lantegi Batuak, Gureak...)
- Desarrollo del protocolo de tratamiento ambulatorio involuntario.
- Las actuaciones antiestigma cuentan con una línea propia en el Plan Estratégico de la RSMA.
- Colaboración en la elaboración del Documento de Oviedo contra la discriminación y el estigma hacia las personas con enfermedad mental.
- Existen líneas de investigación sobre el estigma.
- Psiquiatría de enlace.
- Formación de los profesionales frente al estigma a través de sesiones clínicas.
- Elaboración del Documento de La realidad del Estigma de la enfermedad mental en la CAPV: FEDEAFES en colaboración con el H. de Basurto

RIOJA:

- Proyecto Alaska para la exclusión social) en población con Trastornos mentales en la Ciudad de Logroño.
- Actividades con población general y enfermos mentales: Etapa del Camino de Santiago; Campeonatos de Fútbol, ETC.

3.2.- El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. 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.

ANDALUCÍA:

- **Manifiesto frente a la propuesta del Gobierno de España de reforma del Código Penal.**

ASTURIAS:

- **Elaborar un documento sobre los aspectos éticos y legales en Salud Mental.**

CATALUÑA:

- **Manifiesto frente a la propuesta del Gobierno de España de reforma del Código Penal.**

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.

ANDALUCÍA:

- Publicación y difusión del documento “La experiencia importa. Comunicación y trato en los servicios de salud mental.
- Cursos de formación para profesionales sanitarios.
- Edición y difusión de un vídeo-documental sobre la falta de atención a la salud física de las personas con enfermedad mental causada por el estigma.
- Línea de trabajo específica sobre Derechos Humanos y Salud Mental:
 - Análisis del grado de cumplimiento de los artículos que integran la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en el ámbito de los servicios de salud mental y programas de apoyo social de Andalucía.
 - Desarrollo del procedimiento de planificación anticipada de decisiones en el ámbito de la salud mental.

ASTURIAS:

- Normalizar los procedimientos administrativos de ingreso hospitalario para personas con enfermedad mental siguiendo las pautas normalizadas para el resto de las especialidades.
- Adecuación de los protocolos de atención en los servicios de Urgencias para evitar la discriminación de las personas con enfermedad mental, mediante la evaluación y revisión junto con los Servicios Hospitalarios Implicados de los procedimientos de atención a la Urgencia Hospitalaria.

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

- Camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes
- Camas psiquiátricas de agudos en hospitales monográficos por 100.000 habitantes

Estos dos indicadores han sido sustituidos por el siguiente

- Porcentaje de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales respecto al total de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales y monográficos

Tab. 19 Porcentaje de camas de Agudos. Por CCAA. 2009-2013

Porcentaje de camas de Agudos en Hospitales Generales frente a Hospitales Monográficos. SNS.

Por CCAA. 2009-2013

CCAA	2010	2011	2012	2013
Andalucía	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aragón	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Asturias (Principado de)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Baleares (Islas)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Canarias	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cantabria	40,48%	100,00%	100,00%	100,00%
Castilla y León	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Castilla- La Mancha	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cataluña*	49,00%	49,00%	50,00%	53,00%
Comunidad Valenciana	93,69%	90,15%	90,36%	94,43%
Extremadura	50,00%	41,76%	84,09%	73,58%
Galicia	100,00%	83,09%	97,51%	97,54%
Madrid (Comunidad de)	87,28%	78,75%	81,37%	81,72%
Murcia (Región de)	75,47%	75,93%	76,36%	78,86%
Navarra (Comunidad Foral)	78,38%	100,00%	100,00%	100,00%
País Vasco	84,29%	84,35%	83,92%	84,05%
Rioja (La)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Ceuta	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Melilla	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
ESPAÑA**	80,85%	79,17%	82,34%	83,28%

Fuente: EESCRI. 2009-2013. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI

*Los datos de Cataluña han sido aportados por esta Comunidad

**Datos a nivel nacional, recalculados en función del porcentaje aportado por Cataluña

A pesar de haber evolucionado notablemente la hospitalización en camas de agudos a raíz de la Ley para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad, en los últimos años se ha observado un detrimento leve del porcentaje de camas de agudos en hospitales generales respecto a hospitales monográficos. Sólo en dos CC. AA., además de Ingesa, los ingresos en los hospitales generales suponen el 100%.

3.5. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 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.

EVALUACIÓN:

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha participado en las siguientes iniciativas Internacionales para el desarrollo del modelo comunitario de atención y de inclusión social, y en el que se contemplan medidas para la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental.

Comisión Europea:

Participante como associated partner en la **Joint Action “Mental Health and Well Being”**, en el work package “managing the evolutions of community-based and socially-inclusive approaches to mental health”.

Se ha elaborado un Informe que analiza la situación actual del modelo comunitario y de inclusión social en España, tanto cuantitativa como cualitativamente, se han recogido experiencia ejemplarizantes y conclusiones globales.

OMS-Europa Participación en la Elaboración del Plan de Acción Europeo en Salud Mental aprobado en Septiembre de 2013.

OMS: Participación en la elaboración del Plan de Acción integral sobre salud mental 2013-2020, aprobado en la 66 asamblea de mayo de 2013.

CONCLUSIONES OBJETIVO 3:

El estigma se manifiesta a través de tres dimensiones: estereotipos, prejuicios y discriminación. El estigma (estigma social y autoestigma) que afecta a pacientes y familiares influye negativamente en su recuperación, inclusión social y por lo tanto en su bienestar y calidad de vida. Las experiencias positivas en este campo indican que los avances se dan cuando van simultáneamente: la toma de conciencia de las propias dificultades (psicoeducación), el desarrollo de las capacidades individuales (autoestima) y el conocimiento de los derechos propios (información).

No está consolidado un modelo de intervenciones para abordar el problema del estigma y la discriminación, así como no existe un registro formal de normas y procedimientos en los centros sanitarios, ni un seguimiento de los mismos, para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias. Si bien es cierto que existen muchas y válidas iniciativas contra el estigma y discriminación, hay un déficit en iniciativas más orientadas hacia la sociedad civil que pretendan abarcar todo el territorio nacional.

Una gran parte de las iniciativas llevadas a cabo tienen mayor impacto en personas con enfermedad mental y sus familiares, y profesionales de salud mental y tienen una difusión limitada (local o regional).

Existe cierto solapamiento entre este objetivo general y el cinco “Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y de las pacientes”.

PROPUESTAS OBJETIVO 3:

Elaborar por cada comunidad un plan de intervenciones y un mecanismo de seguimiento y control sobre normas específicas y procedimientos de los centros sanitarios encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

• OBJETIVO GENERAL 4

MEJORAR LA CALIDAD, LA EQUIDAD Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

EVALUACIÓN:

• Porcentaje de reingresos:

Tab. 20 Altas totales y por trastornos mentales. Capítulo CIE. 2012

Descripción Capítulo CIE	Nº Altas	Estancia Media	Tasa de Reingresos	EM de Reingresos	Tasa reingresos < 8 días	Tasa reingresos de 8 a 30 días
Total Altas	3.212.183	6,72	7,40	9,10	2,74	4,66
Trastornos Mentales	71.392	14,71	9,05	13,78	3,50	5,55

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Tab. 21 Altas por trastornos mentales. Por CCAA. 2012

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Tasa de Reingresos	EM de Reingresos	Tasa reingresos < 8 días	Tasa reingresos de 8 a 30 días
España	71.392	14,71	9,05	13,78	3,50	5,55
Andalucía	9.910	14,22	11,56	14,85	4,93	6,63
Aragón	2.753	13,52	9,01	14,78	4,21	4,79
Asturias (Principado de)	2.461	12,77	8,53	13,65	3,54	5,00
Baleares (Islas)	2.261	14,57	9,46	15,16	3,72	5,75
Canarias	2.816	18,64	5,50	20,77	1,70	3,80
Cantabria	783	13,86	6,39	10,08	2,81	3,58
Castilla y León	4.984	18,92	9,15	13,09	2,89	6,26
Castilla - La Mancha	3.626	14,34	13,68	15,64	6,23	7,45
Cataluña ¹	7.283	11,91	5,37	9,67	2,32	3,05
Comunidad Valenciana	8.142	11,42	8,34	11,40	3,23	5,11
Extremadura	2.286	10,71	14,83	9,90	5,51	9,32
Galicia	4.515	16,53	7,97	16,42	2,77	5,20
Madrid (Comunidad de)	10.992	17,61	8,72	15,12	3,06	5,67
Murcia (Región de)	2.497	13,44	9,45	11,88	3,24	6,21
Navarra (Comunidad Foral)	1.174	17,58	6,39	18,25	1,96	4,43
País Vasco	4.321	14,70	8,84	12,08	2,94	5,90
Rioja (La)	334	13,15	8,08	9,33	4,19	3,89
Ceuta y Melilla						

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas

¹ Los datos publicados del CMBD de los hospitales de agudos del SNS correspondientes a Cataluña no incluyen la actividad de la mayor parte de los centros que forman la red de salud mental.

Existe una base de datos del CMBD de hospitalización psiquiátrica, donde declaran 22 centros de hospitalización psiquiátrica de Cataluña. La actividad de hospitalización psiquiátrica del año 2012 fue de 21.155 altas.

Tab. 22 Tasa de reingreso < 30 días. Trastornos mentales. 2007-12

Por CCAA

Comunidad Autónoma	2007	2008	2009	2010	2011	2012
España	9,82	9,60	9,43	9,28	9,33	9,05
Andalucía	12,79	12,26	12,88	12,16	11,59	11,56
Aragón	10,48	10,22	8,76	8,53	8,64	9,01
Asturias (Principado de)	12,17	12,26	10,21	9,85	9,74	8,53
Baleares (Islas)	9,73	11,52	9,32	10,31	10,32	9,46
Canarias	6,23	6,14	5,92	5,90	6,34	5,50
Cantabria	6,06	7,39	9,17	5,43	5,92	6,39
Castilla y León	10,49	8,98	10,85	10,31	11,36	9,15
Castilla - La Mancha	16,21	15,94	14,32	16,51	14,22	13,68
Cataluña	5,40	4,49	5,33	4,87	5,33	5,37
Comunidad Valenciana	8,86	9,14	8,92	8,81	8,94	8,34
Extremadura	16,46	16,34	17,24	16,87	14,90	14,83
Galicia	7,64	7,83	6,98	6,53	7,26	7,97
Madrid (Comunidad de)	9,58	9,20	9,17	9,01	9,00	8,72
Murcia (Región de)	9,48	10,82	7,93	8,24	7,48	9,45
Navarra (Comunidad Foral)	5,56	7,07	5,24	3,65	3,94	6,39
País Vasco	9,00	8,54	8,15	8,88	9,83	8,84
Rioja (La)	7,76	8,35	9,02	7,93	8,12	8,08
Ceuta						
Melilla						

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Tab. 23 Altas totales por problemas de salud mental. 2012

Altas totales y según problemas de salud mental específicos (Lista ISHMT). 2012

Listado ISHMT	Nº Altas	Estancia Media	Tasa de Reingresos	EM de Reingresos	Tasa reingresos < 8 días	Tasa reingresos de 8 a 30 días
Total Altas	71.392	14,71	9,05	13,78	3,50	5,55
Demencia	1.214	11,06	8,48	10,99	3,13	5,35
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	6.034	10,68	5,93	9,08	2,35	3,58
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	4.354	10,30	6,59	11,44	2,78	3,81
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	20.753	19,19	9,31	17,50	3,57	5,74
Trastornos del humor [afectivos]	15.852	16,93	9,22	16,09	3,33	5,89
Otros trastornos mentales y del comportamiento	23.185	11,25	9,99	10,36	4,00	5,99

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

En los últimos 6 años se puede ver una ligera tendencia descendente en el porcentaje de reingresos.

La tasa presenta importantes variaciones entre CC.AA. (desde el 14,83 de Extremadura hasta el 5,50 de Canarias).

La evolución temporal en la mayoría de las CCAA es descendente, encontrándose algunas en las que el cambio es de 2 puntos porcentuales

Las tasas de reingresos varían según tipos de problemas (5,93 para los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol versus 9,31 para Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes)

- **Morbilidad atendida: Evaluación fuentes de información:**

redacción médica

Tab. 24 Evaluación de fuentes de información de las CC.AA.

CC.AA.	Disponi- bilidad	Inte-grado con Hosp.	Clasifi- cación	Usa CIPA	a) registrar usuarios/ pacientes	b) registrar citas y aten- ciones	c) registrar dx	d) registrar tto fármaco- lógico	e) registrar terapia no farmacol.	f) registrar otras activid.	g) registrar profes. que efectúa la actividad	h) registrar prog. en los que el paciente está incluido	i) registrar result. de herram./esc alas de ev. clínica	j) registrar resulta-dos de control analítico	k) Registrar el alta y sus motivos	l) Registrar capacidad funcional
Andalucía	Sí, en Desarrollo	Sí	CIE9 y CIE10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón	NO															
Asturias	Sí ²	Sí			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí, en Desarrollo	Sí	CIE9	SI	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	Sí	Sí	NO	NO	Sí	Sí	NO
Canarias	Sí	NO	CIE10	Sí	Sí	Sí	Sí	NO farm., Sí prescr.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cantabria	En Desarrollo															
Castilla y León	NO															
Castilla - La Mancha	Sí, en Desarrollo	Sí	CIE9 y CIE10	Sí	Sí	Sí	Sí	³	Sí	Sí	Sí	⁴	⁵	⁶	SI	SI
Cataluña	Sí	Sí	CIE9 y 10 y DSM. SNOMED	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Com. Valenciana	Sí	NO ⁷	CIE9		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí Activ. grupal	Sí	Sí a través de agendas	Sí	Sí	Sí y descripc.	Sí ⁸
Extremadura	Sí	Sí	CIE9	Sí	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Sí	NO ⁹	Sí	NO Sabe
Galicia	Sí	Sí	CIE10	Sí	SI, en HIS	SI, en HIS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí, en Desarrollo	Sí	No Codifica	Sí	SI	SI	SI, pero con adapt.		NO	NO	NO	NO, en Mód. aparte	NO	NO	NO	NO
Murcia (Región de)	Sí	Sí	CIE10	Sí y Nacional	Sí	Sí	Sí	Sí ¹⁰	Sí ¹¹	Sí ¹²	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Navarra (Com. Foral)	Sí	Sí	CIE10	Sí	Sí	NO ¹³	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO
País Vasco	Sí	Sí	CIE10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Rioja (La)	Sí	Sí	CIE9	Sí y Nacional	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO

Fuente: Información proporcionada por las CC.AA. y elaboración propia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdir. Gral. de Información Sanitaria e Innovación.

² Dos sistemas: Selene y Millenium, en desarrollo

³ Solo en algunos hospitales. Al final todo, incluso lo de papel se registra en la aplicación de farmacia que está vinculada a través de CIP

⁴ En aplicaciones específicas que están desarrollando

⁵ Si. Varias. Están definiendo las escalas mínimas

⁶ En aplicaciones específicas, no siempre integradas. CON IDENTIFICACION único

⁷ Es accesible pero no está integrado

⁸ A través de nuestras escalas

⁹ Visualizamos el informe en Cornalvo y se trae a Jara, pero no hay un registro específico, a no ser que sea en texto libre

¹⁰ No de manera codificada, pero si como entrada libre

¹¹ No de manera codificada, pero si como entrada libre

¹² No de manera codificada, pero si como entrada libre

¹³ Se vuelcan datos desde Host

EVALUACION DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

RESUMEN INTERVENCIONES COMUNIDADES AUTÓNOMAS:

Objetivo general 4: **Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.**

4.1.- Desarrollar e implantar de forma efectiva por las CC.AA., 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.

ANDALUCÍA:

- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud
- Competencias de la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Protocolo de Actuación Conjunta entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias.

ASTURIAS

- Implantar un modelo organizativo que facilite la atención integral en las Estructuras Intermedias.
- Reducir la variabilidad de financiación, gestión y cometido de los pisos de inserción social.
- Revisar la implantación del Programa de atención a las Adicciones en toda la Red de Salud Mental.

CATALUÑA:

- El Plan director de Salud Mental y Adicciones define el modelo de atención y los objetivos y líneas de actuación priorizadas.
- El Decreto 196/2010, del Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), incluye en el marco regulador todos los centros y servicios de salud mental
- El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, es el instrumento que marca todas las políticas sanitarias y prioriza las estrategias y acciones a desarrollar.

PAIS VASCO:

- Se han desarrollado en todos los territorios, numerosos programas y convenios de colaboración que iremos viendo en cada objetivo específico.
- En el ámbito sociosanitario hay experiencias transversales.

4.2.- Las CC.AA. establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.

ANDALUCÍA:

- Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones.
- Guías de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad.
- Continuidad de las acciones formativas entre profesionales de atención primaria y salud mental.
- Inclusión de objetivos en los Acuerdos de Gestión Clínica.
- Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en los Centros de Salud de Atención Primaria.

CANARIAS:

- Difusión en la Comunidad Autónoma del Manual "Salud Mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes" (SCS, 2008).

CANTABRIA:

- Protocolo de detección precoz de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Atención Primaria

CATALUÑA:

- Definición e implantación de la cartera de servicios de salud mental en atención primaria.

COMUNIDAD VALENCIANA

- Programa de Coordinación: equipo de atención primaria y Unidad de salud mental. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria

GALICIA:

- Los objetivos relativos a salud mental incluidos en la “Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente”:
 - o Línea estratégica 1.3.:
“Atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas: ancianos, mujer niños y salud mental”
Acciones incluidas en el Plan de prioridades sanitarias (PPS) 2011-2014
 - o 6.5. Depresión y trastornos afectivos

PAIS VASCO:

- **Bizkaia**
 - o Programa de Rehabilitación Psicosocial en TMG. RSMB.
 - o Atención temprana dentro del programa Adintxikikoak
 - o Programa de tratamiento del TMG infanto-juvenil.
 - o Asistencia psicogeriátrica a Residencias.
 - o Programa de trastorno de personalidad.
 - o Programa de atención temprana.
 - o Programa de tratamiento en Trastornos de conducta alimentaria
 - o Programa de obesidad infantil.
 - o Programa de psicooncología infantil.
 - o Programa de Trastornos de Conducta en adolescentes.
 - o Proyecto de embarazo y consumo de psicofármacos.
 - o Continuidad asistencial para el acceso de pacientes al recurso de primeros episodios.
 - o Psicooncología
 - o Asma
 - o Fibromialgia
 - o Rehabilitación cardíaca
 - o Coordinación entre niveles
 - o Programa de Terapia Electroconvulsiva
 - o Sordera y salud mental
- **Gipuzkoa**
 - o Atención a las Unidades Psicogeriátricas diferenciadas de las residencias.
 - o Convenio para reducir ingresos hospitalarios en el ámbito sociosanitario y tercera edad.
 - o Centro de atención temprana con 3 grupos de niños de 4-8 años.
 - o Programa BITARTE para la atención a la patología dual.
 - o Proyecto de atención a pacientes residenciales que generan mayores problemas de convivencia.
 - o Programa de Terapia Electroconvulsiva.
 - o Rehabilitación cardíaca

- **Álava**
 - Programa de Rehabilitación Psicosocial en TMG.
 - Programa de atención a patología dual.
 - Asistencia psicogeriátrica quincenal (médico + enfermera) en Residencias.
 - Programa de atención al paciente suicida.
 - Programa de tratamiento intensivo de Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Proyecto de programa de segundos episodios psicóticos.
- **En el ámbito sociosanitario**
 - Unidad de patología dual (enfermedad mental y discapacidad intelectual profunda) concertada en AITA MENI, de 15 plazas, con proyecto de reubicación progresiva.
 - Proyecto piloto de atención temprana con la participación de la RSMG.
 - Proceso de atención integral a niños y niñas con necesidades especiales (Painne)

4.3.- Las CC.AA. establecerán pautas de atención a las **urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis**, incluyendo atención domiciliaria, en colaboración con los distintos sectores implicados, especialmente atención primaria.

ANDALUCÍA

- Resolución del Servicio Andaluz de Salud 261/2002, de 26 de diciembre, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.
Como estrategia de mejora se han realizado las siguientes acciones:
 - Formación de las y los profesionales sobre la atención urgente a los problemas de salud mental.
 - Grupo de Educación, Discapacidad, Emergencias y Seguridad de Sevilla para desarrollar acciones formativas y de sensibilización y elaborar distintos protocolos de actuación ante emergencias con personas con discapacidad, dirigidas a docentes, policías locales, policías nacionales y profesionales del servicio de extinción y prevención de incendios. Esta iniciativa recibió el Premio a las Buenas Prácticas en la Atención a las Personas con Discapacidad, en la modalidad de Investigación.
 - Revisión y actualización de la Resolución 261/2002, por parte del grupo de trabajo sobre Derechos Humanos y Salud Mental.

CANTABRIA:

- Programa de Ingreso y Tratamiento Psiquiátrico Intensivo en la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH).

CASTILLA Y LEÓN

- Protocolos incluidos en la Guía de seguridad en la atención a personas con Trastornos mentales.

CATALUÑA:

- Definido el Modelo de atención a las urgencias psiquiátricas.
- Elaboración de una propuesta de reordenación de servicios que promueve las alianzas estratégicas entre hospitales con servicio de psiquiatría y sin servicio de psiquiatría.

PAIS VASCO:

- Las urgencias psiquiátricas y las intervenciones en crisis tienen varias acepciones.
- En el ámbito hospitalario además de la organización y regulación, existen procedimientos específicos y se desarrolla un Proyecto europeo de investigación para mejorar las competencias de las personas que intervienen en situaciones de urgencia en catástrofes.
- En el ámbito comunitario ha implicado el desarrollo de intervenciones de coordinación:
 - Protocolo con Juzgado, Ertzantza y AP.

- Protocolo de ingreso involuntario (SM, Policía, Ayuntamiento, Ertzantza, Justicia, DTS) y un protocolo con AP para ingreso involuntario en situaciones de urgencia compartido con ASAFES como representante de los pacientes y familiares.
- Protocolo ingreso involuntario Bizkaia.
- Desarrollo de estrategias e intervenciones específicas:
 - Despliegue de dispositivos de Tratamiento asertivo comunitario.
 - Programa de atención a pacientes sin-hogar.

4.4.- Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben **psicoterapia**, acorde con las mejores prácticas disponibles y monitorizando criterios mínimos de calidad contemplados en la tabla de criterios de calidad del Anexo II del documento de la Estrategia.

ANDALUCÍA:

- No disponen en la actualidad de indicadores específicos de psicoterapia, aunque en Salud Mental se han definido, hasta ahora, tres Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y un subproceso que incluyen intervenciones psicoterapéuticas basadas en la mejor evidencia disponible: el subproceso Trastornos del Espectro Autista (TEA), incluido en el PAI de Atención Temprana, el PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS), el PAI Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y el PAI Trastorno Mental Grave (TMG).

ASTURIAS:

- Potenciar las prestaciones psicoterapéuticas.

CATALUÑA:

- Aplicación de las recomendaciones de las GPC
- Publicación del documento “La psicoterapia en la red pública de salud mental y adicciones”

PAIS VASCO:

El ejercicio de la psicoterapia como práctica clínica es asimétrico. Su registro muestra una distribución aleatoria

- En el HUB:
 - Programas de formación en psicoterapia para toda la Red.
 - Realización de grupos Balint a distintos niveles (profesionales, residentes).
 - Grupos de pacientes con neurosis, adolescentes con DBT, pacientes con cáncer de mama, TCA, trastornos de personalidad
 - Programas grupales en unidades de hospitalización tanto en adultos como en niños.
 - Psicoterapia grupal integradora
 - Seguimiento a psicosis
- En el HUA:
 - Psicoterapia individual y familiar para TCAs.
 - Psicoterapia integral para primeros episodios psicóticos.
 - Psicoterapia para prevenir consumo de cannabis
- En el HGU:
 - Realización de psicoterapia de grupo:
 - TCA
 - Parkinson
 - Ansiedad
 - Psicoeducación familiares
 - Pacientes con T de la Personalidad
 - Mindfulness

- En el HUC
 - Psicoterapia grupal post-alta desde hace más de 6 años
 - Psicoterapia de grupo:
 - Pacientes medulares y familiares.
 - Mujeres con cáncer de mama.
 - Embarazos de riesgo.
- En el HUD
 - Abordaje y tratamiento de las interrupciones libres de embarazo y los abortos espontáneos y no deseados.
- En la RSMB:
 - Psicoterapia grupal con una amplia oferta e implantación intensiva en determinados centros y comarcas: Duelos, psicosis, multifamiliares, trastornos conducta alimenticia, adicciones, patología afectiva, post alta de dispositivos intermedios, primeros episodios psicóticos...
 - Psicoterapia individual ampliamente asentada en el ámbito infantojuvenil.
- En la RSMG:
 - Formación en psicoterapia breve y grupal.
 - Investigación conjunta con UPV (financiado por CP) para la aplicación de la técnica IPT al tratamiento de pacientes con esquizofrenia crónica residual.

4.5.- Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de **rehabilitación.**

ANDALUCÍA:

- No disponen en la actualidad de indicadores específicos sobre programas de rehabilitación, si bien la rehabilitación psicosocial forma parte de las intervenciones generales de los Planes Individualizados de Tratamiento del PAI TMG.

CANTABRIA:

- Programas asistenciales específicos en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas
Dirigido a personas con trastornos mentales graves que requieren programas de rehabilitación.
- Programa ocupacional y de reinserción laboral INICIA
Dirigido a: Personas con enfermedad mental crónica (no trastornos orgánicos cerebrales ni abuso de sustancias activo) y en edad laboral, entre 18 y 50 años.

CATALUÑA:

- Definido el programa sobre Rehabilitación comunitaria en salud mental. Implantado en 47% de los Centros de Día.

MURCIA

- Comisión regional de rehabilitación en todas las UR
- Jornada regional de rehabilitación

PAIS VASCO:

- Establecimiento de la gestión por procesos en las organizaciones que atienden el trastorno mental grave (TMG)
- Proceso singularizado esquizofrenia en todas las organizaciones de Osakidetza.

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.**

ANDALUCIA

- No disponen en la actualidad de indicadores específicos sobre programas de intervención familiar específico, si bien estos programas forman parte de las intervenciones generales de los Planes Individualizados de Tratamiento del PAI TMG.

CATALUÑA:

- Cartera de servicios de atención a las familias de personas con problemas de salud mental.
- Implantación del Proyecto "ACTIVA'T". En el año 2015 se ha implantado en 12 territorios y se prevé atender unas 3.000 personas.

MURCIA:

- Extensión de la intervención familiar en la esquizofrenia (IFE) en la región.

PAIS VASCO:

- El proceso singularizado esquizofrenia incluye la intervención familiar como indicador.
- Los programas de intervención en primeros episodios psicóticos
- En la RSMB: grupo de intervención familiar por comarca.
- En la RSMG las intervenciones familiares en el tratamiento de personas con TCA y con trastornos psicóticos en Hospitales de día.
- En la RSMA está incluido como indicador de proceso y de forma reglada en Unidad de psicosis refractaria (UPR).
- Los servicios de psiquiatría de Hospital ofrecen grupos a los familiares.
- La relación con las asociaciones de familiares y pacientes también es un elemento de fortaleza.

4.7.- Desarrollar protocolos de intervención específicos para los pacientes con trastornos mentales, destinados a mejorar los cuidados en su salud general, con especial atención a las **enfermedades "físicas" más prevalentes**

ANDALUCÍA:

- "Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave.
- "Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave".

CANARIAS:

- Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave (Gobierno de Canarias, 2010).

CASTILLA Y LEÓN:

- "Salud física en pacientes con enfermedad mental severa y tratamiento con antipsicóticos".
- Proyecto Monitor: Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física en los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales.

CATALUÑA:

- Publicación de las "Recomendaciones para la Monitorización y la Promoción de la Salud Física en los Pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos Mentales Graves (Proyecto Monitor)".
- Los pacientes que presentan comorbilidad de trastorno mental con patología somática asociada, se incluyen en el concepto de Paciente Crónico Complejo en salud mental. Se ha definido el modelo de atención. El plan integral de intervención compartida (PIIC) es el instrumento clave de atención, que se consensua entre atención primaria y especializada, junto con paciente y la familia.

PAIS VASCO:

- En la RSMB se recogen en el Plan individualizado de rehabilitación.
- Salud física en Hospitales de día (Durango...) y en los CSM de la RSMB
- En la RSMG el protocolo de actuación de la enfermera referente del caso.
- En la RSMA existe diversos procedimientos de coordinación con los hospitales generales:
 - o Tratamiento normalizado de pacientes con SIDA.
 - o Tratamiento con interferón a pacientes con Hepatitis C.
 - o Buenos resultados también en coordinación para otros temas (p.e. tuberculosis).
- Los servicios de psiquiatría de Hospital general hacen un screening habitual de patología somática asociada.

Hay situaciones emergentes de especial preocupación como la detección y tratamiento del síndrome metabólico asociado a la prescripción de antipsicóticos de segunda generación

Grupo de buenos días de educación sanitaria en E.M. Grave y en Toxicomanías (U. de Desintoxicación) en el H. Galdakao Usansolo (HGU)

4.8.- Las CC.AA. contemplarán, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con **discapacidad intelectual y trastorno mental**.

ANDALUCÍA:

- Está previsto incorporar la atención específica a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental en el nuevo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

CASTILLA Y LEÓN

- Coordinador-Psiquiatra de Referencia para la Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual - Trastorno Mental.
- Creación de Unidad de Hospitalización de Referencia Regional de discapacidad intelectual - enfermedad mental.
- Protocolos de coordinación al alta de la Unidad de Referencia Regional con el sistema de Servicios Sociales.

CATALUÑA

- **Publicación de la Guía práctica para profesionales de la salud Qué hay que tener en cuenta respecto a la salud de las personas con discapacidad intelectual**
<http://www.dincat.cat/guia-pr%C3%A0ctica-la-salut-de-les-persones-amb-discapacitat-intel-lectual-qu%C3%A8-hem-de-tenir-en-compte-186132>
- **Modelo de recursos específicos para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental incluidos en el número 5 de la publicación cuadernos de Salud Mental: “Necesidades de Salud Mental en personas con Discapacidad Intelectual (SM-DI)”,** Catsalut, 2003.
- **Desde el Departamento de Salud de Cataluña se apoyado un proyecto de investigación que ha llevado a la publicación de un “Manual de Consenso sobre el Funcionamiento Intelectual límite”.**

PAIS VASCO:

- Acuerdos de colaboración con en la RSMB.
- Apertura de una unidad sociosanitaria en Gipuzkoa: Unidad de patología dual (enfermedad mental y discapacidad intelectual profunda con problemas de conducta).

4.9.- Las CC.AA. dispondrán y adecuarán unidades y/o programas específicos para dar respuesta a las necesidades de **niños, niñas, así como adolescentes** en materia de salud mental.

ANDALUCÍA:

- Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA).
- Desarrollo del PASMIA en el ámbito de las UGC-SM.
- PAI TCA, actualmente se está revisando y actualizando, de cara a una 2ª edición.
- PAI TEA: un taller específico para optimizar su implantación en los servicios de salud mental.
- Participación del PISMA en:
 - Estrategia de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia en Andalucía
 - Publicación “Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía”
 - Proyecto AL LADO - Infancia,
 - Estrategia de detección e intervención precoz ante el maltrato infantil desde el ámbito sanitario
 - Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A).
- Programa de formación.
- Protocolo Interdepartamental de Colaboración entre las Consejerías de Gobernación y Justicia, Educación, Salud e Igualdad y Bienestar Social para el desarrollo de actuaciones conjuntas en relación con menores con problemas y/o trastornos de conducta.

ASTURIAS:

- Programa de terapia intensiva para niños y niñas.

CANARIAS:

- Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias

CANTABRIA:

- Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil

CASTILLA LA MANCHA:

- Centro de Atención Especializada para Menores (CAEM).

CASTILLA Y LEÓN:

- Consolidación de 11 ESM infanto-juveniles en toda la Comunidad (1 por área de salud).
- Programa de atención al TDAH que incluye el protocolo de coordinación, entre los servicios sanitarios y educativos.

CATALUÑA:

- Despliegue de servicios específicos para la atención infantil y juvenil, diferenciados de la población adulta, desde el año 1989.
- En la atención a esta población se han priorizado los siguientes programas: TEA, TCA, TDAH, TMG/ Psicosis incipiente.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Unidades de salud Mental Infantil (USMI) con programas específicos desarrollados en cada Departamento.

PAIS VASCO:

- Programa de atención infantojuvenil desarrollado en los tres territorios con dispositivos hospitalarios, comunitarios y algunas estructuras intermedias. También existen dispositivos de ámbito sociosanitario.

4.10.- El Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollará, junto con las CC.AA., 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.

ANDALUCÍA:

- Estudio de prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios.
- Se ha analizado, a través de una encuesta en las UGC-SM, la atención que se presta a las personas con trastornos mentales internadas en instituciones penitenciarias.
- Participación de profesionales de salud mental en el diseño de los programas de rehabilitación desarrollados dentro del Programa de Atención Integral del Enfermo Mental de Instituciones Penitenciarias (PAIEM).
- Apoyo social y seguimiento a las personas internadas en los centros penitenciarios.
- Actuaciones de sensibilización.

CANTABRIA:

- Atención psiquiátrica en la unidad penitenciaria.

CATALUÑA

- Convenio de colaboración entre el Departamento de Salud y el de Justicia con el objetivo de garantizar:
 - o Atención especializada en salud mental a las personas que están en Centros Penitenciarios y dispone de una Unidad de Hospitalización Especializada.
 - o Atención especializada en salud mental a la población que está en centros de justicia juvenil, se dispone de una Unidad Terapéutica Especializada
 - o Atención en salud mental a las personas que están cumpliendo medidas de seguridad

MADRID:

- Participación en la Comisión de Análisis de Casos de Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Colaboración con Administración de Justicia para designación de recursos sanitarios para cumplimiento de medidas de seguridad.

PAIS VASCO:

- **Jornadas periódicas anuales de Bizkaia de Salud Mental y Justicia**

4.11.- Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, **el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos**, incluyendo la atención domiciliaria y rehabilitación, 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.

ANDALUCIA:

- Desde el año 2010 todos los dispositivos y profesionales de atención a la salud mental del Servicio Andaluz de Salud (SAS) están integrados en las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM).

ASTURIAS:

- Elaboración de criterios de planificación y asignación de recursos profesionales.

CASTILLA LA MANCHA:

- Comisiones de Área de Patología Mental Grave

CATALUÑA:

- El Decreto 196/2010, del SISCAT, incluye en el marco regulador todos los centros y servicios de salud mental. Uno de los objetivos es la coordinación entre servicios en base a un territorio.
- Integración de la red de salud mental y drogodependencias

- Comités de coordinación territorial integrados por los diferentes servicios de hospitalización y comunitarios

MADRID:

- Integración de la red de salud mental en la red sanitaria general (2010).

PAIS VASCO:

- Proceso singularizado esquizofrenia que es transversal.
- Creación de la RSMB, base de la unificación de la cartera de servicios I.
- En la RSMA la agrupación de CSM y una coordinación sociosanitaria proactivas.
- Indicadores ligados al contrato programa.
- Programa TAC (Tratamiento Asertivo Comunitario) en RSMB y RSMA

4.12.- Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un **plan individualizado de atención**.

ANDALUCIA

- Los PAIs establecen Planes Individualizados de Tratamiento

ASTURIAS:

- Establecer de forma generalizada un Plan Individualizado de Atención.

CATALUÑA:

- El Plan terapéutico Individualizado de Atención (PTI) es el instrumento base que define el proceso de atención a las personas con trastornos mentales en los servicios de salud mental.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Programa de atención para personas con trastorno mental grave: plan de atención integral. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria
- Programa de atención para personas con trastorno mental común: contrato terapéutico. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria

MADRID:

- Los Programas de Continuidad de Cuidados establecen Plan de Atención Individualizada.

MURCIA

- Acuerdo terapéutico TMC en toda la región.

PAIS VASCO:

- En todos los territorios y organizaciones la incorporación del PIT en los procesos asistenciales e itinerarios terapéuticos en TMG se ha desplegado o cuenta con propuestas a corto plazo.

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.

ANDALUCÍA:

- El PAI TMG
- Publicación y difusión de un documento programas de tratamiento asertivo en la comunidad.

- Se monitorizaron indicadores de procesos y resultados en varias experiencias locales

CANTABRIA:

- Programa de mejora de la calidad asistencial y de la eficiencia del gasto farmacéutico mediante la administración de antipsicóticos de liberación prolongada.

CASTILLA Y LEÓN:

- Programa de “Gestión de Casos” para proporcionar una atención integral a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

CATALUÑA:

- Plan de Servicios Individualizado (Cuadernos de salud mental, CatSalut, 2003), que es un modelo de gestión de casos dirigido a las personas con TMS con dificultades de adherencia, o falta de apoyo en su entorno familiar o social. Incluye la atención del entorno próximo al paciente, domicilio o lugar de vida habitual.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Programa de Atención domiciliaria en Salud Mental.

MADRID:

- Programas de continuidad de cuidados para TMG.

MURCIA:

- Proceso de continuidad asistencial.

PAIS VASCO:

- La organización de procesos e itinerarios asistenciales para la atención del TMG garantizan la proactividad y adherencia:
 - o En la RSMA existe el programa de Rehabilitación comunitaria.
 - o En la RSMG existe el programa de atención a jóvenes con trastornos psicóticos.
 - o En la RSMB existe el proceso de TMG. Desarrollo de equipos de TAC comarcales, alternativas a la hospitalización e indicadores de hospitalización orientados a la recuperación de los pacientes.
 - o Los servicios de psiquiatría de Hospital general han incorporado programas de seguimiento post-alta (Zubia, etc)

A estas evidencias se deben sumar las alianzas con referentes comunitarios

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.

ANDALUCÍA:

- Implantación de la metodología de la gestión por procesos.
- Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y un subproceso:
 - o Subproceso Trastornos del Espectro Autista (TEA).
 - o PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS).
 - o PAI Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).
 - o PAI Trastorno Mental Grave (TMG).

CANARIAS:

- Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria según niveles de intervención de la Comunidad Autónoma de Canarias (Gobierno de Canarias, 2009)
- Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales (Gobierno de Canarias, 2011)

CANTABRIA:

- Programa de Atención a las Fases Iniciales del Trastorno Bipolar (JANO)
- Protocolo de asistencia a pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.
- Protocolo de Intervención en el Síndrome Dependencia Alcohólica Grave (SDAG).
- Protocolo de tratamiento electro-convulsivo (TEC).
- Protocolo de Psicooncología

CASTILLA LA MANCHA:

- Procesos Asistenciales Integrados (P. A. I.) Implantados (2013):
 - o P. A. I. de Trastorno Mental Grave (TMG)
 - o Sistema de Gestión de Casos para patología mental grave
 - o P.A.I. de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos
- En Fase de elaboración en 2013:
 - o P. A. I. de detección temprana de Patología Mental Grave
 - o P. A. I. de Trastorno Mental Común
- Elaboración de Libros Blancos de los distintos dispositivos de salud mental.

CASTILLA Y LEÓN

- Programa de atención al TDAH
- Programa de gestión de casos
- Programa asistencial de psicosis inicial

CATALUÑA:

- Plan de Atención Integral a los Trastornos del Espectro Autista
- Ruta Asistencial de la Depresión
- Programa Paciente Crónico Complejo en Salud Mental
- Psicosis incipiente
- Guía de Buena práctica del TEC

MURCIA:

- Desarrollo de procesos básicos:
 - o Proceso psicosis maníaco- depresiva
 - o Proceso Trastorno de la personalidad
- Desarrollo del Proceso Trastorno Mental Grave (TMG)
- Desarrollo del proceso de rehabilitación

NAVARRA:

- Proceso asistencial Trastorno Mental Común (TMC)
- Proceso asistencial Trastornos Adictivos (TA)
- Proceso asistencial infanto-juvenil (IJ)
- Proceso asistencial psicogeriatría (PG)

4.15.- Elaborar, adaptar o adoptar, y posteriormente implantar, en el ámbito de las CC.AA. 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.

ANDALUCÍA:

- Se canalizan a través de los Procesos Asistenciales Integrados.
- Se han publicados diferentes documentos o guías. Se destacan las siguientes:
 - o Detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida
 - o Prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares
 - o Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía
 - o Detección e intervención temprana en las psicosis.
 - o Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave
 - o Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo y anexos
 - o Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria
 - o Guía para la elaboración de un programa de atención a las personas en situación de sin hogar y que presentan asociado un trastorno mental grave
 - o Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental
 - o Manual básico para una atención en Salud mental basada en la evidencia)
 - o Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias
 - o Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía.
 - o Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave
 - o Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad

ASTURIAS:

- Actualizar y homogeneizar la implantación de guías de práctica clínica

CASTILLA LA MANCHA:

- Guía para la atención a menores en salud mental. Aspectos éticos y jurídicos. (2010)

CATALUÑA:

- Se están aplicando las siguientes GPC:
 - o Trastorno del Comportamiento alimentario (TCA).
 - o Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
 - o Trastorno Límite de la personalidad (TLP).
 - o Depresión.
 - o Trastorno Bipolar.
 - o Esquizofrenia y Psicosis incipiente.

GALICIA:

- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.
- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto
- Protocolo de consenso sobre TDAH na infancia e na adolescencia nos ámbitos educativo e sanitario (Edición Galego).
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

MADRID:

- Guía para la detección y prevención de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales
- Guía de Autoayuda en Prevención de suicidio, para afectados
- Guía de Prevención de conductas suicidas, para familiares

MURCIA:

- Difusión e Implementación de la Guía de Práctica Clínica de atención a la esquizofrenia en toda la región
- GPC Atención integral a los pacientes mayores para toda la Región
- Elaboración de una GPC sobre detección y actuación ante los casos de Violencia de Género en Salud Mental

País Vasco

- Elaboración de Guías Comisionadas
 1. TDAH.
 2. Cannabis.
 3. Trastorno de personalidad.
 4. Intervención en niños y adolescentes.

4.16.- Las CC.AA. 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**.

ANDALUCIA:

- En 2007 se aprobó la Ley de Farmacia de Andalucía que incorpora las políticas de uso racional del medicamento y refuerza el papel del farmacéutico como agente sanitario.
- Se ha impulsado la inclusión sistemática en los Acuerdos de Gestión Clínica de objetivos e indicadores sobre el uso de medicamentos.

ASTURIAS:

- Disminuir la variabilidad en la prescripción farmacológica.

CANARIAS:

- Informes técnicos pormenorizados sobre gasto farmacéutico, con recomendaciones para la reducción del gasto en el contexto de un uso racional del medicamento.

CATALUÑA:

- Se han consensado las pautas de armonización para el uso de antidepresivos en los servicios de salud, con la colaboración de la Agencia de Calidad y Evaluación en Salud (AQUAS).
- Asimismo, mediante Historia clínica compartida de Cataluña (HC3) existe un protocolo de conciliación sobre tratamientos farmacológicos, que se aplica a cada persona a título individual.
- Se aplican también criterios sobre índices de calidad farmacológica, de base poblacional, sujetos a pacto entre todos los servicios de salud.
- La implantación de la receta electrónica en el 100% de los servicios de salud mental ha permitido también regular la dispensación, adecuada a las dosis terapéuticas prescritas, para cada persona a nivel individual.

PAIS VASCO:

- Despliegue del plan de seguridad clínica, con especial incidencia en las áreas de seguridad del medicamento y la continuidad de cuidados.
- Cumplimiento de los indicadores relacionados con la eficiencia y uso racional del medicamento
- Sesiones bibliográficas

4.17.- Las comunidades autónomas adecuarán sus servicios a las necesidades específicas de las personas **con edad avanzada**.

ANDALUCÍA:

- Espacio de cooperación entre Atención Primaria y Salud Mental, indicado en el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.

CASTILLA LA MANCHA:

- Reubicación de personas mayores con enfermedad mental en residencias de mayores.
- Unidad de trastornos de conducta de psicogeriatría

4.18.- Las comunidades autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e **intervenir precozmente en las personas con psicosis.**

ANDALUCÍA:

- Documento técnico sobre detección e intervención precoz en la psicosis.
- Actividades formativas.
- Programas de detección e intervención precoz en la psicosis en diversas UGC-SM.

CASTILLA Y LEÓN:

- Programa asistencial de psicosis inicial.

CATALUÑA:

- Atención a las personas con trastorno psicótico incipiente. Este programa se basa en GPC de esquizofrenia y psicosis incipiente del SNS, dirigido a población entre 14 y 35 años. Incluye estrategias sobre sensibilización comunitaria, prevención, detección precoz y atención preferente e intensiva durante 5 años después de un primer episodio de psicosis. Pendiente de extender y generalizar tras su evaluación.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Programas de detección e intervención precoz en la psicosis en los Servicios de Salud Mental de determinados Departamentos de Salud.

4.19.- Las comunidades autónomas tomarán medidas para garantizar el ejercicio del derecho a la **atención sanitaria de la población inmigrante**, facilitar el acceso pleno a los servicios ofertados desde el Sistema Nacional de Salud y garantizar un uso de las mismas compatible con las características culturales y religiosas de cada sujeto.

ANDALUCÍA:

- Programa de atención a la población inmigrante.
- Cursos de sensibilización.
- “Salud Mental en la Inmigración”.

CANARIAS:

- Protocolo de actuación y coordinación para la atención sanitaria a menores inmigrantes.

CATALUÑA:

- Programas específicos de psiquiatría transcultural.

PAIS VASCO:

- Diversas investigaciones sobre Emigración y S. Mental (SMEB, HGU, Modulo Rekalde..)
- Teletraducción

4.20.- Las comunidades autónomas coordinarán con Instituciones Penitenciarias, el recurso más adecuado en cada caso para la pronta atención a las **personas con trastorno mental al que un juez dicta ingreso penitenciario**.

ANDALUCÍA:

- “Comisión de Análisis de Casos”.
- Programa de cooperación con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

CATALUÑA:

- Convenio de colaboración entre el Departamento de Salud y el de Justicia para garantizar la atención especializada en salud mental a las personas que están en centros penitenciarios.

MADRID:

- Servicio de Teletraducción.

PAIS VASCO:

- Cumplimiento del 100% de las medidas de seguridad e Hospitales públicos de Osakidetza y concertados.
- Unidad de Psiquiatría Legal de Aita Menni Mondragón

4.21.- Incorporar el análisis de la **desigualdad sociales y de género** en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.

ANDALUCIA:

- Forma parte del proceso de atención integral a los problemas de salud mental más graves y/o prevalente de los Procesos Asistenciales Integrados Trastorno Mental Grave y Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.

CANTABRIA:

- Programa de atención psicológica a mujeres maltratadas.

CATALUÑA:

- Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA continua). Se dispone de informes anuales, con indicadores concretos sobre salud mental asociados a variables sociodemográficas y económicas. Se han realizado también informes monográficos sobre la situación social y el paro, relacionado con aspectos de salud mental.
- Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población, en el marco del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Se dispone de un primer informe, de octubre 2014, sobre “Determinantes sociales y económicos de la Salud”. Efectos de la crisis económica en la población de Cataluña”.
- Informe monográfico de Central de Resultados, sobre “Efecto de la crisis económica en la población infantil de Cataluña”, de septiembre 2014.

4.22.- Detectar, evaluar y eliminar las desigualdades sociales y de género en el acceso y la asistencia y los **sesgos de género** en la atención en los servicios de salud mental.

ANDALUCIA:

- El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) contempla diferentes actuaciones en este ámbito a través de la línea estratégica de “Atención a la salud mental de las personas en riesgo o situación de exclusión social”.
- En la Línea estratégica de “Salud mental y género”, se han realizado las siguientes acciones:

- o Revisión del lenguaje sexista
- o Cursos de sensibilización.
- o Proyecto de investigación sobre sexismo ambivalente.
- o El grupo estratégico de Género y Salud Mental del PISMA ha establecido un acuerdo de colaboración con la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental.
- o Sinergias con el Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía.

CATALUÑA:

- Plan Estratégico de Políticas de Mujeres 2012-2015.
- El PINSAP incorpora la perspectiva de género en su planteamiento y ha contado con el asesoramiento del Instituto Catalán de la Mujer.

4.23.- Las CC.AA. adecuarán los servicios y programas específicos para atender las **necesidades específicas de las mujeres** en edad adulta y madurez, potenciando en los servicios de atención primaria el abordaje biopsicosocial sensible a los determinantes psicosociales de género.

ANDALUCÍA:

- Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE).

CASTILLA Y LEÓN:

- Existencia de un Consultor de Violencia de Género en los Equipos de Salud Mental.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Programa de climaterio en Atención Primaria.

4.24.- Las CC.AA. ofertarán, con un modelo asertivo, intervenciones de carácter integral capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho al tratamiento más adecuado, **facilitando la adherencia al mismo y la continuidad de cuidados.**

ANDALUCÍA:

- En el marco del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (PAI TMG) y a través de los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC).
- Como estrategia de mejora:
 - o Taller de trabajo.
 - o Proyecto de análisis y elaboración de soluciones para la seguridad de pacientes con TMG atendidos en la comunidad.
 - o Documento técnico sobre programas de tratamiento asertivo en la comunidad.
 - o Monitorización de indicadores de procesos y resultados en varias experiencias locales.

CANARIAS:

- Funcionamiento de Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) y Equipo Comunitario Asertivo (ECA) en Gran Canaria y Tenerife respectivamente, que atienden a los pacientes con TMG que se encuentran en situación de exclusión social y abandono del tratamiento ambulatorio en las USM, hasta que su situación mejore como para continuar su abordaje desde las USM nuevamente.

CASTILLA Y LEÓN:

- Puesta en marcha de la UFAC (Unidad Funcional de Apoyo Comunitario)

CATALUÑA:

- Plan de Servicios Individualizado (Cuadernos de salud mental, CatSalut, 2003), que es un modelo de gestión de casos dirigido a las personas con TMS con dificultades de adherencia.
- Entre los criterios definidos para la atención integral del paciente crónico complejo en salud mental, el criterio de abandono del tratamiento por parte de personas con trastorno mental grave, se ha definido específicamente como un criterio de inclusión y se prevé generar una alerta en la historia clínica.

MURCIA:

- Formación y extensión del programa asertivo comunitario en las diferentes áreas de salud

4.25.- Adecuar los servicios con programas específicos para **patología dual** y en su defecto generarlos.

ANDALUCÍA:

- Protocolo de Actuación Conjunta entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias
- Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias con cobertura universal y de acceso directo y gratuito.

CATALUÑA:

- Dispone de 6 unidades de hospitalización especializadas en **patología dual**, con un total de 115 camas.
- A nivel comunitario existen espacios estructurados de **coordinación** entre los Centros de Salud Mental y los Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias, para cada ámbito territorial.
- En la ciudad de Barcelona existen los Comités Operativos de Salud Mental y Adicciones.

PAÍS VASCO:

- HGU. Unidad de Desintoxicación

4.26.- Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en **Patología Dual** y/o de mayor complejidad clínica y asistencial.

ANDALUCÍA

- Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) de Drogodependencias.
- Varias UGC-SM han priorizado la implantación de este protocolo a través de sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica.

CATALUÑA:

- Los Centros de drogodependencias (CAS) están integrados a nivel legislativo en la red de salud mental (SISCAT, 2010).
- El PDSMiAd ha definido el modelo de atención a los adolescentes con problemas de consumo, en base a la creación de unidades funcionales territoriales entre los CSMIJ y los CAS.

http://drogues.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/programatencio120208.pdf

- El Consejo Asesor de Plan Director y Adicciones ha encargado a un grupo de trabajo la definición de los criterios para hacer efectiva y real la integración. Se dispone de un documento que define las propuestas y recomendaciones.

EVALUACION DE DISPOSITIVOS PROGRAMAS Y SERVICIOS

4.3. Las CC.AA. establecerán pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, incluyendo atención domiciliaria, en colaboración con los distintos sectores implicados, especialmente atención primaria.

Tab. 25 Atención a urgencias psiquiátricas. Por CCAA

Urgencias psiquiátricas y situación de crisis	Existe	Protocolo	Población cubierta*	Camas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ	100%	546
Aragón	SÍ	SÍ	100%	
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	100%	99
Baleares (Islas)	SÍ	NO	100%	7
Canarias	SÍ	NO	100%	156
Cantabria	SÍ	SÍ	100%	4
Castilla La Mancha	SÍ	NO	100%	
Castilla y León	SÍ	NO	100%	228
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	
Comunidad Valenciana	SÍ	NO	100%	
Extremadura	SÍ	SÍ	100%	94
Galicia	SÍ			
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	585
Murcia (Región de)	SÍ	NO	100%	
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	No Procede
País Vasco	SÍ	SÍ	100%	
Rioja (La)	SÍ	SÍ		
ESPAÑA	17	9		1.719

Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

Este objetivo ha creado bastante confusión ya que la mayoría de las atenciones a Urgencias están integradas dentro de la red. Tal vez debería hablarse sólo de intervención en crisis.

4.5. Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de rehabilitación:

RECURSOS REHABILITACIÓN

Tab. 26 Recursos de Rehabilitación. Hospitalaria residencial. Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	camas disponibles
Andalucía	Sí (Comunidad Terapéutica)	Sí (TMG)	100%	254
Aragón	Sí	Sí		
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	87,68%	156
Baleares (Islas)	Sí	Sí	100%	75
Canarias	Sí	Sí	100%	210
Cantabria	Sí	Sí	84,23%	66
Castilla La Mancha	Sí	Sí	82,38%**	337
Castilla y León	Sí	NO	100%	174
Cataluña	Sí	Sí	100%	2.409
Comunidad Valenciana	Sí		100%	128
Extremadura	Sí	Sí	62,16%	188
Galicia	Sí			447
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí	100%	245
Murcia (Región de)	Sí	Sí	99,47%	114
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí	100%	28
País Vasco	Sí	Sí	93,42%	263
Rioja (La)	Sí	Sí		100
ESPAÑA	17	14		

Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

Tab. 27 Recursos de Rehabilitación. Ambulatoria. Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	camas disponibles
	Sí (Unidad de Rehabilitación de Salud Mental)	Sí (TMG)	100%	300
Andalucía				
Aragón	SI	SI	100%	589
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	100%	
Baleares (Islas)	Sí	Sí	87,5%***	155
Canarias	Sí	Sí	100%	926
Cantabria				
Castilla La Mancha	Sí	NO	82,38%**	1240
Castilla y León	Sí	NO	100%	239
Cataluña	Sí	Sí	100%	1.856
Comunidad Valenciana	Sí		100%	
Extremadura	Sí	Sí	62,16%	380
Galicia	Sí	Sí		
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí	100%	1.838
Murcia (Región de)	Sí	Sí	100%	
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí	100%	170
País Vasco	Sí	Sí	93,42%	
Rioja (La)	Sí	Sí		20
ESPAÑA	15	12		

Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

*** Menos Área de Ibiza

Tab. 28 Recursos de Rehabilitación. Hospital de día. Por CCAA

REHABILITACIÓN [Hospital de Día]	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	camas disponibles
Andalucía	SÍ (Hospital de día de Salud Mental)	SÍ (TMG)	100%	340
Aragón	SI	SI		40
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	89,75%	227
Baleares (Islas)	SI	SÍ	86,72%***	75
Canarias	SÍ INFANTIL	SÍ	100%	90
Cantabria	SÍ	SÍ	84,23%	58
Castilla La Mancha	SÍ	NO	82,38%**	95
Castilla y León	SÍ	NO	100%	186
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	1,122
Comunidad Valenciana	SÍ		100%	150
Extremadura	NO			
Galicia	SÍ	SÍ		
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	325
Murcia (Región de)	SÍ	SÍ	100%	30
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	167
País Vasco	SÍ	SÍ	93,42%	600
Rioja (La)	NO			
ESPAÑA	15	11		

Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

*** Menos Sector Llevant

La mayoría de las CC.AA. afirman tener cubierto casi al 100% su población con recursos de rehabilitación de todo tipo. Desconocemos el número de personas atendidas.

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.

RECURSOS INTERVENCIÓN FAMILIAR

Tab. 29 Recursos de Intervención Familiar. Por CCAA

INTERVENCIÓN FAMILIAR	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	NO	100%	No Aplica
Aragón	SI		100%	
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	100%	
Baleares (Islas)	SÍ	NO	100%	
Canarias	SÍ	SÍ	100%	
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	NO	NO		
Castilla y León	SÍ	SÍ	100%	
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	No Aplica
Comunidad Valenciana	SÍ	NO	100%	
Extremadura	SÍ	NO	100%	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	SÍ		100%	
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	No Procede
País Vasco	SÍ	SÍ	100%	
Rioja (La)	NO			
ESPAÑA	12	6		

Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

La mayoría de las CC.AA. afirman tener cubierto casi al 100% su población con este servicio. Desconocemos el número de personas atendidas,

4.7. Desarrollar protocolos de intervención específicos para los pacientes con trastornos mentales, destinados a mejorar los cuidados en su salud general, con especial atención a las enfermedades “físicas” más prevalentes.

EVALUACIÓN:

Respuestas a la pregunta ¿Ha desarrollado su CC.AA. protocolos de intervención específicos para los pacientes con trastornos mentales, destinados a mejorar los cuidados en su salud general, con especial atención a las enfermedades “físicas” más prevalentes?

Tab. 30 Protocolos intervención para pacientes con TM. Por CCAA

Andalucía	SÍ
Aragón	SÍ
Asturias (Principado de)	SÍ
Baleares (Islas)	SÍ
Canarias	SÍ
Cantabria	NO
Castilla La Mancha	NO
Castilla y León	SÍ
Cataluña	SÍ
Comunidad Valenciana	NO
Extremadura	SÍ
Galicia	SÍ
Madrid (Comunidad de)	No Datos
Murcia (Región de)	SÍ
Navarra (Comunidad Foral)	No Datos
País Vasco	SÍ
Rioja (La)	NO
ESPAÑA	9

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

Adjuntan protocolo:

- **Andalucía**
- **País Vasco:** Solo Vizcaya.
- **Cataluña.**
- **Región de Murcia**
- **Principado de Asturias**

Más de la mitad de las CC.AA. afirman haber desarrollado protocolos para atender la salud general de las personas con trastornos mentales. Solo cinco lo adjuntan

4.8. Las CC.AA. contemplarán, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.

EVALUACION

Respuestas a la pregunta ¿En los planes de salud mental, de su CC.AA., se contempla las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental?

Tab. 31 Planes de SM contemplan discap. intelectual. Por CCAA

Andalucía	No
Aragón	NO
Asturias (Principado de)	N/A
Baleares (Islas)	SI
Canarias	NO
Cantabria	N/A
Castilla La Mancha	NO
Castilla y León	SÍ

Cataluña	SÍ
Comunidad Valenciana	NO
Extremadura	SÍ
Galicia	NO
Madrid (Comunidad de)	SÍ
Murcia (Región de)	N/A
Navarra (Comunidad Foral)	N/A
País Vasco	SÍ
Rioja (La)	NO
ESPAÑA	6

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

Adjuntan Información:

- **País Vasco:** Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco ESM 2010.
- **Madrid:** Servicio Especializado en Salud Mental Para Personas Con Discapacidad Intelectual (SESM-DI).
- **Extremadura:** Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012.

RECURSOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Tab. 32 Rec. para personas con Disc. Intelectual. At. Comunitaria
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Recursos Propio	Plazas o camas
Andalucía	NO (población atendida en SM general)	NO			
Aragón	NO				
Asturias (Principado de)	NO (población atendida en SM general)				
Baleares (Islas)	NO				
Canarias	NO (población atendida en SM general)	NO			
Cantabria	NO				
Castilla La Mancha	NO				
Castilla y León	SÍ	SÍ			
Cataluña	SÍ	SI	100%	SI	42
Comunidad Valenciana	NO				
Extremadura	SÍ		100%	NO	
Galicia	SÍ				
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SI	100%	SI	
Murcia (Región de)	NO				
Navarra (Comunidad Foral)	NO				
País Vasco	SÍ	SI	100%	SI	
Rioja (La)	SÍ	NO			
ESPAÑA	7	3		3	

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

Tab. 33 Rec. personas con Disc. Intelectual. Hospit. de día/ Parcial.
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Recursos Propio	Plazas o camas
Andalucía	NO (población atendida en SM general)	NO	No Aplica	NO	No Aplica
Aragón	NO				
Asturias (Principado de)	(No específica) CAI -AFESA – FEALES				
Baleares (Islas)	NO				
Canarias	NO	NO			
Cantabria	NO				
Castilla La Mancha	NO				
Castilla y León	NO	NO			
Cataluña	NO				
Comunidad Valenciana	NO				
Extremadura	NO				
Galicia	NO				
Madrid (Comunidad de)	NO				
Murcia (Región de)	NO				
Navarra (Comunidad Foral)	NO				
País Vasco	NO	NO			
Rioja (La)	NO	NO			
ESPAÑA					

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

Tab. 34 Rec. para personas con Disc. Intelectual. Hospit. de Agudos.
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Recursos Propio	Plazas o camas
Andalucía	NO (población atendida en SM general)	NO			
Aragón	NO				
Asturias (Principado de)	NO (población atendida en los SSM del SESPA)				
Baleares (Islas)	NO				
Canarias	NO (población atendida en SM general)				
Cantabria	NO				
Castilla La Mancha	NO				
Castilla y León	SÍ	SÍ	Referencia regional		20
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	SÍ	No aplica**
Comunidad Valenciana	NO				
Extremadura	NO				
Galicia	NO				
Madrid (Comunidad de)	NO				
Murcia (Región de)	NO				
Navarra (Comunidad Foral)	NO				
País Vasco	NO	NO			
Rioja (La)	SÍ	SÍ			
ESPAÑA	2	2			

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**En la fase aguda se ingresan en unidades de agudos convencionales

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

Solo seis CC.AA. afirman haber desarrollado en sus planes especificaciones para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental. Solo tres lo adjuntan.

Pocas comunidades contemplan recursos a nivel comunitario, ninguna en hospital de día y solo 2 en hospitalización de agudos

4.9. Las CC.AA. dispondrán y adecuarán unidades y/o programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas, así como adolescentes en materia de salud mental

RECURSOS DE INFANCIA / ADOLESCENCIA

Tab. 35 Recursos para Infancia/Adolescencia. At. Comunitaria.
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ (PASMIA)	20,93%**	No Aplica
Aragón	SI	SI		
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	10,86%	
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	100%	

Canarias	SÍ	SÍ	99%	No aplica
Cantabria	SÍ		31,95%	
Castilla La Mancha	SÍ	NO	18,87%**	
Castilla y León	SÍ	NO		11 ESM inf.- juveniles
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	51 csmij
Comunidad Valenciana	SÍ	NO		
Extremadura	SÍ	SÍ	18,19%	
Galicia	SÍ			
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	
Murcia (Región de)	SÍ	SÍ	99,47%	
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	No Procede
País Vasco	SÍ	SÍ	13,46%	15 CSM
Rioja (La)	SÍ	SÍ		2
ESPAÑA	17	12		

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población menor de 18 años

Tab. 36 Recursos para Infancia/Adolescencia. Hosp. Día/Parcial.
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SI (PASMIA)	20,93%**	252
Aragón	SI	SI		10
Asturias (Principado de)	NO			
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	79,23%***	10
Canarias	SÍ	SÍ	81,6%	90
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	SÍ	NO	18,87%**	40
Castilla y León	SÍ	SÍ	3,39%	10
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	441
Comunidad Valenciana	SÍ	NO		14
Extremadura	NO			
Galicia	NO			
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	145
Murcia (Región de)	NO			
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	13
País Vasco	SÍ	SÍ	13,46%	50
Rioja (La)	NO	NO		
ESPAÑA	11	9		

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población menor de 18 años

*** Corresponde al 100% de la población menor de 18 años de Mallorca. No se incluye Menorca e Ibiza/Formentera

**Tab. 37 Recursos para Infancia/Adolescencia. Hosp. Agudos.
Por CCAA**

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Camas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ (PASMIA)	20,93%**	33
Aragón	SI	SI		6
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	4,13%	5
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	100%	6
Canarias	SÍ	NO	100%	8 (en Pediatría hasta los 14 a)
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	SÍ	NO	18,87%**	15
Castilla y León	SÍ	SÍ	100%***	8
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	123
Comunidad Valenciana	SÍ	NO		17
Extremadura	NO		18,89%	
Galicia	SÍ			7
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	39
Murcia (Región de)	NO			
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	4
País Vasco	SÍ	SÍ	13,46%	19
Rioja (La)	SÍ	SÍ		2
ESPAÑA	14	10		

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población menor de 18 años

***Unidad de Referencia Regional

La mayoría de las CC.AA. afirman tener recursos a nivel comunitario, hospital de día y en hospitalización de agudos para la **infancia y adolescencia**

4.10. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad desarrollará, junto con las CC.AA., 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.

- **Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**

EVALUACION

Elaboración y aprobación del "**Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad**":

En marzo de 2010 se decidió, en reunión plenaria de ambos comités de la Estrategia crear un grupo sobre "Transversalidad y continuidad asistencial".

Dentro de este grupo, se formó un subgrupo "**comisión penitenciaria**" que, bajo la coordinación de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias comenzó a realizar una experiencia de "análisis de casos" con varias comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, País Vasco, Madrid).

Fruto de las experiencias de estas seis comisiones de casos fue la elaboración de este documento, que, tras ser ratificados en sesión plenaria por los comités de la estrategia fue **presentado al Consejo Interterritorial y aprobado en julio de 2013**.

El documento repasa el trabajo de dichas comisiones, explica la metodología usada para el consenso y pasa a describir los principales problemas encontrados y las recomendaciones en distintos momentos del proceso por el cual puede pasar las personas afectadas:

1. **Etapla Presentencial:** Momento que va desde la situación de riesgo de cometer un delito o una vez ya cometido el delito, hasta que se dicta la sentencia.
2. **Etapla de condena a Medida de Seguridad:** Momento en el que las personas con enfermedad mental condenadas con sentencia firme a una Medida de Seguridad privativa o no privativa de libertad.
3. **Etapla de condena a Pena:** Momento en el que las personas con enfermedad mental son condenadas a una sentencia firme de pena privativa de libertad.
4. **Etapla de Reinserción:** Momento en el que las personas con enfermedad mental se encuentra a pocos meses o semanas de terminar su relación con la justicia y debe prepararse para su reinserción social.

Por último da una serie de sugerencias sobre las actuaciones que para cumplir dichas recomendaciones deberían hacer las respectivas administraciones y agencias.

- **Resultados del Programa de Actuación para Drogodependientes en Instituciones Penitenciarias del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.**

A) **Líneas políticas:** La población penitenciaria, dada su vulnerabilidad, siempre ha sido una prioridad en las políticas del Plan Nacional sobre Drogas:

- Firma de **convenios de colaboración anuales** entre la Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas e Instituciones Penitenciarias.
- La **atención a reclusos drogodependientes** forma parte de la red asistencial de los **Planes Autonómicos sobre Drogas** como sus leyes sobre adicciones o drogodependencias indican.
- Fomento e impulso de los **programas de atención al drogodependiente** en el **sistema de justicia criminal** (menores infractores, juzgados, comisarías y centros penitenciarios). Estos programas van asociados a las Estrategias del Plan Nacional sobre Drogas. De hecho, los programas de reducción del daño constituyen un referente a nivel internacional. Por ejemplo, los programas de intercambio de jeringuillas han sido premiados como ejemplos de Buenas Prácticas por la OMS.

Acciones del Plan de Acción en curso:

- o Desarrollar itinerarios personalizados para la inserción social y desarrollo de programa educativo para penados a TBC con consumo de sustancias psicoactivas.
- B) **Financiación de acciones a desarrollar en CC.AA.:** A lo largo de estos últimos años se han financiado **programas de atención a drogodependientes en prisiones, centros de menores infractores y en comisarías y juzgados**.
- C) **Financiación de las encuestas sobre salud y drogas en centros penitenciarios** (1995, 2006 y 2011) que forman parte del Observatorio Español sobre Drogas

- **Porcentaje de internos con problemas de sustancias psicoactivas atendidos**

Durante el año 2013 un total de 26.270 internos han estado en tratamiento de drogodependencias.

En diciembre de 2013 estaban recibiendo tratamiento diario de drogodependencias 11.433 internos, (20% de la población interna), bien en el programa de metadona (4.404 internos/día, el 7,7% del total de la población penitenciaria) o bien en el programa de deshabituación (7.029 internos/día, el 12,3%).

- **Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios con enfermedad mental en hospitales no penitenciarios**

En 2013 las altas hospitalarias por ingresos debido a trastorno mental fueron 144 (el promedio de internos en prisión durante ese año fue de 55.381). Por tanto, el porcentaje de ingresos es del 0,26%. Supone un 3,23% del total de ingresos hospitalarios en reclusos.

4.11. Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo la atención domiciliaria y rehabilitación, 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.

EVALUACIÓN

Dispositivos de recursos básicos:

- Centros de salud mental:**

Tab. 38 Centros de Salud Mental. Por CCAA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Centros de Salud Mental
Andalucía	154
Aragón	28
Asturias (Principado de)	8
Baleares (Islas)	9
Canarias	28
Cantabria	1
Castilla La Mancha	21 USMs + 7 USMIJs
Castilla y León	36
Cataluña	121
Comunidad Valenciana	88
Extremadura	1
Galicia	46
Madrid (Comunidad de)	35
Murcia (Región de)	98
Navarra (Comunidad Foral)	11
País Vasco	74
Rioja (La)	No Datos
ESPAÑA	681

Fuente: Respuestas facilitadas por las CCAA

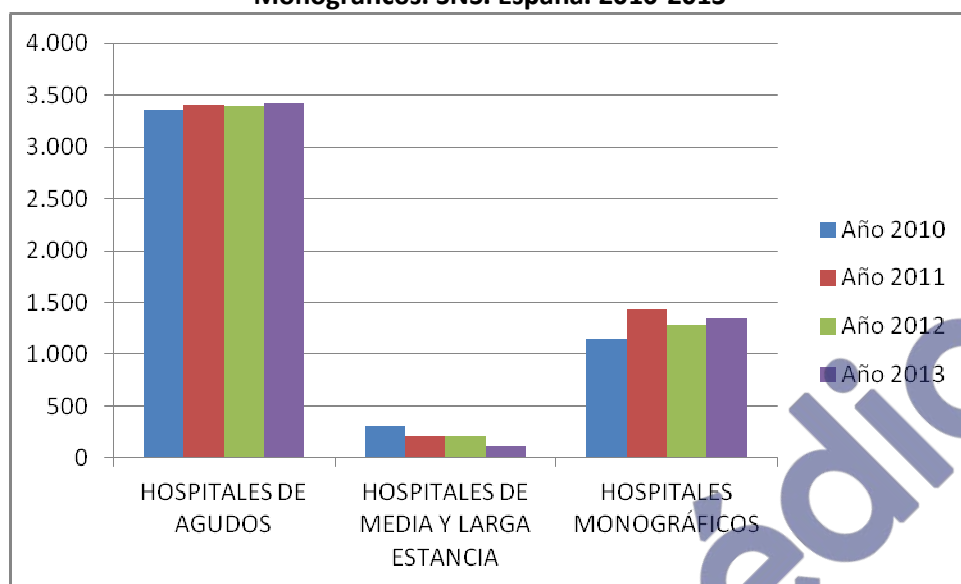
- Camas y estancias medias de agudos y de media y larga estancia en hospitales generales y monográficos.**

Tab. 39 Camas de Agudos por tipo de hospital. Camas de Psiquiatría de Agudos en Hospitales de Agudos, Hospitales de media y Larga Estancia y Hospitales Monográficos. SNS. España. 2010-2013

	EN HOSPITALES DE AGUDOS	HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA*	HOSPITALES MONOGRÁFICOS
Año 2010	3.364	308	1.145
Año 2011	3.410	204	1.433
Año 2012	3.399	204	1.279
Año 2013	3.427	114	1.349

Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Figura 27. Camas de Psiquiatría de Agudos en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013



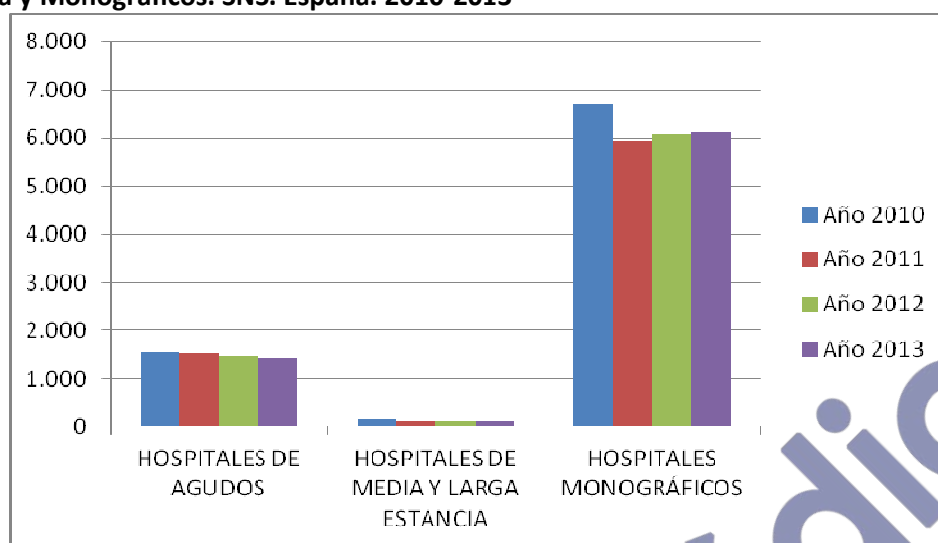
Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Tab. 40 Camas de Psiquiatría de Media y Larga Estancia en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013

	EN HOSPITALES DE AGUDOS	HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	HOSPITALES MONOGRÁFICOS
Año 2010	1.546	166	6.716
Año 2011	1.522	122	5.919
Año 2012	1.478	121	6.083
Año 2013	1.402	121	6.120

Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Figura 28. Camas de Psiquiatría de Media y Larga Estancia en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013



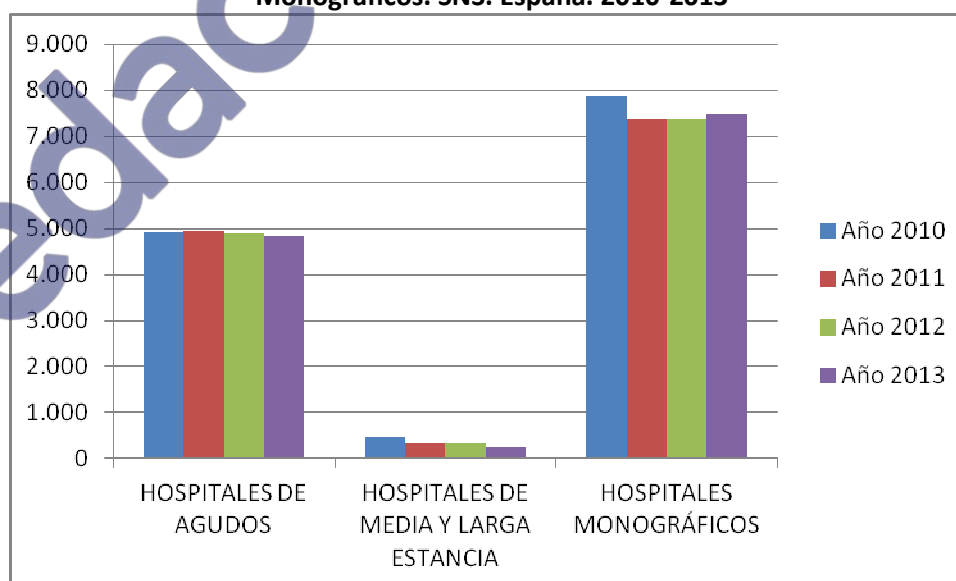
Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Tab. 41 Total camas de psiquiatría por tipo de hospital.
Total camas de Psiquiatría en Hospitales de Agudos, Hospitales de media y Larga Estancia y Hospitales Monográficos. SNS. España. 2010-2013

TOTAL CAMAS	HOSPITALES DE AGUDOS	HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	HOSPITALES MONOGRÁFICOS
Año 2010	4.910	474	7.861
Año 2011	4.932	326	7.352
Año 2012	4.877	325	7.362
Año 2013	4.829	235	7.469

Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Figura 29. Total camas de psiquiatría por en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013



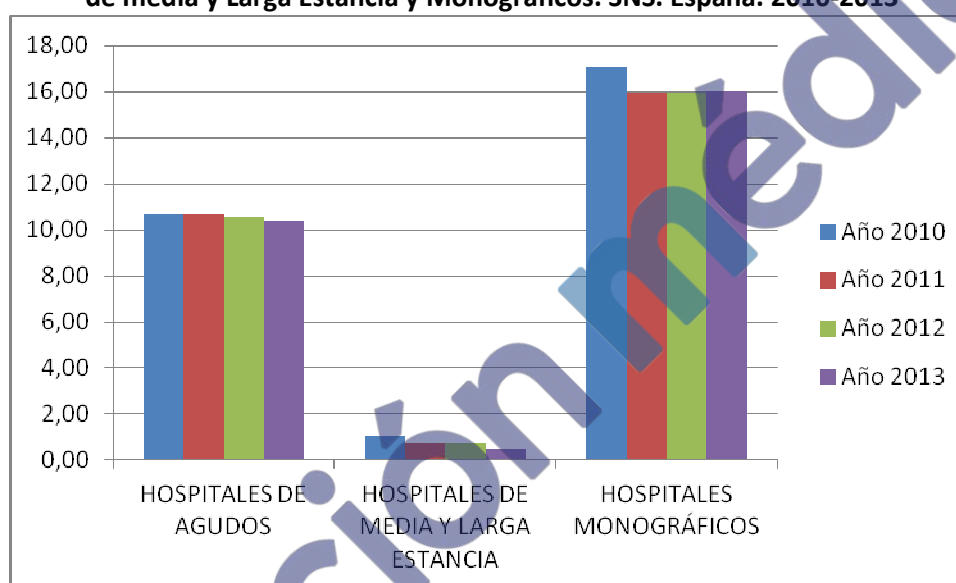
Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Tab. 42 Nº camas psiquiatría por tipo de hospital (por 100.000 hab.)(Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013

	HOSPITALES DE AGUDOS	HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	HOSPITALES MONOGRÁFICOS
Año 2010	10,66	1,03	17,06
Año 2011	10,69	0,71	15,94
Año 2012	10,56	0,70	15,95
Año 2013	10,36	0,50	16,03

Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Figura 30. Nº camas de psiquiatría por tipo de hospital (por 100.000 hab.) en Hospitales de Agudos, de media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013



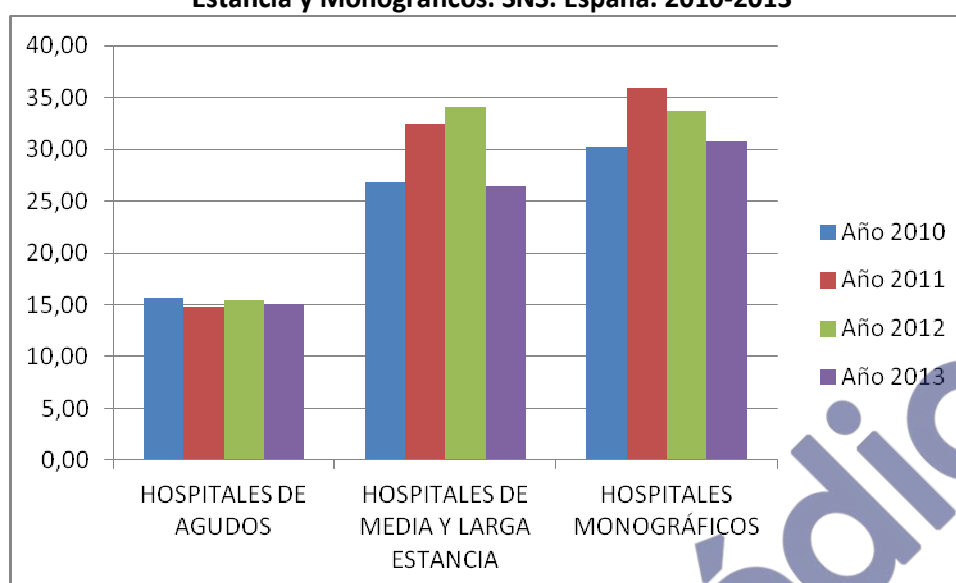
Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Tab. 43 Estancia media en Unidades de Agudos por tipo de hospital. Hospitales de Agudos de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013

	HOSPITALES DE AGUDOS	HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	HOSPITALES MONOGRÁFICOS
Año 2010	15,70	26,86	30,21
Año 2011	14,82	32,53	35,89
Año 2012	15,48	34,03	33,73
Año 2013	15,11	26,45	30,71

Fuente: SIAE/EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Figura 31. Estancia media de Agudos por tipo de hospital. Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013



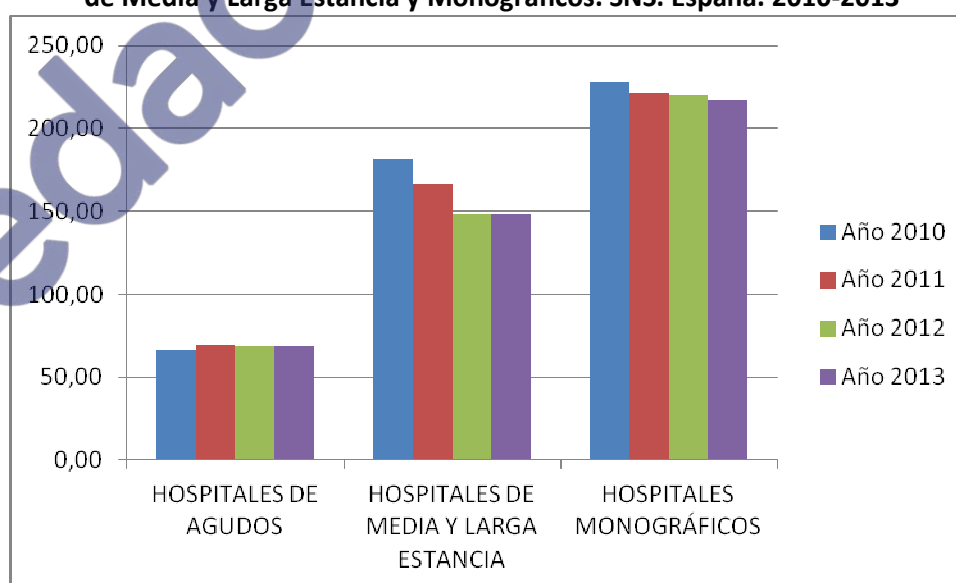
Fuente: SIAE/EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Tab. 44 Estancia media en U. Media y Larga Estancia por tipo de hospital. Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013

	HOSPITALES DE AGUDOS	HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	HOSPITALES MONOGRÁFICOS
Año 2010	66,05	181,22	227,37
Año 2011	69,39	166,58	221,76
Año 2012	68,63	147,99	220,32
Año 2013	68,41	148,57	216,75

Fuente: SIAE/EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Figura 32. Estancia media de U. Media y Larga Estancia por tipo de hospital. Hospitales de Agudos, de Media y Larga Estancia y Monográficos. SNS. España. 2010-2013



Fuente: SIAE/EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

Tab. 45 Estancia media en U. de Agudos y Residencial por CCAA
Desglosada por Comunidad Autónoma y por pertenencia (SNS vs privado)

	2010				2011				2012				2013			
	Privados		Públicos-SNS		Privados		Públicos-SNS		Privados		Públicos-SNS		Privados		Públicos-SNS	
	EM Ag.	EM Res.	EM Ag.	EM Res.	EM Ag.	EM Res.	EM Ag.	EM Res.	EM Ag.	EM Res.	EM Ag.	EM Res.	EM Ag.	EM Res.	EM Ag.	EM Res.
Andalucía	83	238	-	207	30	262	-	202	58	176	-	194	53	190	-	191
Aragón	107	226	-	303	88	233	-	296	-	151	-	302	-	134	-	296
Asturias	25	84	-	-	17	83	-	-	30	346	-	-	27	310	-	-
Baleares (Islas)	-	-	-	262	-	-	-	228	-	-	-	13	225	-	12	222
Canarias	124	260	-	-	122	250	-	-	114	166	-	-	153	138	-	-
Cantabria	89	279	19	276	121	249	-	134	135	271	-	116	140	271	-	95
Castilla y León	78	219	-	336	86	292	-	318	74	272	-	336	62	235	-	349
Castilla - La Mancha	-	-	-	228	-	-	-	227	-	-	-	200	-	-	-	201
Cataluña	54	27	34	259	46	114	39	267	59	138	39	260	67	147	36	264
Comunidad Valenciana	33	360	18	237	35	344	16	224	-	-	29	213	88	334	17	206
Extremadura	-	-	20	185	-	-	59	181	-	-	29	167	-	-	12	183
Galicia	48	194	-	283	65	340	73	189	148	232	10	344	170	236	10	286
Madrid	20	166	30	244	22	159	27	248	21	152	23	249	19	145	23	226
Murcia	32	229	16	111	35	227	10	114	32	248	14	110	28	226	10	110
Navarra	66	292	43	-	65	258	-	105	70	265	-	62	76	273	-	116
País Vasco	35	248	18	163	35	246	17	171	36	250	17	168	38	216	17	161
Rioja (La)	-	-	-	330	-	-	-	-	-	-	-	339	-	-	-	335
España	41	206	30	227	38	215	36	222	43	189	34	220	45	181	31	217

Fuente: SIAE/EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.

- Ratios de psiquiatras por población.**

Tab. 46 Ratio de psiquiatras por 1.000 hab.
Por CCAA. 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	0,073	0,076	0,075	0,075	0,069
Aragón	0,099	0,090	0,093	0,093	0,087
Asturias (Principado de)	0,090	0,088	0,108	0,110	0,112
Baleares (Islas)	0,087	0,084	0,089	0,088	0,086
Canarias	0,070	0,075	0,067	0,067	0,071
Cantabria	0,074	0,076	0,074	0,071	0,066
Castilla y León	0,088	0,082	0,083	0,088	0,085
Castilla - La Mancha*	0,060	0,064	0,065	0,066	0,072
Cataluña	0,111	0,111	0,115	0,104	0,103
Comunidad Valenciana	0,065	0,051	0,051	0,050	0,056
Extremadura	0,057	0,060	0,066	0,070	0,058
Galicia	0,086	0,077	0,074	0,073	0,077
Madrid (Comunidad de)	0,076	0,076	0,089	0,100	0,099

Murcia (Región de)*	0,078	0,080	0,086	0,089	0,092
Navarra (Comunidad Foral de)*	0,110	0,112	0,119	0,132	0,130
País Vasco	0,115	0,115	0,115	0,115	0,115
Rioja (La)	0,060	0,070	0,058	0,055	0,057
Ceuta	0,041	0,027	0,039	0,039	0,036
Melilla	0,043	0,041	0,040	0,039	0,036
España	0,081	0,079	0,082	0,084	0,083

Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI

*Información adicional suministrada por las CCAA

- **Ratios de psiquiatras, especialistas de psicología clínica y enfermeras en Salud Mental, por población.**

Tab. 47 Profesionales en Salud Mental por 1.000 hab. 2013

	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeras
Andalucía	0,069	0,034	0,081
Aragón	0,087	0,060	0,036
Asturias (Principado de)	0,112	0,037	0,158
Baleares (Islas)	0,086	0,053	0,076
Canarias	0,071	0,033	0,095
Cantabria	0,066	0,041	0,076
Castilla y León	0,085	0,061	0,083
Castilla - La Mancha	0,067	0,063	0,100
Cataluña	0,103		
Comunidad Valenciana	0,056	0,034	0,082
Extremadura	0,058	0,043	0,077
Galicia	0,077		
Madrid (Comunidad de)	0,099	0,044	0,090
Murcia (Región de)	0,129	0,065	0,121
Navarra (Comunidad Foral de)	0,145	0,068	0,127
País Vasco	0,115	0,059	
Rioja (La)	0,057	0,039	0,101
España	0,084*	0,043 **	0,089 ***

Fuente: EESCRI. Subdir. General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI

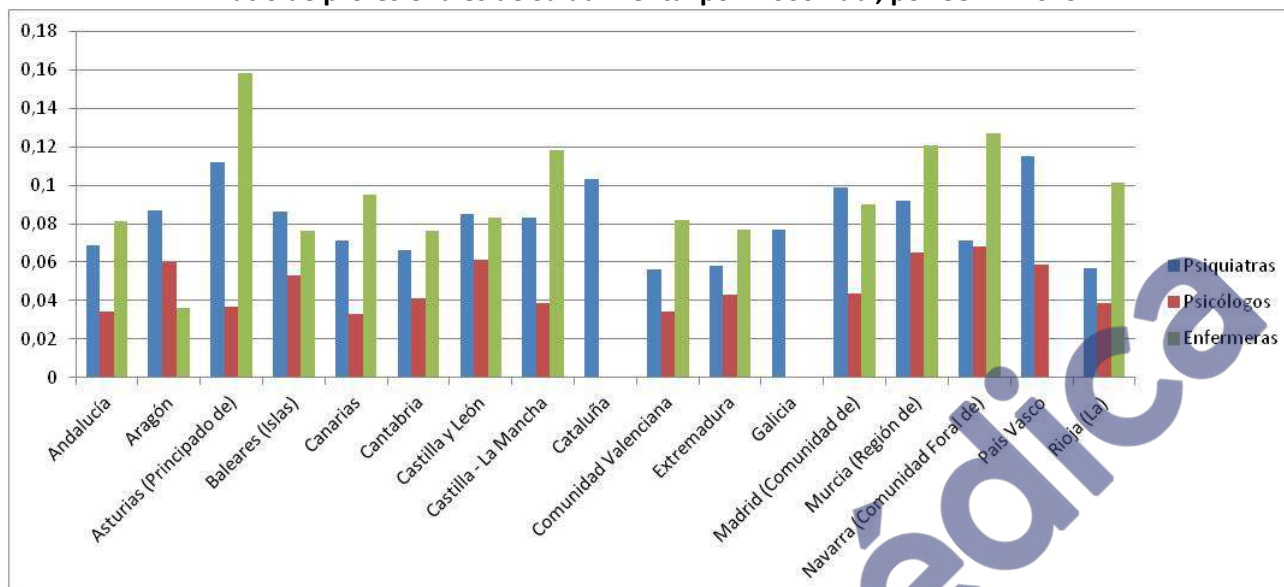
Información suministrada por las CCAA

* Media para toda España

** Media de España descontando Cataluña y Galicia

*** Media de España descontando Cataluña, Galicia y País Vasco

Figura 33. Psiquiatras, psicólogos y enfermeras de SM
Ratio de profesionales de Salud Mental por 1.000 hab., por CCAA. 2013



Fuente: EESCRI. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI
 Información suministrada por las CCAA

El número y la ratio de médicos psiquiatras se han mantenido más o menos constante en los últimos cinco años, incluso han aumentado ligeramente en cinco CC. AA. La ratio de psicólogos clínicos y enfermeras especialistas sigue siendo inferior a los estándares internacionales sugeridos, aunque se ha desarrollado en los últimos años.

En concreto, según los datos del *WHO Mental Health Atlas* correspondientes a 2005, la tasa de psicólogos clínicos en España es de 1,9 por 100.000 habitantes frente a 32 en Bélgica, 5 en Francia, 51,5 en Alemania, 3,2 en Italia y 28 en Holanda [citado en Kovess-Masfety, V. et al. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213-220].

La estancia media de los pacientes en unidades de agudos ha aumentado ligeramente, muestra de los cambios en la incidencia de determinadas patologías y probablemente en la socio-génesis de algunos trastornos.

Se ha producido un descenso de las camas de hospitalización de media y larga estancia, habitualmente acompañado de la génesis de recursos de rehabilitación alternativos en la esfera de lo socio-sanitario.

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.

Tab. 48 Existencia de sistema para facilitar la adherencia

	SI	SI (todos los PAI y el TAC)		
Andalucía	SI	SI (todos los PAI y el TAC)	100%	No Aplica
Aragón	SI	SI	100%	
Asturias (Principado de)	SI	SI	0,48%	
Baleares (Islas)	SI	NO	100%	
Canarias	SI	NO	100%	
Cantabria	SI	SI	84,23%	
Castilla La Mancha	SI	NO	100%	
Castilla y León	SI	SI	86,44%	
Cataluña	SI	SI	70%	No Aplica
Comunidad Valenciana	SI	NO		
Extremadura	SI	SI	100%	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)	SI	SI	100%	SI
Murcia (Región de)	SI	SI	100%	
Navarra (Comunidad Foral de)	SI	NO	100%	No Procede
País Vasco	SI	SI	100%	57 CSM
Rioja (La)	SI	SI		
ESPAÑA	15	10		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Todas las comunidades que contestan, afirman que tiene sistemas para facilitar la adherencia y 10 informan que poseen programas o protocolos.

Desconocemos el número de personas que reciben este servicio.

4.16. Las CC.AA. 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**.

Evaluación:

- **Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos**

Tab. 49 Dosis por hab. y día de Antidepresivos. 2009-2013. Por CCAA

	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	46,97	49,60	51,66	52,85	55,46
Aragón	57,91	60,89	64,32	64,21	65,01
Asturias (Principado de)	80,61	85,20	90,21	89,65	93,08
Baleares (Islas)	58,29	61,98	65,11	63,95	65,93
Canarias	48,82	52,04	52,97	53,19	56,64
Cantabria	55,50	59,00	62,48	63,36	66,03
Castilla La Mancha	56,29	60,45	62,20	63,51	66,09
Castilla y León	55,93	59,67	63,24	61,02	63,40
Cataluña	65,52	69,30	72,82	69,76	70,23
Comunidad Valenciana	50,82	53,86	56,02	54,51	55,89
Extremadura	73,32	78,47	81,27	82,96	87,63
Galicia	76,87	83,39	87,13	84,15	90,87
Madrid (Comunidad de)	42,93	45,46	48,23	48,71	49,43
Murcia (Región de)	53,78	57,35	60,57	60,92	63,65
Navarra (Comunidad Foral de)	59,49	62,95	65,98	64,65	65,83

País Vasco	49,60	52,62	55,38	55,49	56,51
Rioja (La)	52,85	55,89	59,29	58,35	59,45
ESPAÑA	55,15	58,56	61,31	60,70	62,71

Fuente: SI-CF. MSSl

- Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos

Tab. 50 Dosis por hab. y día de Antipsicóticos. 2009-2013. Por CCAA

	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	8,59	8,84	9,13	9,33	9,71
Aragón	9,24	9,21	9,27	9,41	9,18
Asturias (Principado de)	12,79	13,23	14,24	14,55	14,77
Baleares (Islas)	8,53	8,82	8,94	8,81	8,98
Canarias	10,98	11,40	11,49	11,45	11,95
Cantabria	9,31	9,75	10,10	10,01	9,90
Castilla La Mancha	8,82	9,24	9,42	9,63	9,45
Castilla y León	11,44	11,90	12,39	12,42	12,56
Cataluña	11,62	12,17	12,78	12,51	12,84
Comunidad Valenciana	10,70	11,14	11,45	11,45	11,56
Extremadura	10,06	10,53	10,98	11,05	11,43
Galicia	13,72	14,38	14,92	14,65	15,61
Madrid (Comunidad de)	7,13	7,31	7,53	7,65	7,68
Murcia (Región de)	12,35	13,07	13,57	13,76	14,29
Navarra (Comunidad Foral de)	8,18	8,42	8,79	8,86	8,63
País Vasco	11,53	11,95	12,34	12,70	12,70
Rioja (La)	8,01	8,27	8,61	8,67	8,67
ESPAÑA	10,08	10,47	10,83	10,86	11,10

Fuente: SI-CF. MSSl

- Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas

Tab. 51 Dosis por hab. y día de Sust. Hipnóticas. 2009-2013. Por CCAA

	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	27,78	28,87	29,81	30,43	31,03
Aragón	27,83	28,71	29,53	29,38	29,48
Asturias (Principado de)	25,57	26,07	26,49	26,67	27,22
Baleares (Islas)	21,29	21,78	22,05	21,89	22,07
Canarias	33,88	35,01	35,40	36,56	38,66
Cantabria	38,82	40,83	42,49	43,75	44,93
Castilla La Mancha	19,82	20,59	20,68	21,31	21,85
Castilla y León	24,37	25,73	27,01	27,15	28,57
Cataluña	27,34	28,30	29,30	28,53	28,94
Comunidad Valenciana	23,72	24,46	24,54	23,89	24,42
Extremadura	22,96	23,84	24,22	24,54	25,35
Galicia	25,87	27,60	28,13	27,52	29,96
Madrid (Comunidad de)	18,80	19,42	20,32	20,60	20,81
Murcia (Región de)	22,25	23,14	23,88	24,25	25,19
Navarra (Comunidad Foral de)	41,74	42,34	42,31	41,92	41,45
País Vasco	35,15	36,83	38,16	38,77	39,57
Rioja (La)	31,66	33,08	34,32	34,70	35,39
ESPAÑA	25,84	26,83	27,57	27,63	28,35

Fuente: SI-CF. MSSl

4.17. Las comunidades autónomas adecuarán sus servicios a las necesidades específicas de las personas con edad avanzada.

RECURSOS PERSONAS CON EDAD AVANZADA (DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS)

Tab. 52 Rec. para personas con edad avanzada. At. Comunitaria. Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
Andalucía	NO (población atendida en SM general)	NO		
Aragón	NO			
Asturias (Principado de)	NO			
Baleares (Islas)	NO			
Canarias	NO	NO		
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	NO	NO	19,13%	
Castilla y León	NO			
Cataluña	NO			
Comunidad Valenciana	NO			
Extremadura	NO		23,84%	
Galicia	SÍ			
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	
Murcia (Región de)	NO			
Navarra (Comunidad Foral de)	SÍ	SÍ	100%	No Procede
País Vasco	SÍ	SÍ	30,94%	417
Rioja (La)	NO			
ESPAÑA	4	3		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

Tab. 53 Rec. personas con edad avanzada. Hosp. Día/Parcial. Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
	NO (población atendida en SM general)			
Andalucía		NO		
Aragón	NO			
Asturias (Principado de)	NO			
Baleares (Islas)	NO			
Canarias	NO			
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	NO			
Castilla y León	NO			
Cataluña	NO			
Comunidad Valenciana	NO			
Extremadura	NO			
Galicia	NO			
Madrid (Comunidad de)	NO			
Murcia (Región de)	NO			
Navarra (Comunidad Foral de)	SÍ	SÍ	100%	20
País Vasco	SÍ	SÍ	30,94%	72
Rioja (La)	NO			
ESPAÑA	2	2		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

Tab. 54 Recursos para personas con edad avanzada. Hospitalización de Agudos. Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
	NO (población atendida en SM general)			
Andalucía		NO		
Aragón	NO			
Asturias (Principado de)	NO			
Baleares (Islas)	NO			
Canarias	NO			
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	NO			
Castilla y León	NO			
Cataluña	**			
Comunidad Valenciana	NO			
Extremadura	NO			
Galicia	NO			
Madrid (Comunidad de)	SÍ		5,84%	16
Murcia (Región de)	NO			
Navarra (Comunidad Foral de)	NO			
País Vasco	NO			
Rioja (La)	NO			
ESPAÑA	1	0		

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**En el caso de Cataluña las personas con edad avanzada se atienden en recursos sociosanitarios.

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Menos de la mitad de las CC.AA. disponen de recursos específicos en centro de salud mental para personas con edad avanzada y solo tres disponen de un programa. Dos tienen recursos en hospital de día, y otra comunidad en hospitalización de agudos.

4.18. Las comunidades autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis.

Tab. 55 Rec. para intervención precoz en personas con psicosis. Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ	100%	340 Plazas HD + 546 Camas UHSM + At. Com. Amb.
Aragón	SÍ			
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	38,36%	
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	100%	
Canarias	SÍ	NO	100%	TODA
Cantabria	SÍ	SÍ	84,23%	
Castilla La Mancha	SÍ	SÍ	100%	
Castilla y León	SÍ	SÍ	100%	
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	No Aplica
Comunidad Valenciana	SÍ	NO		
Extremadura	SÍ	NO	100%	
Galicia	NO			
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	30
Murcia (Región de)	SÍ	SÍ	100%	
Navarra (Comunidad Foral)	NO			
País Vasco	SÍ	SÍ	93,42%	
Rioja (La)	SÍ	SÍ		
ESPAÑA	13	10		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

Más de la mitad de las comunidades disponen de recursos y programas para intervenir precozmente en las personas con psicosis.

No disponemos de información sobre el porcentaje que son atendidos sobre las personas que debutan.

4.19. Las comunidades autónomas tomarán medidas para garantizar el ejercicio del derecho a la atención sanitaria de la población inmigrante, facilitar el acceso pleno a los servicios ofertados desde el Sistema Nacional de Salud y garantizar un uso de las mismas compatible con las características culturales y religiosas de cada sujeto

Tab. 56 Recursos para at. sanitaria a personas inmigrantes. Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
Andalucía	SI	SI	0,35%	No Aplica
Aragón	SÍ			
Asturias (Principado de)	SI	SI		
Baleares (Islas)	NO			
Canarias	SI	NO		

Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	SI	NO	9,46%	
Castilla y León	NO	NO		
Cataluña	SI	SI	21%	No Aplica
Comunidad Valenciana	SI	NO		
Extremadura	SI	NO		
Galicia	SI			
Madrid (Comunidad de)	SI	NO		
Murcia (Región de)	SI	SI	100%	
Navarra (Comunidad Foral)	NO			
País Vasco	NO	NO		
Rioja (La)	SI	NO		
ESPAÑA	12	4		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

Más de la mitad de las comunidades disponen de recursos para atender a la población inmigrante, y solo 4 disponen de programas.

4.20. Las comunidades autónomas coordinarán con Instituciones Penitenciarias, el recurso más adecuado en cada caso para la pronta atención a las personas con trastorno mental al que un juez dicta ingreso penitenciario.

EVALUACIÓN:

Los grupos de trabajo multidisciplinarios creados en 2009 en distintas CC.AA. (Aragón, Andalucía, Baleares, Madrid, Castilla la Mancha y Euskadi), han seguido funcionando durante 2013. El objetivo es profundizar en las recomendaciones que el Documento de Consenso entregado a la Estrategia de Salud Mental en 2012, sobre personas con trastorno mental sometidos a procesos judiciales hacía, para la mejora de la atención de estos enfermos.

Se ha trabajado en las siguientes Áreas:

1.- Momento que va desde la situación de riesgo de cometer un delito o una vez ya cometido el delito, hasta que se dicta la sentencia. (Etapas Presentenciales): En el grupo de trabajo de Castilla La Mancha se ha establecido una dinámica de trabajo que facilita reuniones periódicas de juzgados de Toledo y responsables de la asistencia a problemas de salud mental para:

- a) Analizar casos de enfermos mentales que han sido puestos a disposición judicial, con objeto de mejorar la coordinación entre ambos para atender este tipo de problemas.
- b) Sensibilizar y formar a policía y profesionales de la justicia.
- c) Garantizar las buenas prácticas de la Clínica Médico-Forense en Salud Mental, con regulación normativa.
- d) Explorar la creación por parte de un órgano colegiado de los protocolos adecuados capaces de coordinar de manera ágil y efectiva a las administraciones involucradas en el manejo de este tipo de personas con enfermedad mental.

En el grupo de trabajo de Madrid, se ha diseñado un trabajo de campo para estudiar el perfil de los enfermos mentales que resultan puestos a disposición judicial en Madrid capital.

2.- Momento en el que las personas con enfermedad mental son condenadas con sentencia firme a una Medida de Seguridad privativa o no privativa de libertad. (Etapas de condena a Medida de Seguridad):

En los diferentes grupos de trabajo se analiza el procedimiento de diagnóstico, tratamiento y búsqueda de recurso adecuado, así como de peritaje forense, de forma que se pueda disponer para el cumplimiento de las medidas de seguridad del mejor recurso asistencial en función del grado de imputabilidad y peligrosidad

del enfermo. Se exploran los procedimientos de coordinación entre los servicios socioasistenciales de la comunidad y la administración de justicia.

3.- Momento en el que las personas con enfermedad mental se encuentran a pocos meses o semanas de terminar su relación con la justicia y deben prepararse para su reinserción social. (Etapas de Reinserción):

Después de la evaluación del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en prisión (PAIEM), se ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer un esfuerzo en la etapa de reinserción del enfermo una vez terminada su estancia en prisión. Todos los grupos de trabajo han colaborado en el diseño de un Programa Específico para mejorar los índices de derivación adecuada de estos enfermos, el Programa Puente de Mediación Social que se está desplegando en los Centros de Inserción Social.

4.24. Las CC.AA. ofertarán, con un modelo asertivo, intervenciones de carácter integral capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho al tratamiento más adecuado, facilitando la adherencia al mismo y la continuidad de cuidados.

Tab. 57 Existencia de un programa de continuidad de cuidados

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ (todos los PAI)	100%	No Aplica
Aragón	SI	SI		
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	100%	
Baleares (Islas)	SI	NO	36'28%	
Canarias	SÍ	SÍ	100%	
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	SÍ	SÍ	82,38%**	
Castilla y León	SÍ	SÍ	86,44%	No Plazas
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	No Aplica
Comunidad Valenciana	SÍ	NO		
Extremadura	SÍ	SÍ	100%	
Galicia	SÍ	SÍ		
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	
Murcia (Región de)	SÍ	SÍ	99,47%	
Navarra (Comunidad Foral)	NO			
País Vasco	SÍ	SÍ	100%	57 CSM
Rioja (La)	NO	NO		
ESPAÑA	12	10		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

Más de la mitad de las comunidades disponen de recursos y programas de continuidad de cuidados.

4.26. Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial.

Tab. 58 Atención a Pat. Dual (Drogodependencia y TMG).
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Recursos Propios	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ	85,71% (Ver Nota 2)	NO	No Aplica
Aragón	SI	SI	100%	NO	
Asturias (Principado de)	SÍ	NO			
Baleares (Islas)	NO				
Canarias	SÍ	NO	100%	NO	NO
Cantabria	NO				
Castilla La Mancha	SÍ	NO	82,38%**	SI	30
Castilla y León	SÍ	NO	86,44%***	SI	8
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	SI	110
Comunidad Valenciana	SÍ				
Extremadura	SÍ	SÍ	100%	NO	
Galicia	SÍ	SÍ		SI	
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	NO	
Murcia (Región de)	SÍ	NO	99,47%	SI	22
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	SI	10
País Vasco	SÍ	SÍ	93,42%	SI	14
Rioja (La)	SÍ	NO		SI	4
ESPAÑA	15	8			

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

***Unidad de Referencia Regional

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 59 Atención a Pat. Dual (Déficit intelectual y TMG).
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta (1)	Recursos Propios	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	NO	100%	NO	No Aplica
Aragón	NO				
Asturias (Principado de)	SÍ	NO			
Baleares (Islas)	NO				
Canarias	SÍ	NO	100%	NO	NO
Cantabria	NO				
Castilla La Mancha	NO	NO			
Castilla y León	SÍ	NO	86,44%**	SI	20
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	SI	421
Comunidad Valenciana	SÍ	NO			
Extremadura	SÍ	SÍ	100%	SI	20
Galicia	NO	NO			
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	NO	40
Murcia (Región de)	NO				
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	NO	100%	NO	Según

					necesidad
País Vasco	SÍ	SÍ	30,94%	SI	15
Rioja (La)	SÍ	NO		NO	2
ESPAÑA	11	4			

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Unidad de Referencia Regional

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Más de la mitad de las comunidades disponen de recursos y programas específicos de atención a la patología Dual.

DISPOSITIVOS RESIDENCIALES

Tab. 60 Dispositivos residenciales (Mini residencias<30 camas).
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Camas o Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ	85,71%**	912 Camas
Aragón	SI	SI		9
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	0,48%	44
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	100%	32
Canarias	SÍ	SÍ	100%	293
Cantabria	SÍ	NO	84,23%	37
Castilla La Mancha	SÍ	SÍ	82,38%**	26
Castilla y León	NO			
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	10 Residencias 196 plazas
Comunidad Valenciana	SÍ	SÍ		94
Extremadura	SÍ	SÍ	62,16%	100
Galicia	SÍ	SÍ		114
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	583
Murcia (Región de)	SÍ	NO	99,47%	118
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	25
País Vasco	SÍ	SÍ	93,42%	203
Rioja (La)	NO	NO		
ESPAÑA	15	12		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

Tab. 61 Dispositivos residenciales (Viviendas supervisadas).
Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Camas o Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ	85,71% (Ver Nota 2)	688 Plazas
Aragón	SI	SI		108
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	0,48%	52
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	100%	30
Canarias	SÍ	SÍ	100%	369

Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	SÍ	SÍ	82,38%**	168
Castilla y León	SÍ	SÍ	81,27%	91
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	246 Plazas
Comunidad Valenciana	SÍ	SÍ		180
Extremadura	SÍ	SÍ	62,16%	50
Galicia	SÍ	SÍ		192
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	299
Murcia (Región de)	SÍ	NO	99,47%	47
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	26
País Vasco	SÍ	SÍ	93,42%	465
Rioja (La)	NO	NO		
ESPAÑA	14	12		

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 62 Dispositivos residenciales (Residencias>30 camas).

Por CCAA

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta*	Camas o Plazas disponibles
Andalucía	NO	NO	No Aplica	No Aplica
Aragón	NO			
Asturias (Principado de)	NO			
Baleares (Islas)	NO			
Canarias	NO	NO		
Cantabria	NO			
Castilla La Mancha	SÍ	SÍ	82,38%**	144
Castilla y León	SÍ			42
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	16 Residencias 615 plazas
Comunidad Valenciana	SÍ	SÍ		1.350
Extremadura	NO			
Galicia	NO			
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	100%	896
Murcia (Región de)	SÍ	NO	99,47%	334
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	326
País Vasco	SÍ	SÍ	93,42%	112
Rioja (La)	SÍ	SÍ		110
ESPAÑA	9	10		

*Calculada como porcentaje sobre el total de la población con tarjeta sanitaria a 31/12/2013

**Corresponde al 100% de la población de 18 años o más

Fuente: Información suministrada por las CCAA

RECURSOS A TIEMPO TOTAL/PARCIAL:

Tab. 63 Recursos asignados a urgencias psiquiátricas. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía		378 *																
Aragón																		
Asturias (Principado de)	12	91		39	38	127	35	104		15					6			
Baleares (Islas)																	Médicos de guardia: 6	
Canarias	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria	6	11	0	4	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla La Mancha	1				1								1		1			
Castilla y León	6	29																
Cataluña																		
Comunidad Valenciana		54				121		155										
Extremadura	5	59		31		24				14								
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)	2	1																
País Vasco																		
Rioja (La)	1			1	Compartidos		Compartidos		Compartidos				Compartidos		Compartidos			

• Psiquiatras que hacen guardia en las UHSM

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 64 Recursos de rehabilitación hospitalaria residencial. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	34		23,5		132,3		192,5		12		12		13,2		45		35 Monit. Oc.	
Aragón																		
Asturias (Principado de)	1	11	1	5	44	4	88	1		2	3	1						
Baleares (Islas)	9		7		34		112		3		2			4	16		8 Monitores	1 Médico
Canarias	21		6		57		105		12		1		4		8			
Cantabria	4		3		15		38		3		3		3		5			
Castilla La Mancha	1	1(0,45)		1(0,95)	22		105		1	1(0,2)	1	1(0,5)	3	1(0,5)	15			
Castilla y León	14	4	6	4	67	5	144	4	4	6	3	6	3	12	1	2		4 Monitores
Cataluña																		
Comunidad Valenciana		6		4		29		43		3		5		1		2		
Extremadura	3,5		2		10		N/C		2		2							
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	7		4		18		45		3		4		3		6		3 monitores	
Navarra (Comunidad Foral de)		2		3		9		16		2		2		1		2		1 Educ. social
País Vasco	14	3	2	1	33	2	86	2	6	-	3	-	6	-	-	-	69 Cel. Limp	3
Rioja (La)	1		1		12				1		1		1					

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 65 Recursos de rehabilitación ambulatoria. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	8		16		13		24		7		9		7,8		0		16 Monit. O.	
Aragón																		
Asturias (Principado de)		59,31		27,35		35,18		16,67		15,15		2		23				
Baleares (Islas)	4		4		4		8		3		3		4		1		9 Monitores	
Canarias	2		14	2	9													
Cantabria																		
Castilla La Mancha			25*	2 (0,5)					18	1 (0,5)	21	1 (0,5)	19	1 (0,5)				4 Monitores
Castilla y León			10	1	2		6			7	4	1					8 Monitores	1 Monitores
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura			7						6		6		6				24 Monit. O.	
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	3		6		6		5		3		14		5		3			
Navarra (Comunidad Foral de)			5							5	5			5			**	
País Vasco																		
Rioja (La)	1		1		1		2		1		1		1		1			

* No Clínicos

** Direct, Educad, Monit.

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 66 Recursos de rehabilitación Hospital de Día. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	27,2		25		35		16		1		1		12,5		2		16 Monit. O.	
Aragón																		
Asturias (Principado de)	5,3		4,31		37,21		31		1,5		6							
Baleares (Islas)	7		5	1	5	1	5		1	2	1	2		4				
Canarias	3		2		3		16		2		2		2		2		*	
Cantabria																		
Castilla La Mancha	7		6		7		8		2	1 (0,75)	4	1 (0,5)	1	1 (0,16)				
Castilla y León	8	1	4	1	7		7			3	4		1	1				1 Monitor
Cataluña																		
Comunidad Valenciana			6		6		17			4	1	6	1			2	1 Monitor Ed.	
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	2		2		2		1		1		2		1		1			
Navarra (Comunidad Foral de)		2		8		9		16		3	4	7		1		2		2 Educadores
País Vasco	6	3	4	2	23	2	40	-	7	2	7	3	6	2	-	-	5 Educ. Soc.	2
Rioja (La)																		

* 2- 1 Pediatra 2 Prof.

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 67 Recursos de intervención familiar. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)	1		1		1	2		1			1							
Baleares (Islas)		5		6		8					4							
Canarias																		
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura				7						6		6			6			24 Monit. O
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)			4			3												
País Vasco																		
Rioja (La)																		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 68 Recursos para infancia/adolescencia, at. comunitaria. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	35 *		32,7 *		40 *		28 *		11,25 *		13 *		14 *		0			
Aragón																		
Asturias (Principado de)	6	4	5,45	4	2,05		1,75		3,5	3			3	4				
Baleares (Islas)	9	1	9	1	6		0		3		0		4	1	0			
Canarias	15	2	14	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria	4		5		4								4		1			
Castilla La Mancha	12	1 (0,5)	19	1 (0,6)	10		12		4	1 (0,75)		1 (0,5)		1 (0,5)				
Castilla y León	16	6	8	6	4	4	3	1	1	3			3	4				
Cataluña																		
Comunidad Valenciana	31	5	32	4	17	3	15	2	10	7			11	1	1			
Extremadura	3		4		3					2			1					
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	17		15		10		4		4		1		8	4				
Navarra (Comunidad Foral de)	6	1	8	1	2	1			1				3	1				
País Vasco	29	2	27	2	3	-	-	-	7	-	-	-	8	1	-			
Rioja (La)	1		2	1	1			1						1				

* En USMIJ (At. Comunitaria)

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 69 Recursos para infancia/adolescencia, Hosp. Día. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	*		*		*		*								*		*	
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)	1	1	1	1	2		2			1	0			1	0			
Canarias	3	0	2	0	3	0	16	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	0
Cantabria																		
Castilla La Mancha	3		2		3		3			1 (0,5)	1			1 (0,5)				
Castilla y León		1	1		1						1							
Cataluña																		
Comunidad Valenciana	2		1		2	5		1									2 Pedagogos	
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)		1	1		1		1		1		1			1				1 Profesor
País Vasco	4	-	5	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24 **	-
Rioja (La)																		

* Misma plantilla que Atención Comunitaria

** profesores, psicomotricistas, pedagogos...

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 70 Recursos para infancia/adolescencia, Hosp. Agudos. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	*		*		*		*								*		*	
Aragón																		
Asturias (Principado de)		1			5		5							1				
Baleares (Islas)	1			1	7		7			1	0			1	5			
Canarias	**		**		**		**		**		**		**		**		**	
Cantabria																		
Castilla La Mancha	3		1		7		10			1 (0,5)		1 (0,5)			3			
Castilla y León		2		1	5	1	5	1		1	1			1	1			
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)	1		1		1	2	2	4		1		1		1				1 Profesor
País Vasco	4	2	1	2	18	-	19	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-
Rioja (La)		1		1		2		2		1				1		1		

* Misma plantilla que Atención Comunitaria

** Los pacientes con este perfil son atendidos por los profesionales que corresponde, pero no existe personal específico con esta única función.

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 71 Recursos para edad avanzada, Atención Comunitaria. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias																		
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)				2	1		1	1			2				1		1	
País Vasco	-	7	-	4	12	11	142	-	-	6	-	5	5	-	-	-	42 (educ. soc.)	-
Rioja (La)																		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 72 Recursos para edad avanzada, Hosp. Día / Parcial. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias																		
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)	1			2	1		4				1	1			1			
País Vasco	-	-	-	1	-	1	14	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Rioja (La)																		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 73 Recursos para edad avanzada, Hosp. Agudos. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias																		
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)																		
País Vasco																		
Rioja (La)																		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 74 Recursos para Disc. Intelectual, Hosp. Agudos. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias																		
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura		1		1		6	17			1		1						1 Fisioterap.
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)																		
País Vasco																		
Rioja (La)																		

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 75 Recursos para intervención precoz en personas con psicosis. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)	2		3		1				2				2					
Baleares (Islas)	2		1		2				2				1					
Canarias	*		*				*		*				*		*		*	
Cantabria	2				1				1									
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana	19		5		5				3		3							
Extremadura	37		26		21				10				15					
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)																		
Navarra (Comunidad Foral de)																		
País Vasco	2	2	2	3	1	-	-	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Rioja (La)																		

* Se realiza la intervención lo más temprana posible, pero no existe personal específico con esta única función

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 76 Recursos para atención a la población inmigrante. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias	*		*		*		*		*		*		*		*		*	
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura		37		26		21				10				15				
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	-		-		-				-		-		-		-			
Navarra (Comunidad Foral de)																		
País Vasco																		
Rioja (La)																		

* Se realiza la atención a la población inmigrante, pero no existe personal específico con esta única función

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 77 Recursos del Programa de Continuidad de Cuidados. Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)		103		39		165		153		15		8		34				
Baleares (Islas)		2			2				2					2				
Canarias	*		*		*		*		*		*		*		*		*	
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León**					41	4			7	17								
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura		37		26		21				10				15				
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	-		-		-		-		-		-		-		-			
Navarra (Comunidad Foral de)																		
País Vasco																		
Rioja (La)																		

* La continuidad de cuidados es un pilar básico en nuestro modelo comunitario, pero se desarrolla por todos los profesionales de nuestra red de salud mental

** Programa de Gestión de casos realizado en los Equipos de Salud Mental

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 78 Recursos del Sistema de Adherencia. Por CCAA
Recursos del sistema para facilitar la adherencia y evitar abandonos

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)		103		39		165		153		15		8		34				
Baleares (Islas)	1	3				4		1	1	3								
Canarias	*	4	*		*	12	*		*		*		*		*		*	
Cantabria		1				1		1						1				
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura		37		26		21				10				15				
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	-		-		-		-		-		-		-		-			
Navarra (Comunidad Foral de)																		
País Vasco																		
Rioja (La)																		

* La adherencia al tratamiento y la evitación de los abandonos son prioridades en nuestra red de salud mental, pero se desarrolla por todos los profesionales de nuestra red de salud mental. No existe personal específico con esta única función

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 79 Recursos del Programa de empleo protegido. Por CCAA
Recursos del Programa de empleo con apoyo o empleo protegido

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)	0		0		0		0											
Baleares (Islas)																		
Canarias									1	1								
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana			4								1		4					
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)	-		-		-		-		-		-		-		-			
Murcia (Región de)									No disponible				No disponible				Educ., Monit.	
Navarra (Comunidad Foral de)	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	241 ***	-
País Vasco			2		1		1		2		4		1					
Rioja (La)																		

* Técnicos de Integración laboral

** 7 Técnicos de Inserción Laboral, 5 Monit. Ocup., 1 Técnico de Integración Social, 1 Preparador Social

*** Responsables de taller y monitores ocupacionales

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 80 Recursos de Atención a Pat. Dual (Drogodep. y TMG). Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias	***		***		***		***		***		***		***		***		***	
Cantabria																		
Castilla La Mancha	1		1		6		3		1		1						9 *	
Castilla y León	2		1		6		8		1									
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura		37		51		40				29				29				
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)		1		3		1		3		1		1						
Navarra (Comunidad Foral de)					2					1				1				
País Vasco	2	-	-		1	8		18	-	1		1	-	1	-	-	-	** 10
Rioja (La)		10		1	6		6	1						1				

* 1 Director; 1 Médico; 6 Educadores y 1 Cocinero

** 2 Médicos y 8 Educadores

*** La atención a la patología dual se realiza en las redes de salud mental y de atención a las drogodependencias, pero no existe un recurso ni personal específico con esta única función

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 81 Recursos de Atención a Pat. Dual (Déficit Int. y TMG). Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias	**		**		**		*		**		**		**		**		**	
Cantabria																		
Castilla La Mancha																		
Castilla y León	1		1		8		12			1		1		1				1 Monitor
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																		
Extremadura		37		26		21				10				15				
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	1		1		8		71		1		2						11 Educad.	
Navarra (Comunidad Foral de)																		
País Vasco	-	1	-	1	-	1	8	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Rioja (La)																		

* Monitores Ocupacionales – 1

** La atención a la patología dual (déficit intelectual y TM) se realiza en la red de salud mental, pero no existe un recurso ni personal específico con esta única función

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 82 Recursos para dispositivos residenciales (mini resid. <30 camas). Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	0		0		0		0		0		0		0		0		Monit. Resid. Dato no disp.	
Aragón																		
Asturias (Principado de)		3			8	6	33		2									
Baleares (Islas)	0		1	1	0		9		1	0			2		2		12 Monitores	
Canarias	0	6	0	0	18	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria																		
Castilla La Mancha			1*														14	
Castilla y León																		
Cataluña																		
Comunidad Valenciana			2		5				1		1				5			**
Extremadura			5	1					1		3		3				43 Monit. O.	***
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)				43						2		22		21				310 educ.
Murcia (Región de)				1		1	10			1		1						
Navarra (Comunidad Foral de)			1						1					1			****	
País Vasco	-	3	-	5	6	1	28	-	-	5	1	-	8	1	-	-	56 (Educ. soc.)	4
Rioja (La)																		

* No Clínico

** 1 Médico + 6 Educadores + Cuidadores

*** 2 Auxiliares Domésticos, 3 Servicio limpieza

**** Directora, Otros perfiles de recursos sociales

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 83 Recursos para disp. residenciales (viviendas supervisadas). Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía	0		0		0		0		0		0		0		0		Monit. Resid. Datos no disp.	
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)	0			1	0		4			1	0			1	1		7 Monitores	
Canarias	0	4	0	0	0	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria																		
Castilla La Mancha																	66	
Castilla y León																	15	
Cataluña																		
Comunidad Valenciana																	3 Educadores	1 Educador
Extremadura			5						1		3		3				*	
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)				4		3		8		4								3 Educadores
Navarra (Comunidad Foral de)		1				1				1		1						**
País Vasco	-	2	2	6	-	4	3	-	4	4	-	1	4	8	4	-	158 (Ed. soc.)	13
Rioja (La)																		

* 55 Monitores Ocup., 2 Aux. Domésticos, 3 Servicio de limpieza

** Otros perfiles propios de recursos sociales

Fuente: Información suministrada por las CCAA

Tab. 84 Recursos para dispositivos residenciales (resid.>30 camas). Por CCAA

	Psiquiatras		Psicólogos Clínicos		Enfermería		Aux. Enfermería		Trabajadores Sociales		Terapeutas ocupac.		Administrativos		Celadores		Otros	
	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial	t. completo	t. parcial
Andalucía																		
Aragón																		
Asturias (Principado de)																		
Baleares (Islas)																		
Canarias ****																		
Cantabria																		
Castilla La Mancha			3*														69	
Castilla y León																	*	
Cataluña																		
Comunidad Valenciana			2		5				1		1				5		6 Ed. +6 Cuid.	1 Médico
Extremadura																		
Galicia																		
Madrid (Comunidad de)																		
Murcia (Región de)	1	3	2	2	9	4	95		2	2	3	2	4				3 Educadores	3 Educadores
Navarra (Comunidad Foral de)	3	4	1	2	38	4	240		1		2		3				***	2 méd., 1 fisio.
País Vasco	1	2	1	1	1	2	27	-	-	2	-	-	-	-	-	-	15 (Educ. soc.)	-
Rioja (La)	1		1		12		20		1		2		1				Médico general	

* No Clínicos

** Monitores Ocupacionales – 1

*** 1 Médico, 2 fisioterapeutas, otros perfiles

**** Todos los dispositivos residenciales en Canarias son de 30 camas o menos

Fuente: Información suministrada por las CCAA

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 4:

Comenzamos a tener datos comparables de algunas de la estructuras de atención, aunque de forma muy precaria.

A esperas del resultado del **Análisis de Fuentes de Información de las Comunidades Autónomas** seguimos sin poder hacer un seguimiento de los objetivos de Atención en Salud Mental, ya que las prioridades de la Estrategia no están contempladas en los sistemas de información, por lo que el seguimiento debe adaptarse a un sistema de información establecido.

Hay un número excesivo de objetivos lo que dificulta centrarse en la consecución de los mismos.

A pesar de ello:

Las comunidades están desarrollando **procesos como herramienta de mejora de calidad de la atención y continuidad de cuidados**.

Se está llevando a cabo la **creación de recursos para niños y adolescentes, y algunas iniciativas con población en edad avanzada**.

También han tenido un buen desarrollo, en general, los objetivos destinados a mejorar los cuidados en su salud general (enfermedades somáticas más prevalentes), a la atención a las personas con trastorno mental a las que un juez dicta ingreso penitenciario, el uso de guías integradas de práctica clínica. Todos estos programas deberían desarrollarse con una organización y actividades definidas, normalizadas y homogéneas en todas las unidades, servicios y agentes de los dispositivos sanitarios y no sanitarios (sociales, educativos, laborales)

Parece que hay poco desarrollo todavía **de los planes individuales de atención**.

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 4:

1. Teniendo en cuenta que estos objetivos son prioritarios, desde el punto de vista de los pacientes, de los familiares y de los profesionales, y la prioridad de la Estrategia de Salud Mental, dentro del SNS, consideramos imprescindible **desarrollar un sistema de información, específico para salud mental**, sobre recursos, actividad asistencial y clínica, hospitalaria y ambulatoria, financiación y gestión **que dé respuesta a estas prioridades**.
2. Creemos necesario centrarnos en objetivos que **aborden las carencias prioritarias de la atención**, como pueden ser la detección precoz, los planes individuales e integrales de atención, el uso de las terapias psicológicas basadas en la evidencia, el uso racional del medicamento, los servicios con programas específicos para patología dual, la información e intervención con las familias y los recursos de rehabilitación.
3. También sería preciso el abordaje de las patologías crónicas desde el dispositivo y técnicas adecuadas para evitar el reingreso de los pacientes, especialmente aquellos con co-morbilidad orgánica. Se necesita trabajar la desvinculación del hospital de agudos de las personas con trastorno mental, en especial aquellas con mayor afectación funcional y/o riesgo social, mediante el desarrollo e implementación de dispositivos y ayudas alternativas.

• 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 DE LAS PACIENTES

EVALUACIÓN OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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.

Ya realizada, falta difundirla

5.2. Definir o actualizar por las CC.AA. un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria.

Tab. 85 Protocolos de traslado y hospitalización involuntario
CCAA que han definido un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria

Andalucía	SÍ
Aragón	SÍ
Asturias (Principado de)	SÍ
Baleares (Islas)	SÍ
Canarias	NO
Cantabria	NO
Castilla La Mancha	NO
Castilla y León	SÍ
Cataluña	SÍ
Comunidad Valenciana	SÍ
Extremadura	SÍ
Galicia	SÍ
Madrid (Comunidad de)	NO
Murcia (Región de)	SÍ
Navarra (Comunidad Foral de)	SÍ
País Vasco	SÍ
La Rioja	SÍ
España	13

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Adjuntan protocolo:

- **Andalucía:** Resolución SC 261/2002, de 26 de diciembre, de Atención de Urgencias, Traslados e Ingresos de Pacientes Psiquiátricos.
- **Principado de Asturias:** Protocolo de atención urgente y traslado de personas con posible enfermedad mental (2011)
- **Islas Baleares:**
- **Castilla y León:**
<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-editados-consejeria-sanidad/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales>

- **Cataluña:** Protocolo de actuación para la atención a las urgencias, los traslados y los ingresos involuntarios urgentes de personas con enfermedad mental.
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/protocolsalutmental2006.pdf
- **Comunidad Valenciana:** Protocolo de actuación para ingreso involuntario en Unidades de Psiquiatría (2009) [Ámbito de aplicación: Provincia de Valencia]
- **Extremadura:** Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental
- **Galicia:** Protocolos de intervención en Urgencias Extrahospitalarias 061
- **Región de Murcia:** Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen Enfermedad Mental (actualización, marzo 2014)
- **Navarra (Comunidad Foral):** Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes por Enfermedad Mental

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

Tab. 86 CCAA que han definido un protocolo para la contención física y el traslado involuntario

Andalucía	SÍ
Aragón	SÍ
Asturias (Principado de)	No Datos
Baleares (Islas)	SÍ
Canarias	SÍ
Cantabria	SÍ
Castilla La Mancha	NO
Castilla y León	SÍ
Cataluña	SÍ
Comunidad Valenciana	SÍ
Extremadura	SÍ
Galicia	No Datos
Madrid (Comunidad de)	SÍ
Murcia (Región de)	SÍ
Navarra (Comunidad Foral de)	SÍ
País Vasco	SÍ
La Rioja	No Datos
España	13

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Adjuntan protocolo:

- **Andalucía:** Protocolo de contención mecánica
- **Islas Baleares:** Protocolo de actuaciones para la asistencia sanitaria involuntaria de los enfermos mentales en las Illes Balears (2001). Anexo 2 del Plan de la estrategia de salud Mental
http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan_salud_mental_baleares.pdf
- **Cantabria:** Guía para la contención física de pacientes (2011)
- **Cataluña:** Recomendaciones del Comité de Bioética sobre el ingreso no voluntario y la práctica terapéutica de las medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y personas con demencia
<http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/ingres.pdf>

- **Madrid:** Instrucciones complementarias sobre internamientos psiquiátricos involuntarios urgentes (2013)
- **Región de Murcia:** Protocolo para la aplicación de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos en Urgencias (2014)
- **Navarra:** Circuito de actuación ante un niño con alteración del comportamiento en Urgencias de Pediatría del CHN.
- **País Vasco:** H. Galdakao. En Intranet

RESUMEN INTERVENCIONES:

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.

ANDALUCÍA:

- Línea de trabajo específica, vinculada a la estrategia 1decada4, sobre Derechos Humanos y Salud Mental:
 - Publicación “Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía”: Análisis del grado de cumplimiento de los artículos que integran la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en el ámbito de los servicios de salud mental y programas de apoyo social de Andalucía,.
 - Procedimiento de planificación anticipada de decisiones en el ámbito de la salud mental y su incorporación a la práctica clínica, principalmente en el marco de los Planes Individualizados de Tratamiento de las personas con TMG.

ASTURIAS:

- Protocolo de Acogida.
- Procedimientos que garanticen el uso de buenas prácticas.

CASTILLA Y LEÓN

- Edición y publicación de una Guía de seguridad en la Atención a personas con trastornos mentales que contiene entre otros los siguientes protocolos:
 - Evaluación general de riesgos
 - Recogida y traslado seguro de pacientes
 - Garantía de derechos en la hospitalización
 - Evaluación e intervención en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones
 - Atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.
 - Protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga.
 - Protocolo de aplicación de medidas restrictivas.

5.2.- Definir o actualizar por las CC.AA. un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria.

ANDALUCÍA:

- Resolución del Servicio Andaluz de Salud 261/2002, de 26 de diciembre, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

CATALUÑA:

- Coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental.

MURCIA:

- Coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental.

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.

ANDALUCÍA

- Nueva edición del Protocolo de Contención Mecánica, como anexo al documento de "Ambiente Terapéutico en Salud Mental".

CANARIAS:

- Existencia de protocolos en diversos hospitales de la Comunidad, pero no existe un protocolo único o unificado.

CANTABRIA:

- Guía para la contención física de pacientes

CATALUÑA:

- Recomendaciones del Comité de Bioética sobre el ingreso no voluntario y la práctica terapéutica de las medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y personas con demencia.

MADRID:

- Adjunta un documento de Recomendaciones para la Actualización de los Protocolos de Inmovilización Terapéutica

MURCIA:

- Aplicación de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos en urgencias.
- Intervención con pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Sin evaluar.

NAVARRA:

- Circuito de actuación ante un niño con alteración del comportamiento en urgencias de pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Protocolo de contención mecánica en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de Navarra (Población adulta)
- Decreto Foral 221/2011 que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas, y otras medidas relacionadas.

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 5:

La mayoría de las comunidades han elaborado protocolos para los procedimientos involuntarios, aunque no sabemos si existen formas proactiva de seguimientos de los mismos y de detección de irregularidades para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias.

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 5:

Desarrollar mecanismos de seguimiento proactivo y detección de incumplimientos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3:

COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL E INTER-INSTITUCIONAL

• OBJETIVO GENERAL 6

PROMOVER LA COOPERACIÓN Y LA CORRESPONSABILIDAD DE TODOS LOS DEPARTAMENTOS Y AGENCIAS INVOLUCRADOS EN LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS. EVALUACIÓN

RESUMEN INTERVENCIONES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS:

6.1. Implantar por las CC.AA. mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.

ANDALUCÍA:

- Comisiones Provinciales Intersectoriales con una Comisión Central Intersectorial de ámbito autonómico.
- Comisión Conjunta SAS-FAISEM.
- Comisiones Provinciales de Tutela.
- Protocolo de Actuación Conjunta entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias con varias estructuras formales de coordinación:
 - La Comisión Asistencial.
 - La Comisión de Casos Complejos.
 - La Comisión Interdepartamental.

ASTURIAS:

- Reorganizar y definir los pisos tutelados.
- Participar en acciones formativas organizadas por usuarios, familiares y otros agentes intervinientes en temas de Salud Mental (Policía, Servicios Sociales, Ayuda a domicilio...).
- Procedimientos de cooperación para la atención a los trastornos emocionales.
- Con la Consejería de Presidencia del Gobierno del Principado de Asturias, en los temas relacionados con la Atención Psicosocial a la Mujer en Violencia de Género y los relacionados con la Justicia, materias legales y atención en Centros de Instituciones Penitenciarias.
La colaboración en el ámbito de la Justicia incluye, entre otras actividades:
 - Un Acuerdo sectorial en materia de atención sanitaria especializada con el Ministerio del Interior para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población interna en los centros penitenciarios.
 - Unidad Terapéutica Educativa (UTE). Dirigida a internos con adicción a sustancias.
 - Protocolo de atención urgente y traslado de personas con posible enfermedad mental.
- Con la Consejería de Bienestar Social y Vivienda en temas de menores, discapacidad y tuteladas.

CANARIAS:

- CIRPAC (Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria): Órgano de participación creado por el Gobierno de Canarias, suscrito a la dirección de área de salud de la Consejería de Sanidad. Periodicidad al menos anual.
- COMASAM (Comisión Asesora sobre la Atención a la Salud Mental en Canarias). Órgano consultivo de la Consejería competente en materia de sanidad, a fin de asesorar, informar y proponer actuaciones en esta materia. Convocada por el Servicio Canario de la Salud. Periodicidad anual.

CANTABRIA:

- Atlas de Salud Mental de Cantabria.
- Programa de Coordinación de Actividades Sanitarias y Educativas para la Detección y Seguimiento de personas con Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad.

CASTILLA LA MANCHA:

- Acuerdo marco de colaboración entre la Consejería de Salud y Bienestar Social y la C. de Educación, Ciencia y Cultura.
- Protocolo de coordinación y actuación en los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

CASTILLA Y LEÓN

- Proceso integrado de atención sociosanitario dirigido a personas que sufren discapacidad por un trastorno mental. Para ello se han definido e implantado diversas estructuras de coordinación, a nivel provincial y regional, compuestas por profesionales del ámbito de la salud mental y de Servicios Sociales.

CATALUÑA:

- Plan Integral de atención a las personas con trastorno mental.
- Plan interdepartamental de atención integral sanitaria y social (PIAISS)

MURCIA:

- Comisión Asesora en SM
- Comisión Socio-Sanitaria
- Coordinación para la ejecución de medidas de seguridad
- Colaboración en materia sanitaria entre el Ministerio del Interior y la Consejería de Sanidad
- Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- Coordinación de las Actuaciones Educativas y Sanitarias para la Detección e Intervención Temprana en los Trastornos del Espectro Autista (TEA)

NAVARRA:

- Prevención y actuación ante conductas suicidas. Esta intervención, ya expuesta en el apartado correspondiente a Suicidio, se cita aquí por la participación de las siguientes instituciones:
 - Departamento de Políticas Sociales
 - Departamento de Salud
 - Dirección de Salud Mental
 - Departamento de Educación
 - Departamento de Presidencia, Justicia e Interior
 - Área de Investigación Criminal de la Policía Foral
 - Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza ASITES
- Programa de Atención al Trastorno Mental Grave:
Programa que propone la creación de una red básica de servicios implementada fundamentalmente desde el ámbito social.
- Comisión Asesora Técnica de Salud Mental Infanto Juvenil, compuesta por:
 - Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.
 - Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Salud Mental
 - Departamento de Educación.
 - Departamento de Políticas Sociales
 - Pediatría de Atención Primaria.
 - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil del Complejo Hospitalario
- Comité de Mejora de la coordinación en Salud Mental Infanto Juvenil, entre Atención Primaria y Salud Mental.

PAIS VASCO:

- Prevención y actuación ante conductas suicidas.
- Programa de Atención al Trastorno Mental Grave:
En toda la Comarca
- Consejo Asesor de Salud Mental del Departamento de Salud
- Consejo vasco de atención en Sociosanitaria en la CAP.
- Consejo de Adicciones de la CAPV

6.2. Las CC.AA. 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.

ANDALUCÍA:

- Regulado por el Decreto 168/2007, de 12 de junio (BOJA n. 119, de 18 de Junio de 2007). El PIA, elaborado por los Servicios Sociales Comunitarios, debe articularse con el más global Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave.

CASTILLA LA MANCHA:

- Procedimiento para la gestión del reconocimiento de la situación de dependencia de personas que presentan T. Mental (2009).

PAIS VASCO:

- Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria de la CAPV (2013-216)
- Planes operativos Socio –Sanitaria de los Territorios
- Coordinadores socio –sanitarios de Sanidad y de los S. Sociales

EVALUACIÓN: INFORME DEL IMSERSO

Se han formulado dos preguntas a los representantes de las Comunidades Autónomas, vocales de la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la situación de Dependencia, con el detalle y resultado que se incluyen a continuación:

¿El papel de la Ley de dependencia en relación con las personas dependientes por enfermedad mental en tu Comunidad Autónoma está integrado en el marco general de atención a dichas personas?:

Tab. 87 Aplicación de la Ley de Dependencia

Respuesta de las CCAA a la pregunta ¿El papel de la Ley de Dependencia en relación con las personas dependientes por EM está integrado en el marco general de atención a dichas personas?

	SÍ/NO	Comentarios
Andalucía	SÍ	El recurso a la Ley de Dependencia se contempla como posibilidad de de apoyo social a los Planes de Tratamiento de los TM, con especial atención y prioridad a los Trastornos Mentales Graves.
Aragón	NO	El acceso a los recursos de salud mental no se realiza a través de criterios de Ley de dependencia sino con criterios de los equipos de salud mental, a través de la comisión de ingresos.
Asturias (Principado de)	NO	(Los servicios rehabilitadores de salud mental (CTI, H de Día, CCTT) no forman parte del sistema de dependencia y no son ofrecidos al usuario en el PIA su acceso es por prescripción de la propia red de Salud Mental.
Baleares (Islas)	SÍ	
Canarias	SÍ	Integración parcial. Las competencias están distribuidas entre dos organismos: el Servicio Canario de Salud y los Cabildos Insulares.
Cantabria	SÍ	
Castilla La Mancha	SÍ	Protocolo de Coordinación (Procedimiento) para la gestión del reconocimiento de la situación de dependencia de personas que presentan trastorno mental para la derivación de las personas con

		enfermedad mental a los recursos que recogen en el catálogo de la Ley de la Dependencia.
Castilla y León	NO	
Cataluña	SÍ	Se está trabajando para la inclusión de diferentes recursos destinados a personas con enfermedad mental en la Ley de dependencia. Existe una convocatoria anual de soporte a la autonomía en el hogar, en la que se está incluyendo personas valoradas en dependencia con EM. Dentro del marco de la Generalitat de Catalunya se ha creado el PIAISS, que consiste en un programa de integración entre salud y bienestar social en todas las vertientes en las cuales confluyen sus intereses. Dentro de este programa también están las personas con EM.
Comunidad Valenciana	SÍ	Se está estudiando en coordinación con otras instituciones públicas implicadas incrementar las redes de coordinación sociosanitaria que proporcionen una atención integral a las necesidades de las personas con enfermedad mental y apoyo a sus familias. En nuestra comunidad la RED de la zona Marítimo constituida por el Hospital de la zona, Unidad de Salud Mental, UCA, Centro de Atención Primaria, CEEM, CRIS y asociaciones como ASIEM, AMBIT Y ACOVA funciona y proporciona estos servicios.
Extremadura	SÍ	El marco de atención a personas con EM está organizado en función de los ámbitos de atención. La atención sanitaria se proporciona a través de los Equipos de Salud Mental, así como el acceso a los Centros de Rehabilitación Psicosocial. El acceso a los servicios como Centros residenciales, viviendas tuteladas y programas de inserción social y laboral lo gestiona el SEPAD (Servicio Extremeño de Atención a la Dependencia), ambos organismos pertenecen a la misma Consejería y existen mecanismos de coordinación en la atención a personas con EM. Se está elaborando la normativa que regulará el proceso de acceso a recursos de salud mental a las personas en situación de dependencia.
Galicia		
Madrid (Comunidad de)	NO	La entrada en vigor de la Ley de Dependencia no ha supuesto una modificación del procedimiento y del régimen de acceso a los recursos de atención social a personas con EM, dado que el acceso a los mismos sigue partiendo de la propuesta de los Servicios de Salud Mental de distrito que son responsables del seguimiento de la intervención con este tipo de pacientes.
Murcia (Región de)	SÍ	Normalmente solicitan la dependencia asesorados por los equipos asertivos comunitarios
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	Está integrado, porque a los servicios citados en la cuestión nº 1 se accede mediante la valoración de dependencia, aunque es cierto que a la solicitud se suele acompañar la Escala de Valoración Social para poder garantizar el acceso residencial en el caso de obtener un grado de dependencia que no garantice el servicio que se demanda.
País Vasco	SÍ	Los recursos sociales y socio sanitarios para personas con EM están integrados en el Sistema de Servicios Sociales. Otros servicios están integrados en el Sistema de Salud. No hay, en este momento, un plan integral de servicios socio-sanitario. Hay desconcierto por parte de las familias y de los propios profesionales, con el resultado de parte de las valoraciones BVD realizadas al considerarse que no reflejan el nivel real de dependencia de las personas con EM, con el consiguiente impacto negativo en el acceso a determinados recursos creados para este tipo de usuarios.
Rioja (La)	SÍ	La normativa específica de recursos (servicio de centro de día) es genérica para las personas con dependencia y discapacidad, así como las condiciones de acceso y prestación de servicios.
ESPAÑA	10	

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

La **atención a la dependencia** se hace a través de la **red de Servicios Sociales**, que se ha diversificado poco en relación a la atención de personas con trastornos mentales, con posterioridad a la Ley de Dependencia. Se ha avanzado en **protocolos de coordinación** con los **servicios de Salud Mental** y en un mayor acceso de dichas personas a las prestaciones y servicios por la vía de dicha ley.

El Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia creó un grupo de trabajo de valoración de la situación de dependencia, análisis de los resultados de la aplicación del baremo y mejora del procedimiento. Con respecto al **Informe de Salud**, preceptivo en la valoración de la situación de dependencia, dicho grupo de trabajo puso de manifiesto que **no es suficientemente explícito** y en algunas ocasiones **no está debidamente cumplimentado** y esto no contribuye a una buena valoración de la situación de dependencia que presenta la persona a valorar.

Está **pendiente la protocolización de información de salud** de parte de las **enfermedades mentales**. En relación con estas patologías se elaboró una “Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves” en la que se orienta sobre un modelo específico de salud mental.

Como punto de partida para un modelo de protocolo del “Informe de Salud Mental”, la CTVD¹⁴ elaboró una propuesta para que fuera informada en el Comité Institucional de la Estrategia de Salud Mental, como plataforma adecuada para la referida protocolización del “Informe de Salud Mental” y formulación de propuesta de acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud al respecto.

A continuación se detalla resumen observaciones y aportaciones a la propuesta de protocolo de informe de salud mental de la CTVD, en consulta a los miembros de referido Comité efectuada por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

Tab. 88 Valoración de las propuestas del “Informe de Salud Mental”

	Valorac. General	Selección de Aportaciones / Sugerencias
Andalucía Servicio Andaluz de Salud	Positiva	1) Mayor clarificación de la terminología empleada, a modo de glosario o de instrucciones de cumplimentación; 2) Intentar sustituir las preguntas dicotómicas Si/No, por escalas tipo Likert; 3) En el apartado de Diagnósticos clínicos, distinguir entre diagnóstico principal y secundarios.
Aragón		
Asturias (Principado de) UCOSAM		Tener en cuenta además de la parte clínica, (la más desarrollada en la propuesta de informe del Imsero), los aspectos funcionales, su afectación y la evaluación lo más exhaustiva posible y dentro de la capacidad de cada comunidad autónoma del entorno físico, familiar y social. Por lo tanto se propone que además del clínico, participen de la elaboración y firmen el informe los profesionales del equipo multidisciplinar implicados en la valoración y toma a cargo del paciente.
Baleares (Islas) Profesionales varios	Buena acogida	Incluir datos sobre si el enfermo en salud mental vive solo, o en familia nuclear o con cuidador, e identificar la existencia de familiar de referencia o <i>cuidador principal</i> y su capacitación. Especificar los problemas físicos. Añadir la existencia de recaídas y número de hospitalizaciones, estancias en UHB, UCR,HD,...

¹⁴ Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la situación de Dependencia

Canarias		Conformidad con el documento actual , aunque se incluiría un apartado en el que se pueda especificar qué dispositivo sociosanitario recomienda el profesional de salud mental que mejor se puede ajustar a las necesidades del paciente.
Cantabria		
Castilla La Mancha Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales		Propone la utilización de sus propios modelos de informe clínico, usados en el procedimiento para la gestión del reconocimiento de la dependencia a personas con trastorno mental. Disponen de dos modelos, según si la persona presenta trastorno mental o trastorno mental grave.
Castilla y León		
Cataluña SG de Atención a las personas y de promoción de la autonomía personal, con la colaboración de profesionales del ámbito de salud mental y del Plan Director de Salud Mental y Adicciones		Incorporar: • La situación clínica del paciente: información sobre síntomas, curso evolutivo, tratamiento, consciencia de enfermedad, consumo de sustancias, adherencia al tratamiento en CSMA.... • Capacidades funcionales: habilidades cotidianas, funcionamiento social, nivel de cuidado personal, nivel de autonomía... • Apoyo del entorno: Si hay apoyo afectivo, capacidad de contención del entorno familiar, utilización de recursos sociales ...
Comunidad Valenciana		
Extremadura Salud Mental y Programas Asistenciales	Esperan las alegaciones de todas las CC.AA. y a una mayor maduración del mismo	Es necesario aclarar si se refiere a personas con trastorno mental grave o con enfermedad mental. Proponen que este informe sea específico para personas con diagnóstico de TMG,. Proponen que junto al informe médico se incluya un apartado o anexo que cumplimentaría la trabajadora social y que recogería aspectos relacionados con el entorno sociofamiliar de la persona, ya que serviría como información previa que posteriormente facilitaría la elaboración del informe social –PiA.
Galicia		
Madrid (Comunidad de) Oficina Regional de Salud Mental	NO	Proponen que se evalúe la situación clínica y funcional de los <u>dos últimos años</u> , como se recomienda en las guías para personas con TMG. Deben ser incluidos los aspectos referidos al entorno, relaciones familiares o características del entorno social Como se señala en la guía de orientación del IMSERSO, las áreas del informe específico de salud mental deben ser tres: <u>área clínica, área de evaluación funcional y área de evaluación del entorno</u> .
Murcia (Región de) Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica	Valoración positiva	Disponen de un informe que contiene algunos datos más y quizás más información del que se pide ratificación
Navarra (Comunidad Foral) Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea	No da respuesta a dificultades de evaluación de la dependencia de personas con TMG	El problema no está en la cantidad o calidad de la información, sino en la cualificación de los evaluadores y los criterios de evaluación que se utilizan. No están de acuerdo en que se imponga un formato. Prefieren que se defina el contenido.
País Vasco Coordinador Sociosanitario		Se suman a la propuesta hecha desde la Comunidad de Madrid , agradeciéndoles el esfuerzo de síntesis y recopilación. También expresar que algunos aspectos recogidos en esta propuesta (y también de forma más concisa en la de Cataluña) como los referentes al funcionamiento y necesidades o evaluación del entorno muy ligados a una evaluación consistente del TMG serían necesarios para ratificar el documento.
Rioja (La) Departamento de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud		Ratifica en el protocolo base que recoge el Anexo 2. Informe Complementario de Salud Mental para valoración del Grado de dependencia en Personas con enfermedad mental.
Fundación Mundo Bipolar		Están de acuerdo con el informe propuesto por la Comunidad de Madrid.
Sociedad Española de Psiquiatría		El informe propuesto recoge adecuadamente lo necesario para conseguir el objetivo pretendido, aunque se echa en falta lo siguiente: A. Características del entorno social, familiar y relación con los miembros

		que lo constituyen (especialmente familia). B. Mención especial a “Problemas Judiciales”. Se trata de una población en la que no resulta extraño que existan dificultades en este sentido, que tienen trascendencia en la evolución del paciente y que se debe hacer referencia explícita a ello. C. En el apartado de Consumo de sustancias tóxicas debiera existir un apartado para que en el caso que exista consumo de las referidas sustancias, se indique cuáles y patrón de consumo. Ambos elementos, matizan la evolución
--	--	--

La CTVD ha conocido estas observaciones y aportaciones y manifiesta cierta disconformidad en el sentido de que pueden surgir problemas en un momento dado, en recursos ante los tribunales de justicia, ante la posibilidad de no coincidencia entre los profesionales de la salud mental, con las valoraciones llevadas a cabo por los profesionales de la dependencia.

No obstante, la mayoría de las comunidades autónomas que tienen establecidos estos informes complementarios de trastorno mental manifiestan que no tienen problemas y que la información de salud mental de la persona ayuda mucho a la hora de valorar.

6.3. Implantar por las CC.AA., 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.

ANDALUCÍA:

- Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (PAI TMG)
 - En el marco del PAI TMG se cuenta con la Comisión Trastorno Mental Grave.
- Incluido, tanto en los Acuerdos de Gestión Clínica de las UGC-SM como en los Acuerdos de Cooperación SAS-FAISEM.
- Proyecto de análisis y elaboración de soluciones para la seguridad de pacientes con TMG atendidos en la comunidad.

CANARIAS:

- CIRPAC (Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria): Órgano de participación creado por el Gobierno de Canarias, suscrito a la dirección de área de salud de la Consejería de Sanidad. Periodicidad al menos anual.
- COMASAM (Comisión Asesora sobre la Atención a la Salud Mental en Canarias). Órgano consultivo de la Consejería competente en materia de sanidad, a fin de asesorar, informar y proponer actuaciones en esta materia. Convocada por el Servicio Canario de la Salud. Periodicidad anual.

CANTABRIA:

- Programa de Sesiones Clínicas Conjuntas.

CASTILLA LA MANCHA:

- Convenio de colaboración entre el Servicio de salud de Castilla La Mancha (SESCAM) y la Fundación socio-sanitaria. (2011)

CATALUÑA:

- Se han definido e implantado las rutas asistenciales de la depresión en todos los territorios, de acuerdo con los objetivos del Plan de Salud 2011-15.

- Los contratos de compra de servicios sanitarios incluyen una parte variable del presupuesto vinculado al Pacto Territorial, que incluye diversos objetivos compartidos entre todos los servicios que atiende un territorio, de manera transversal.
- En la ciudad de Barcelona existen unos órganos de coordinación y trabajo integrado, denominados Comités Operativos de Salud Mental y Adicciones (COSMiA)
- Se ha iniciado el proceso para la definición de las rutas asistenciales de complejidad en salud mental.

MURCIA:

- Elaboración y difusión conjunta de GPC
- Programa “Intégrame” para que los médicos de familia conozcan y traten los problemas de salud física de los pacientes diagnosticados de F20-29 (CIE-10).
- Pilotaje de tratamientos psicológicos en AP

PAIS VASCO:

- Programa TMG en adultos e Infantil en la RSMB y en la RSMA.

6.4: Aumentar el número de personas con trastornos mentales que reciben el servicio de **empleo** con apoyo o empleo protegido.

ANDALUCÍA:

- El programa de empleo para personas con enfermedad mental grave lo gestiona FAISEM
 - Nº de trabajadores/as con enfermedad mental en Empresas Sociales:
 - Año 2008: 250
 - Año 2013: 334
 - Nº de contratos de trabajo para personas con enfermedad mental (excluyendo los contratos en Empresas Sociales):
 - Año 2008: 922
 - Año 2013: 788

ASTURIAS:

- Vías de colaboración con Bienestar Social, Empleo, Organizaciones Empresariales, Educación, Asociaciones, Fundaciones y tejido social.
- Desarrollo de programas destinados a favorecer la empleabilidad de personas afectadas por un trastorno mental.
- La colaboración entre la Consejería de Economía y Empleo, a través de la cual se vehiculiza todo el desarrollo normativo sobre el empleo.
- La coordinación con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, para el desarrollo de programas de atención al alumnado con trastornos mentales.
- La colaboración con las Administraciones locales que desarrollan programas de alojamiento, de formación y empleo y otros.
- Programas o acciones orientadas a su integración sociolaboral (Centros de Apoyo a la Integración, Programas Educativos, Programas de Empleo, etc.)
- Desarrollo de Programas Educativos, Formativos y de Empleo destinados a favorecer la inclusión social.
- Procedimiento interno en los SSM que se basa en una definición del perfil profesional de cada persona y en el diseño de itinerarios personalizados de inserción laboral, que contemplen medidas de formación, orientación y empleo.

CANARIAS:

- En Canarias se ha producido un incremento en el nº de plazas disponibles de empleo protegido o empleo con apoyo.
 - Año 2011: 369
 - Año 2013: 390

No había registro de este programa en años anteriores.

CASTILLA LA MANCHA:

- Programa Incorpora de La Caixa.

CATALUÑA:

- Convenio entre el Gobierno de la Generalitat de Cataluña, la Fundación La Caixa y el Dartmouth IPS Supported Employment Center para facilitar la integración laboral de personas con trastorno mental.
- Se dispone de 749 plazas en servicios prelaborales que dependen del Departamento de Bienestar y Familia.
- Se dispone de 42 Centros Especiales de Trabajo que dependen del Departamento de Empresa y ocupación y en los que se han contratado 1.950 trabajadores.
- Se dispone de Servicios integrales de orientación, acompañamiento y apoyo a la inserción en empresas ordinarias, SIOAS por lo que aproximadamente 300 personas han sido atendidas.

MADRID:

- Programa MANANTIAL INTEGRA de FUNDACION MANANTIAL
20 Centros de Rehabilitación Laboral de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Consejería de Asuntos Sociales

Tab. 89 Programa de empleo con apoyo o empleo protegido

	Existe	Protocolo programa	Población cubierta	Plazas disponibles
Andalucía	SÍ	SÍ	100%	No Aplica
Aragón	SI	SI		
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	0,48%	
Baleares (Islas)	SÍ	NO	100%	207
Canarias	SÍ	SÍ	100%	390
Cantabria	SÍ	SÍ	84,23%	32
Castilla La Mancha	SÍ	NO	82,38%	
Castilla y León	SÍ			
Cataluña	SÍ	SÍ	100%	762
Comunidad Valenciana	SÍ	NO		
Extremadura	SÍ	SÍ	62,16%	230/AÑO
Galicia	SÍ			
Madrid (Comunidad de)	SÍ			
Murcia (Región de)	SÍ	SÍ	100%	456
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	100%	146
País Vasco	SÍ	SÍ	93,42%	563
Rioja (La)	SÍ	SÍ		15
ESPAÑA	17	11		

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Tab. 90 Servicio de preparación para el empleo

Número de personas con trastornos mentales que reciben el servicio de preparación para el empleo

PREPARACIÓN PARA EL EMPLEO	Personas atendidas	Fuente de la Información
Andalucía	2.376 personas atendidas en el SOAE (2013)	FAISEM
Aragón	171	
Asturias (Principado de)	635	Base de Datos Propia
Baleares (Islas)	25	Federación de Salud Mental de Mallorca

Canarias	309	RECAP
Cantabria		
Castilla La Mancha	273	Memoria Fundación Sociosanitaria de C L_M 2013
Castilla y León	678 (2013)	Gerencia servicios sociales
Cataluña		
Comunidad Valenciana	40	Dirección General Personas con Discapacidad – Centros Ocupacionales
Extremadura	230/año	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia
Galicia		
Madrid (Comunidad de)	1351/año 2014	Centros de Rehabilitación Laboral de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Consejería de Asuntos Sociales
Murcia (Región de)	456	Asociación Murciana de Rehabilitación
Navarra (Comunidad Foral)	50	Política Social
País Vasco	240	Atlas de Salud Mental de Bizkaia
Rioja (La)		

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Tab. 91 Servicio de empleo con apoyo
Núm. de personas con trastornos mentales que reciben el servicio de empleo con apoyo

EMPLEO CON APOYO	Personas atendidas	Fuente de la Información
Andalucía	788 contratos de trabajo excluyendo empresas sociales. Año 2013	FAISEM
Aragón		
Asturias (Principado de)	109	Base de Datos Propia
Baleares (Islas)	75	Federación de Salud Mental de Mallorca
Canarias	177	RECAP
Cantabria		
Castilla La Mancha	237	Memoria Fundación Sociosanitaria de C L_M 2013
Castilla y León	183 con empleo (2013)	Gerencia Servicios Sociales
Cataluña		
Comunidad Valenciana	N/D	
Extremadura		
Galicia		
Madrid (Comunidad de)	675/año 2014	Centros de Rehab. Laboral de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Cons. de Asuntos Sociales
Murcia (Región de)	134	Asociación Murciana de Rehabilitación
Navarra (Comunidad Foral)	11	Política Social
País Vasco	252	Atlas de Salud Mental de Bizkaia y Gipuzkoa
Rioja (La)		

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Tab. 92 Servicio de empleo protegido
Número de personas con trastornos mentales que reciben el servicio de empleo protegido

EMPLEO PROTEGIDO	Personas atendidas	Fuente de la Información
Andalucía	334 trabajadores/as con EM en empresas sociales. Año 2013	FAISEM
Aragón		
Asturias (Principado de)	53	Base de Datos Propia
Baleares (Islas)		
Canarias	213	
Cantabria		
Castilla La Mancha		
Castilla y León		
Cataluña		
Comunidad Valenciana	N/D	
Extremadura		
Galicia		
Madrid (Comunidad de)		
Murcia (Región de)	56	Asociación Murciana de Rehabilitación
Navarra (Comunidad Foral)	46	Política Social
País Vasco	261	Atlas de Salud Mental de Bizkaia y Gipuzkoa
Rioja (La)		

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

6.5. Favorecer la representación igualitaria de mujeres y hombres profesionales en los espacios de decisión de la red de salud mental.

ANDALUCÍA:

- El 42,06 % de los cargos intermedios de la red de servicios de salud mental y órganos de dirección del Servicio Andaluz de Salud son mujeres, distribuyéndose según la siguiente tabla:

Cargos Intermedios	TOTAL	Mujeres	% Cargo	Hombres	% Cargo
Directores/as UGC	23	7	30,43	16	69,57
Coordinadores/as Cuidados	14	8	57,14	6	42,86
Corrdinadores/as Dispositivos	137	49	35,77	88	64,23
Supervisores/as Enfermería	40	26	65,00	14	35,00
Total	214	90	42,06	124	57,94

ASTURIAS:

Cargos Intermedios	TOTAL	Mujeres	% Cargo	Hombres	% Cargo
Directores / as UGC	8	3	37,5%	5	62,5%
Coordinadores / as Cuidados					
Corrdinadores/as Dispositivos					
Supervisores / as Enfermería	9	5	55,56%	4	44,44%

6.6. Considerar la **perspectiva de género** como una herramienta de calidad potente que debe estar presente en cuantas acciones se inicien en los ámbitos de decisión de las comunidades autónomas y a nivel nacional desde esta Estrategia.

ANDALUCÍA:

- En el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA) se ha incluido la perspectiva de género como una de sus 15 líneas estratégicas:
 - o Revisión del lenguaje sexista.
 - o Cursos de sensibilización.
 - o Realización de un proyecto de investigación sobre sexismo ambivalente en profesionales de salud mental de Andalucía.
 - o Acuerdo de colaboración con la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental con el objetivo de impulsar de manera colaborativa acciones de promoción, prevención, atención integral, formación e investigación en salud mental, desde la perspectiva de género.
 - o Sinergias con las prioridades y objetivos del Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía.

6.7. Establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a los dispositivos asistenciales a pacientes con trastornos por consumo de sustancias para la detección y tratamiento precoz de la Patología Dual.

ANDALUCÍA:

- Segunda edición del Protocolo de Actuación Conjunta entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias.

CASTILLA Y LEÓN

- Procedimiento de coordinación entre el Comisionado Regional para la Droga y la red de salud mental para la derivación a la Unidad de patología dual de Referencia Regional.

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 6:

Se han desarrollado múltiples pero desiguales mecanismos y estructuras de coordinación tanto entre distintas consejerías y ámbitos (judicial, vivienda, educación, etc.), como entre los dispositivos sanitarios (primaria, centros de salud mental, hospitales,...) y sociales de una misma área. Sin embargo esta sigue siendo claramente una cuestión pendiente.

La mayoría de las CC.AA. informan de que disponen del servicio de preparación para el empleo, empleo con apoyo o empleo protegido. Comenzamos a disponer de algunos datos de plazas y personas que lo reciben.

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 6:

Avanzar hacia propuestas de modelos eficientes de coordinación.

Continuar desarrollando y extender las iniciativas para la inserción laboral.

• 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.

OBJETIVOS ESPECIFICOS. EVALUACIÓN

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.

Evaluación:

**Tab. 93 Guías en TM sobre derechos, obligaciones, recursos, etc.
CCAA que han publicado alguna guía dirigida a personas con trastornos mentales y familiares, sobre derechos, obligaciones, recursos, etc.**

Andalucía	SÍ
Aragón	SÍ
Asturias (Principado de)	SÍ
Baleares (Islas)	SÍ
Canarias	NO
Cantabria	NO
Castilla La Mancha	SÍ
Castilla y León	NO
Cataluña	SÍ
Comunidad Valenciana	NO
Extremadura	NO
Galicia	SÍ
Madrid (Comunidad de)	NO
Murcia (Región de)	SI
Navarra (Comunidad Foral de)	SÍ
País Vasco	SÍ
La Rioja	NO
España	10

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Adjuntan protocolo:

- **Andalucía:** Como defender nuestros derechos. Guía destinada a personas con problemas de salud mental
- **Islas Baleares:** Guía de recursos y situación de la Red de Salud Mental de las Islas Baleares (2013).
- **Principado de Asturias:** Carta de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (2011).
- **Castilla La Mancha:** Carta de servicios Objetivos Servicios Compromisos Garantías Servicios de Atención a Personas con Enfermedad Mental. Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha
- **País Vasco:** La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV (2013).

- **Cataluña:** No existe una guía específica para las personas con trastornos mentales y familiares, pero sí existe una guía para la población en general.
- **Murcia:** Guía para familiares elaborada por FEADES
- **Navarra:** Varios documentos:
 - o Poster explicativo del Centro de Salud Mental, con indicación de qué es, qué ofrece, cómo contactar, etc.
 - o Guías de acogida e ingreso de la Clínica de Rehabilitación, del Hospital de Día Infanto-Juvenil “Natividad Zubieta” y del Hospital Psico-Geriátrico de la Dirección de Salud Mental de Navarra y de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-A del Complejo Hospitalario de Navarra.

Tab. 94 Iniciativas de e-administración, en TM, sobre derechos, obligaciones, recursos, CC.AA. que tienen alguna iniciativa de e-administración dirigida a personas con TM y familiares, sobre derechos, obligaciones, recursos, etc.-

Andalucía	SÍ
Aragón	NO
Asturias (Principado de)	NO
Baleares (Islas)	NO
Canarias	NO
Cantabria	NO
Castilla La Mancha	NO
Castilla y León	NO
Cataluña	NO
Comunidad Valenciana	NO
Extremadura	SÍ
Galicia	SÍ
Madrid (Comunidad de)	NO
Murcia (Región de)	SÍ
Navarra (Comunidad Foral de)	NO
País Vasco	NO
La Rioja	NO
España	4

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Adjuntan protocolo:

- **Andalucía:** Adjunta link a la página específica de Salud Mental dentro de la web del Servicio Andaluz de Salud.
- **Murcia:** Adjunta link a la página específica de Salud Mental dentro de la web del Servicio Murciano de Salud

9 CC.AA. informan de que han publicado alguna guía dirigida a personas con trastornos mentales y familiares, sobre derechos, obligaciones, recursos, etc., la mayoría la adjuntan
Solo 3 afirman haber desarrollado alguna iniciativa de e-administración en el mismo sentido.

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.

Tab. 95 Participación de personas con TM en los ámbitos de la salud mental
CCAA con mecanismos para la participación de personas con TM y sus familiares en los ámbitos de la salud mental

Andalucía	SÍ
Aragón	SÍ
Asturias (Principado de)	NO
Baleares (Islas)	NO
Canarias	SÍ
Cantabria	NO
Castilla La Mancha	SÍ
Castilla y León	SÍ
Cataluña	SÍ
Comunidad Valenciana	SÍ
Extremadura	SÍ
Galicia	SÍ
Madrid (Comunidad de)	NO
Murcia (Región de)	SÍ
Navarra (Comunidad Foral de)	SÍ
País Vasco	SÍ
La Rioja	NO
España	12

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Tab. 96 Detalle de la participación en los ámbitos de la salud mental
Detalle de los mecanismos que han implantado las CCAA para la participación de personas con TM y sus familiares en los ámbitos de la salud mental

PARTICIPACIÓN DE FAMILIARES Y PACIENTES	¿Existe catálogo de Asociaciones.?	¿Se ha contactado con ellas?	Periodici-dad de los contactos	Participan en los Consejos Asesores	Representación ¹⁵
Andalucía	SÍ Catálogo online en la Consejería Igualdad, Salud y Políticas Sociales	SÍ, Especialmente las relacionadas con TMG	Variable	SÍ, en las Comisiones de Particip. Ciudadana de las UGCSM y en Com Asesora de FAISEM	1 persona por cada Asociación representada en las diferentes Comisiones
Aragón	SI	SI	VARIABLE	SI	3
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ	Anual / A demanda	SÍ	
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	En adultos esporádico. En Infanto-juvenil trimestral	SÍ Consejo asesor (Inst. Balear Salut Mental infancia /adolescencia)	5/12
Canarias	SÍ	SÍ	Regular	CIRPAC COMASAM	CIRPAC: 1 de cada Asoc. de Familiares COMASAM: no restringido
Cantabria	NO	NO		NO	
Castilla La Mancha	SÍ	SÍ	Anual	SÍ	

¹⁵ N° Personas de Asociaciones / N° Total de Personas del Consejo

Castilla y León	SÍ En el portal de la GRS	SÍ *	Variable	Consejo Castellano Leonés de Salud	
Cataluña	SÍ, La Dir. Gral. d'Ordenació i Regulació Sanitàries se encarga de la relación con las asociaciones	SÍ Contacto habitual	Contacto habitual	Invitados en el Consejo Asesor y Miembros en la Mesa de Participación	20 en el Consejo y 2 personas con TM y/o familiares como invitados
Comunidad Valenciana	NO	SÍ	Trimestral	SÍ	10
Extremadura	SÍ	SÍ	A demanda	SÍ	3/29
Galicia	SÍ	SÍ	Semestral	NO	
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ	Mensual - Trimestral	SÍ, Mesa de Lucha contra el Estigma	
Murcia (Región de)	SÍ	SÍ	Entre mensual y semestral	SÍ	3
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ	Mínimo anual	SÍ, Junta Técnico Asist, Comisión de Calidad	2/21
País Vasco	SÍ	SÍ	Trimestral	SÍ, Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi	1/25
La Rioja	NO	SÍ	NO	NO	
España	14	16			

* Se ha creado una red de asociaciones con carácter general, de la que forman parte las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental.

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

11 CC.AA. informan de que han implantado mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares, 14 disponen de catálogo de asociaciones y 16 han contactado con ellas. La mayoría las tienen en sus consejos.

7.3. Establecer por las CC.AA. 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.

**Tab. 97 Participación de las Sociedades Científicas en los ámbitos de la SM
CC.AA. que han implantado mecanismos y vías para la participación de las Sociedades Científicas y profesionales en los ámbitos de la salud mental**

Andalucía	SÍ
Aragón	SÍ
Asturias (Principado de)	SÍ
Baleares (Islas)	NO
Canarias	SÍ
Cantabria	NO
Castilla La Mancha	NO
Castilla y León	SÍ
Cataluña	SÍ
Comunidad Valenciana	SÍ
Extremadura	SÍ
Galicia	No Datos
Madrid (Comunidad de)	NO
Murcia (Región de)	SÍ

Navarra (Comunidad Foral de)	SÍ
País Vasco	SÍ
La Rioja	NO
España	11

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

Tab. 98 Detalle de la participación de las Soc. Científicas en los ámbitos de la SM
Detalle de los mecanismos que han implantado las CCAA para la participación de personas con TM y sus familiares en los ámbitos de la salud mental

PARTICIPACIÓN DE SOC. CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES	¿Existe catálogo de Asociaciones?	¿Se ha contactado con ellas? ¿Con cuántas?	Periodicidad de los contactos	Participan en los Consejos Asesores	Representación¹⁶
Andalucía	SÍ	SÍ, con 7 (2 sociedades científicas y 5 colegios profesionales)	Variable	SÍ, proponen objetivos en los Acuerdos de Gestión y participan en la comisión Asesora de FAISEM	1 represent. de cada Asociación en cada Comisión
Aragón	SI	SI (TODAS)	VARIABLE	SI	3
Asturias (Principado de)	SÍ	SÍ, 2	Anual / A demanda	SÍ	
Baleares (Islas)	NO	NO		NO	
Canarias	SÍ	SÍ, 1	Anual y a demanda	SÍ	
Cantabria	NO	NO		NO	
Castilla La Mancha	NO	NO		NO	
Castilla y León	SÍ	SÍ		SÍ	
Cataluña	SÍ, Sociedades presentes en el territorio	SÍ Con todas	Contacto habitual	Todos los miembros del Cons. Asesor pertenecen a alguna soc. científica	20 / 20
Comunidad Valenciana	NO	SÍ		SÍ	6
Extremadura	SÍ	SÍ, 4	A demanda	SÍ las Asoc. Profes. NO las Asoc. Científicas	
Galicia	SÍ	NO		NO	
Madrid (Comunidad de)	SÍ	SÍ, 10	Ad hoc	SÍ las Asoc. Profes. NO las Asoc. Científicas	
Murcia (Región de)	SÍ	SÍ, AEN-Murcia y Soc. Murciana de Psiquiatría	Mínimo semestral	SÍ	2
Navarra (Comunidad Foral)	SÍ	SÍ, 2	No programados	SÍ las Asoc. Profes.	

¹⁶ N° Personas de Sociedades o Profesionales / N° Total de Personas del Consejo

				NO las Asoc. Científicas	
País Vasco	SÍ	SÍ, 2	Trimestral	SI	2/25
La Rioja	SÍ	NO		NO	
España	12	12			

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

9 CC.AA. informan de que han implantado mecanismos y vías para la participación de las **de las Sociedades Científicas y profesionales**, 12 disponen de catálogo de asociaciones y 12 han contactado con ellas. Varias las tienen en sus consejos.

RESUMEN DE INTERVENCIONES

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.

ANDALUCÍA:

- Desarrollo del proyecto “AL LADO con las personas afectadas por una enfermedad mental grave.
- En cada Área Hospitalaria o Área de Gestión Sanitaria, existe un mecanismo de reclamaciones.
- Participación de FEAFES-Andalucía y En Primera Persona en el grupo de trabajo intersectorial sobre Salud Mental y Derechos Humanos, creado por el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA).
Proyectos:
 - Análisis del grado de cumplimiento de los artículos que integran la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en el ámbito de los servicios de salud mental y programas de apoyo social de Andalucía.
 - Procedimiento de planificación anticipada de decisiones en el ámbito de la salud mental.

CASTILLA LA MANCHA:

- Recursos de Salud Mental, Drogodependencias y Alcoholismo de Castilla – La Mancha.

CATALUÑA:

- Consejo Consultivo de Pacientes, donde participan las asociaciones de familiares y usuarios con trastornos mentales.

GALICIA:

- Pagina sobre Saúde mental en www.sergas.es.
- Web FEAFES Galicia.
- Web Asociación Itínara.
- Web de Asociación Alborada.

NAVARRA:

- Guía de acogida a diferentes recursos hospitalarios de la Red de Salud Mental.
- Póster informativo en los centros de salud mental.

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.

ANDALUCÍA:

- Incorporación de representantes de los movimientos asociativos de pacientes y familiares en Plan Integral.
- Desarrollo de estructuras de participación ciudadana.
- Las federaciones FEAFES-Andalucía y En Primera Persona participan en la Comisión Asesora de FAISEM y en otros espacios de coordinación.
- Apoyo al movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental grave (FEAFES-Andalucía y sus 16 asociaciones federadas).
- Apoyo específico a la consolidación del movimiento asociativo de usuarios/as de salud mental.
- Ayudas a la financiación de estructuras, acciones y programas que desarrollan ambos movimientos asociativos.

CANARIAS:

- CIRPAC (Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria): Órgano de participación creado por el Gobierno de Canarias, suscrito a la dirección de área de salud de la Consejería de Sanidad. Periodicidad al menos anual.
- COMASAM (Comisión Asesora sobre la Atención a la Salud Mental en Canarias). Órgano consultivo de la Consejería competente en materia de sanidad, a fin de asesorar, informar y proponer actuaciones en esta materia. Convocada por el Servicio Canario de la Salud. Periodicidad anual.

CASTILLA Y LEÓN

- Convenio entre Consejería de Sanidad y FEAFES Castilla y León para el fomento de la solidaridad social hacia los enfermos mentales, la mejora del apoyo a sus familiares y la promoción del ejercicio de sus derechos
- Red de asociaciones: para establecer un sistema de comunicación y colaboración mutua con las Asociaciones de familiares y afectados por enfermedades crónicas en las que se incluyen las enfermedad mental.
- Se ha desarrollado el Subportal del Aula de Pacientes, como apoyo a los pacientes crónicos en el autocuidado de su salud, y a sus familias.

CATALUÑA:

- Creación de la figura del Paciente experto en depresión.
- Consejo consultivo de pacientes de Catalunya, en la que participa, entre otros, la Fundació Salut Mental Catalunya.

COMUNIDAD VALENCIANA:

- Apoyo al movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental grave.

EXTREMADURA:

- Consejo Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura: en el que participan tres representantes de las asociaciones, de ámbito regional, de familiares y personas con enfermedad mental.

MURCIA:

- Consejo Asesor de Salud Mental
- Convenio de colaboración con FEAFES

7.3.- Establecer por las CC.AA. 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.

ANDALUCÍA:

- Acuerdos de colaboración con las diferentes sociedades científicas presentes en la comunidad autónoma:
 - Convenio de colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y la Fundación Castilla del Pino.
 - Acuerdo marco de colaboración entre la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental-AEN

CANARIAS:

- CIRPAC (Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria): Órgano de participación creado por el Gobierno de Canarias, suscrito a la dirección de área de salud de la Consejería de Sanidad. Periodicidad al menos anual.
- COMASAM (Comisión Asesora sobre la Atención a la Salud Mental en Canarias). Órgano consultivo de la Consejería competente en materia de sanidad, a fin de asesorar, informar y proponer actuaciones en esta materia. Convocada por el Servicio Canario de la Salud. Periodicidad anual.

EXTREMADURA:

- Consejo Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en el que participan:
 - Un representante de las asociaciones de profesionales, de ámbito regional, relacionadas con la salud mental.
 - Un representante de las sociedades científicas, de ámbito regional, relacionadas con la salud mental

MURCIA:

- Convenios con Asociaciones de profesionales sanitarios, familiares y usuarios de salud mental.

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 7:

- Existen múltiples contactos y colaboraciones en la mayoría de las comunidades autónomas con las sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares.
- No sabemos hasta qué punto esta participación influye en el diseño, planificación, ejecución y evaluación.
- Sería deseable una mayor elaboración y difusión sistemática de recursos de información a familiares y pacientes.

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 7:

Continuar en la misma línea, avanzando en el conocimiento de las repercusiones reales de dicha participación.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4:

FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

• 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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS. EVALUACIÓN

8.1. Disponer en las CC.AA. 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.

FORMACIÓN A PSIQUIATRAS

Tab. 99 Formación a Psiquiatras. Por CCAA

CURSOS A PSIQUIATRAS	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				
Canarias	60	90	1.400	45 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	91		1.377	553
Castilla y León				
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	32		381	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	105	185,5	1.090	55
Navarra (Comunidad Foral)	12	12,3	81,1	221
País Vasco				
La Rioja	10		36	10

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tab. 100 Formación a Médicos de Atención Primaria

CURSOS A MÉDICOS AP	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				

Canarias	20	30	400	25 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	9		161	141
Castilla y León				
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	28		402,5	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	5	5,6	30	4
Navarra (Comunidad Foral)	7	8,39	81	132
País Vasco				
La Rioja	20		36	20

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Tab. 101 Formación a Psicólogos Clínicos

CURSOS A PSICÓLOGOS	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				
Canarias	60	90	1400	45 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	85		1.351	569
Castilla y León				
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	41		722	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	98	182,8	824	54
Navarra (Comunidad Foral)	7	6,8	46,3	104
País Vasco				
La Rioja	8		36	8

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Tab. 102 Formación a Enfermería de Salud Mental

CURSOS A ENFERMERÍA SM	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				

Canarias	45	67	450	30 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	84		1.323	790
Castilla y León				
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	23		388,5	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	76	129,3	733	38
Navarra (Comunidad Foral)	11	16,92	101,3	180
País Vasco				
La Rioja	10		20	10

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA

Tab. 103 Formación a Enfermería de Atención Primaria

CURSOS A ENFERMERÍA AP	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				
Canarias	10	15	100	25 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	7		144	75
Castilla y León				
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	18		283	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	7	8,6	50	7
Navarra (Comunidad Foral)	3	5,01	30	36
País Vasco				
La Rioja	6		20	6

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A TRABAJADORES SOCIALES

Tab. 104 Formación a Trabajadores Sociales

CURSOS A TRABAJAD. SOCIALES	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				

Canarias	45	67	450	15 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	70		1.040	329
Castilla y León				
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	16		285	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	41	48,9	283	30
Navarra (Comunidad Foral)	3		38,5	58
País Vasco				
La Rioja	1		20	1

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A TERAPEUTAS OCUPACIONALES

Tab. 105 Formación a Terapeutas Ocupacionales

CURSOS A TERAPEUTAS OCUPACIONALES	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				
Canarias	5	10	50	5 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	54		883	270
Castilla y León				
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	5		130	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	13	17,9	98,1	12
Navarra (Comunidad Foral)	5	8,12	49	103
País Vasco				
La Rioja				

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A OTROS PROFESIONALES

Tab. 106 Formación a otros profesionales

CURSOS A OTROS	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía				
Aragón				
Asturias (Principado de)				
Baleares (Islas)				
Canarias	20	35	200	15 (media)
Cantabria				
Castilla La Mancha	89		1.344	659
Castilla y León				
Cataluña	98*		71	
Comunidad Valenciana				
Extremadura	17		308,5	
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	31	50,8	266	27
Navarra (Comunidad Foral)	9	10,68	86,5	223
País Vasco				
La Rioja				

*98 personas entre psiquiatras, psicólogos y DUI en salud Mental

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

FORMACIÓN A EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

Tab. 107 Formación a Equipos Multidisciplinares

CURSOS A EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Andalucía	162	298,84	2.883	5.166
Aragón				
Asturias (Principado de)			625,5	902
Baleares (Islas)	5	22,6	179	135
Canarias	20	35	200	20 (media)*
Cantabria				
Castilla La Mancha	54		883	270
Castilla y León	Todos son multidisciplinarios*****			
Cataluña				
Comunidad Valenciana				
Extremadura	25		255	**
Galicia				
Madrid (Comunidad de)				
Murcia (Región de)	Todos son multidisciplinarios ***			
Navarra (Comunidad Foral)	6	2,24	45	182 ****
País Vasco				
La Rioja				

* Pedagogos, educadores, terapeutas ocupacionales

** Farmacéuticos, auxiliares de enfermería, monitores ocupacionales

*** EIR, MIR, PIR, Auxiliares de enfermería, pedagogo, psicopedagogo, abogada

**** Auxiliares de enfermería, administrativos

***** Se han ofertado en Castilla y León para cursos de formación en materia de salud mental, a los que han asistido más de 2000 profesionales

Fuente: Información proporcionada por las CCAA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS, DE USUARIOS Y/O FAMILIARES

FUNDACIÓN MUNDO BIPOLAR

2009

18-19 junio. VII Jornadas Almerienses en Salud Mental. Ponente. "Recuperación: de enfermo a ciudadano". Almería

DIRIGIDAS A	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Psiquiatras	SÍ			
Médicos de Atención Primaria	NO			
Psicología Clínica	SÍ			
Enfermería de Salud Mental	SÍ			
Enfermería de Atención Primaria	NO			
Trabajadores Sociales	SÍ			
Terapeutas ocupacionales	n/s			
Otros profesionales (especificar)				
Equipos Multidisciplinares				

2012 y 2013

I Master Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria. Universidad Jaume I. Castellón. Valencia

DIRIGIDAS A	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Psiquiatras	17	6		
Médicos de Atención Primaria				
Psicología Clínica	32			
Enfermería de Salud Mental				
Enfermería de Atención Primaria	8			
Trabajadores Sociales	9			
Terapeutas ocupacionales	8			
Otros profesionales (especificar)				
Equipos Multidisciplinares				

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA LEGAL

DIRIGIDAS A	Número	Créditos	Horas	Asistentes
Psiquiatras	5	16,7	100	1.018
Médicos de Atención Primaria				
Psicología Clínica				
Enfermería de Salud Mental				
Enfermería de Atención Primaria				
Trabajadores Sociales				

Terapeutas ocupacionales				
Otros profesionales (especificar)				
Equipos Multidisciplinares				

8.2. Incorporar la **perspectiva de género** en todas sus facetas, a los diversos programas formativos (Pregrado, Postgrado y Formación Continuada) de las profesiones relacionadas con la salud mental de todo el territorio nacional.

FORMACIÓN QUE INCORPORA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Tab. 108 Formación que incorpora la perspectiva de género

FORMACIÓN	Nº de cursos con enfoque de género	Nº total de cursos	%
Andalucía	15	162	9,26
Aragón			
Asturias (Principado de)			
Baleares (Islas)			
Canarias	3	109	2,75
Cantabria			
Castilla La Mancha			
Castilla y León			
Cataluña			
Comunidad Valenciana			
Extremadura	3	111	2,7
Galicia			
Madrid (Comunidad de)			
Murcia (Región de)	3	14	21,43
Navarra (Comunidad Foral)	0	53	0
País Vasco	3		
La Rioja			

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 8:

Todas las Comunidades, así como algunas asociaciones y sociedades han desarrollado múltiples cursos y acciones formativas.

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 8:

Continuar en la misma línea.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

• OBJETIVO GENERAL 9

POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS. EVALUACIÓN

9.1. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las CC.AA. **promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.**

Tab. 109 Iniciativas de investigación en Salud Mental 2009-13

CC.AA.	SOLICITADO	FINANCIADO	% ÉXITO	IMPORTE TOTAL
Andalucía	32	5	15,63	364.227
Aragón	13	7	53,85	457.634
Asturias	12	5	41,67	334.653
Baleares	2	1	50,00	65.340
Cantabria	3	2	66,67	93.775
Castilla - La Mancha	3	1	33,33	75.625
Castilla y León	6	2	33,33	136.428
Cataluña	139	62	44,60	5.294.158
Com. Valenciana	18	3	16,67	350.295
Extremadura	1	0	0	0
Galicia	10	2	20,00	79.376
Madrid	64	22	34,38	2.303.085
Murcia	5	1	20,00	62.315
Navarra	7	2	28,57	203.610
País vasco	26	11	42,31	969.491
La Rioja	0	0	0	0
TOTAL	341	126	36,95	10.790.012
AÑO	SOLICITADO	FINANCIADO	% ÉXITO	IMPORTE TOTAL
2009	62	14	22,58	1.364.276
2010	74	31	41,89	2.484.977
2011	66	35	53,03	3.351.153
2012	71	25	35,21	2.019.860
2013	68	21	30,88	1.569.745
TOTAL	341	126	36,95	10.790.012

Fuente: Instituto de Salud Carlos III

Tab. 110 Proyectos de investigación financiados por las CC.AA.
Número de proyectos de investigación en Salud Mental financiados por las CCAA

CC.AA.	Nº de proyectos
Andalucía	33
Aragón	
Asturias (Principado de)	2
Baleares (Islas)	0
Canarias	1
Cantabria	6
Castilla La Mancha	14
Castilla y León	
Cataluña	0
Comunidad Valenciana	25
Extremadura	
Galicia	6
Madrid (Comunidad de)	
Murcia (Región de)	1
Navarra (Comunidad Foral)	15
País Vasco	
La Rioja	1

Fuente: información suministrada por las CCAA

9.2. Las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad pondrán en marcha medidas que **potencien la creación de redes acreditadas** de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.

Tab. 111 Número de redes acreditadas por las CC.AA.

CC.AA.	Nº Redes
Andalucía	38
Aragón	
Asturias (Principado de)	1
Baleares (Islas)	0
Canarias	0
Cantabria	
Castilla La Mancha	
Castilla y León	
Cataluña	1
Comunidad Valenciana	3
Extremadura	
Galicia	2
Madrid (Comunidad de)	1
Murcia (Región de)	1
Navarra (Comunidad Foral)	4
País Vasco	4
La Rioja	0

Fuente: información suministrada por las CCAA

9.3. Impulsar la introducción de Metodologías de Investigación (pregrado, Postgrado y redes de investigación existentes) **sensibles al género.**

Tab. 112 CCAA que impulsan metodologías de investigación
CCAA que han impulsado la introducción de metodologías de investigación (pregrado, postgrado y redes de investigación) sensibles al género

	SÍ / NO
Andalucía	SÍ
Aragón	SÍ
Asturias (Principado de)	No Datos
Baleares (Islas)	NO
Canarias	NO
Cantabria	No Datos
Castilla La Mancha	NO
Castilla y León	No Datos
Cataluña	NO
Comunidad Valenciana	No Datos
Extremadura	No Datos
Galicia	No Datos
Madrid (Comunidad de)	NO
Murcia (Región de)	NO
Navarra (Comunidad Foral)	NO
País Vasco	NO
La Rioja	NO
ESPAÑA	2

Fuente: información suministrada por las CCAA

9.4. Promover líneas de **investigación sobre todas las categorías de análisis de género** en salud mental: diferencias por sexos, morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores y los sesgos de género en la clínica.

Tab. 113 Investigación sobre análisis de género en SM 2009-13
Líneas de investigación sobre todas las categorías de análisis de género en salud mental en el periodo 2009 – 2013

AÑO	FINANCIADO	GÉNERO
09	14	6
10	31	16
11	35	14
12	25	10
13	21	9
TOTAL	126	55
		43,65

Fuente: Instituto de Salud Carlos III

INTERVENCIONES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA:

Proyecto de investigación “Evaluación del sexismo ambivalente en las y los profesionales de la red de salud mental de Andalucía”, financiado por la Consejería de Salud y Bienestar Social (Orden de 22 de mayo de 2012; BOJA nº 116, de 14 de junio de 2012).

CONCLUSIONES OBJETIVO GENERAL 9:

Más de la mitad de las Comunidades Autónomas afirman haber financiado proyectos de investigación en Salud Mental. También informan haber acreditado Redes de investigación en este ámbito.

En cuanto al número de proyectos, se han mantenido las cifras anuales del periodo anterior de evaluación (2006-2008).

PROPUESTAS OBJETIVO GENERAL 9:

Continuar en la misma línea.

INFORME DE LAS CC.AA. SOBRE JORNADAS, CONGRESOS Y OTRAS ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DE LA ESTRATEGIA.

Tab. 114 Difusión de la estrategia de Salud Mental por las CCAA
Actos realizados por las comunidades autónomas para la difusión de la estrategia

ACTOS DE LAS CC.AA. PARA LA DIFUSIÓN DE LA ESTRATEGIA	Tipo de evento	Núm.	Público al que va dirigido
Andalucía	III Jornadas Andaluzas de Salud Mental Comunitaria. Año 2011	1	Profesionales, personas con EM y familiares
Aragón	Reunión	1	Coordinadores Salud Mental
Asturias (Principado de)	Reunión	16	Profesionales
	Reunión	20	Usuarios, Familias, Asociaciones
	Acuerdos de Gestión		Personal Áreas Gestión Clínica
Balears (Islas)	Presentación Consejero	1	Profesionales salud mental
	Sesión clínica	2	Profesionales salud mental multidisciplinar sectores sanitarios
Canarias	COMASAM	3	Salud Mental
	Cursos de Formación	3	Salud Mental – At. Primaria
Cantabria			
Castilla La Mancha			
Castilla y León			
Cataluña	Jornada Pla de Salut	Anual	Profesionales, gestores sanitarios
	Notas de Prensa		Público general, profesionales
	Presentaciones varias		
Comunidad Valenciana	Jornadas, Talleres, etc.	45	Profesionales sanitarios y socosanitarios, movimiento asociativo, sociedad en general
Extremadura			
Galicia			

Madrid (Comunidad de)			
Murcia (Región de)	Cursos	2	Residentes y Profesionales de la Red de Salud Mental
Navarra (Comunidad Foral)	Rueda de prensa	1	Población
	Comparecencia en el Parlamento	1	Parlamentarios
	Presentación en Jornadas de ANASAPS	1	Población
	Página web sanitaria	2	Profesionales
País Vasco	Presentación de la estrategia de salud mental de Euskadi	1	Representantes institucionales, responsables organizaciones asistenciales sociosanitarias, tercer sector.
La Rioja	Difusión en medios de comunicación	1	Población general

Fuente: información suministrada por las CCAA

Tab. 115 Difusión de la estrategia de SM por Soc. Científicas y Asociaciones
Actos realizados por las sociedades científicas, de pacientes y familiares para la difusión de la estrategia

ACTOS DE LAS SOC. CIENTÍF., DE USUARIOS Y/O FAMILIARES PARA LA DIFUSIÓN DE LA ESTRATEGIA	Tipo de evento	Público al que va dirigido	Acto de difusión	Lugar y fecha
Fundación Mundo Bipolar	II Curso: La formación una herramienta para la recuperación y la lucha contra el estigma	Pacientes	Organización/ Asignatura "Horizontes en la at. en SM: La Estrategia en SM del SNS y su Evaluación"	9-25 marzo 2009 Madrid
			Organización	14-31 marzo 2011 Madrid
	III Curso: La formación una herramienta para la recuperación y la lucha contra el estigma	Pacientes	Organización/ Asignatura "Horizontes en la at. en SM: La Estrategia en SM del SNS"	4-15 marzo 2012 Murcia
	IV Curso: La formación una herramienta para la recuperación y la lucha contra el estigma	Pacientes	Organización/ Asignatura "Atención a las personas con TMG desde el Plan Estratégico de Salud Mental"	11-25 Nov. 2013 Alcobendas (Madrid)
	Congreso Nacional de Psiquiatría	Psiquiatras	Foro de Debate: Evaluación de la estrategia nacional de salud mental (Ponencia)	18-22 Oct. 2010 Barcelona
	Jornada Retos y oportunidades para la recuperación psicosocial	Pacientes, profesionales	Organización. Mesa de Debate.	12 Dic. 2012 Madrid
ONG Solidarios Anónimos	Jornada Libro Temático Estigma y Salud Mental	General	Presentación Editorial	Diciembre 2009 Vigo

	Mesa Patología Dual	General	Mesa	Febrero 2010 Santiago
	Ponencia Medios de Comunicación y Salud Mental	General	Ponencia	Octubre 2011 Pontevedra
	Ponencia Protocolos de actuación ante enfermos mentales	Policía autonómica gallega	Ponencia	Mayo 2014 Santiago
FEAFES	Jornada sobre la Estrategia en Salud Mental del SNS	Personas con EM, familiares, profesionales salud mental, sociedad	Jornada monográfica organizada por ASAPME	21 Mayo 2009 Zaragoza
	XVI Jornadas Congreso FEAFES	Personas con EM, familiares, profesionales vinculados a FEAFES	Monográfico	22-24 Oct. 2009 Cuenca
	Encuentro FEAFES-FEPSM	Profesionales salud mental y Órganos de Gobierno FEAFES	Monográfico	30-31 Enero 2009 Sevilla
	Revista Punto de Encuentro Nº23	Miembros del movimiento FEAFES, profesionales salud mental, ámbito discapacidad, administración pública	Reportaje en profundidad	2009
	XIV Congreso Nacional de Psiquiatría	Profesionales	Ponencia	20 Oct. 2010 Barcelona
	XVII Jornadas FEAFES	Personas con enfermedad mental, familiares, profesionales vinculados a las entidades FEAFES	Exposición del Comité de Personas con Enfermedad Mental de FEAFES ante la Evaluación de la ESM	6 Mayo 2011 Valladolid
			Mesa redonda "Evaluación de la ESM del SNS"	
	Elaboración de documento "Medidas terapéuticas para evitar tratamientos coactivos")	Profesionales de SM, movimiento FEAFES, admón. pública, ámbito discapacidad	Documento	Mayo 2013 Difusión Electrónica
	XVIII Jornadas FEAFES	Personas con EM, familiares, profesionales vinculados a FEAFES	Exposición del documento "Medidas terapéuticas para evitar tratamientos coactivos"	16 Junio 2013 Madrid
	Folleto resumen ESM	Personas con EM, familiares, profesionales vinculados a las entidades FEAFES	Distribución de 1.931 ejemplares*	2009 - 13

Fuente: información suministrada por las Sociedades Científicas y Asociaciones de enfermos y familiares

CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS DE MEJORA

• CONCLUSIONES FINALES

El número de intervenciones, tanto en el Objetivo General 1, como en el 2, ha sido amplio, pero eso, de por sí, no es buen indicador. Lo realmente importante es la idoneidad de las intervenciones, así como la amplitud de la población a la que va dirigida y, especialmente, la evaluación de su efectividad.

No obstante, es posible afirmar que todas las comunidades que han informado poseen una serie de intervenciones, más o menos coordinadas, que realizan por ellas mismas o mediante subvenciones. Se desconoce si la realización de las mismas se debe a un análisis de la situación y una priorización o a otros criterios.

En cuanto a la evaluación, se da fundamentalmente en los proyectos de estructura y proceso.

Es importante destacar la magnitud de las acciones que se realizan para disminuir el consumo de alcohol y otras drogas.

Es posible afirmar que muchas comunidades tienen en su cartera de servicios prestaciones que incluyen la valoración y apoyo a cuidadores de personas con patologías crónicas.

La atención a las personas con trastorno mental grave está desarrollada a través de la aplicación de la Ley de la Dependencia, pero falta por definir de forma homogénea un espacio socio-sanitario de atención al paciente con trastorno mental crónico.

No está consolidado un modelo de intervenciones para abordar el problema del estigma y la discriminación, así como no existe un registro formal de normas y procedimientos en los centros sanitarios, ni un seguimiento de los mismos, para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias. Si bien es cierto que existen muchas y válidas iniciativas contra el estigma y discriminación, hay un déficit en iniciativas más orientadas hacia la sociedad civil que pretendan abarcar todo el territorio nacional. Una gran parte de las iniciativas llevadas a cabo tienen mayor impacto en personas con enfermedad mental y sus familiares, y profesionales de salud mental y tienen una difusión limitada (local o regional).

Se comienza a disponer de datos comparables de algunas de la **estructuras de atención**, aunque de forma muy **precaria**.

A esperas del resultado del **Análisis de Fuentes de Información de las Comunidades Autónomas**, aún no es posible hacer un seguimiento de los objetivos de Atención en Salud Mental, ya que las prioridades de la Estrategia no están contempladas en los sistemas de información, por lo que el seguimiento debe adaptarse a un sistema de información establecido.

En el Objetivo General 4, de **mejora de la calidad, equidad y continuidad de la atención**, existe un **número excesivo de objetivos** lo que dificulta centrarse en la consecución de los mismos. A pesar de ello, se detecta que:

- Las comunidades están desarrollando procesos como herramienta de mejora de calidad de la atención y continuidad de cuidados.
- Se está llevando a cabo la creación de recursos para niños y adolescentes, y algunas iniciativas con población en edad avanzada.

También han tenido un buen desarrollo, en general, los objetivos destinados a mejorar los cuidados en su salud general (enfermedades somáticas más prevalentes), a la atención a las personas con trastorno mental a las que un juez dicta ingreso penitenciario, el uso de guías integradas de práctica clínica. Todos estos programas deberían desarrollarse con una organización y actividades definidas, normalizadas y homogéneas en todas las unidades, servicios y agentes de los dispositivos sanitarios y no sanitarios (sociales, educativos, laborales).

Parece que hay poco desarrollo todavía **de los planes individuales de atención**.

La mayoría de las comunidades han elaborado protocolos para los procedimientos involuntarios, aunque no se conoce si existen formas proactivas de seguimientos de los mismos y de detección de irregularidades para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias.

Se han desarrollado **múltiples pero desiguales mecanismos y estructuras de coordinación** tanto entre distintas consejerías y ámbitos (judicial, vivienda, educación, etc.), como entre los dispositivos sanitarios (primaria, centros de salud mental, hospitales,...) y sociales de una misma área. Sin embargo, ésta sigue siendo claramente una cuestión pendiente.

La mayoría de las CC.AA. informan de que disponen del servicio de preparación para el empleo, empleo con apoyo o empleo protegido. Se comienza a disponer de algunos datos de plazas y personas que lo reciben.

Existen **múltiples contactos y colaboraciones** en la mayoría de las comunidades autónomas con las **sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares**. No se conoce hasta qué punto esta participación influye en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las iniciativas en Salud Mental. Sería deseable una mayor elaboración y difusión sistemática de recursos de información a familiares y pacientes.

En cuanto a la formación, todas las Comunidades, así como algunas asociaciones y sociedades han desarrollado múltiples cursos y acciones formativas.

Respecto a la investigación, el avance parece ser significativo dado que **más de la mitad de las Comunidades Autónomas** afirman haber **financiado proyectos de investigación en Salud Mental**, así como haber **acreditado Redes de investigación** en este ámbito.

• PROPUESTAS FINALES

Se propone unir los objetivos generales 1 y 2 en uno solo en el que se señalen algunas prioridades generales. El objetivo podría ser que “Las comunidades dispondrán de un plan de promoción de Salud Mental y prevención de los trastornos mentales (propio o incluido en un plan general). Este plan estará basado en un análisis de las necesidades de la población y estará evaluado.

Se propone separar, por su importancia, una Línea Estratégica sobre la prevención, detección precoz y abordaje de los trastornos afectivos y la conducta suicida, con dos objetivos generales.

Se debería elaborar por cada comunidad un plan de intervenciones y un mecanismo de seguimiento y control sobre normas específicas y procedimientos de los centros sanitarios encaminados a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.

Dado que son prioritarios los objetivos de **mejora de la calidad, equidad y continuidad de la atención**, desde el punto de vista de los pacientes, de los familiares y de los profesionales, y la prioridad de la Estrategia de Salud Mental, dentro del SNS, se considera imprescindible **desarrollar un sistema de información, específico para salud mental**, sobre recursos, actividad asistencial y clínica, hospitalaria y

ambulatoria, financiación y gestión **que dé respuesta a estas prioridades.**

Se estima necesario que la presente estrategia se centre en objetivos que **aborden las carencias prioritarias de la atención**, como pueden ser la detección precoz, los planes individuales e integrales de atención, el uso de las terapias psicológicas basadas en la evidencia, el uso racional del medicamento, los servicios con programas específicos para patología dual, la información e intervención con las familias y los recursos de rehabilitación.

También sería preciso el abordaje de las patologías crónicas desde el dispositivo y técnicas adecuadas para evitar el reingreso de los pacientes, especialmente aquellos con co-morbilidad orgánica. Se necesita trabajar la desvinculación del hospital de agudos de las personas con trastorno mental, en especial aquellas con mayor afectación funcional y/o riesgo social, mediante el desarrollo e implementación de dispositivos y ayudas alternativas.

Sería conveniente desarrollar mecanismos de seguimiento proactivo y detección de incumplimientos en los protocolos para los procedimientos involuntarios.

Se propone avanzar hacia la definición e implantación de modelos eficientes de coordinación intra e inter institucional.

Es necesario continuar desarrollando y extendiendo las iniciativas para la inserción laboral.

Avanzar en el desarrollo del conocimiento de las repercusiones reales de la participación de **sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares** en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las actuaciones en el ámbito de la Salud Mental.

En los ámbitos de formación e investigación, se recomienda continuar en la misma línea que hasta el momento actual.

ANEXO: LÍNEAS, OBJ. GENERALES Y OBJ. ESPECÍFICOS

Línea 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

Obj. Gral. 1: Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos

- 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, diferenciando en cada etapa necesidades diferenciales de ambos sexos:
- 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.
- 1.3. Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las CC.AA., un conjunto de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental **a través de los medios de comunicación**.
- 1.4 Las CC.AA. desarrollarán intervenciones de promoción y prevención según los **criterios de calidad** contemplados en la tabla de Criterios de Calidad del anexo III del documento de la estrategia
- 1.5 Realizar una evaluación del impacto en salud, preservando y promoviendo el bienestar mental de la población en la tramitación de normas, la elaboración de planes y la valoración de proyectos **sujetos a la evaluación del impacto ambiental**.
- 1.6. Generar una corriente sanitaria y social crítica que promueva y difunda nuevos modelos de **relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres**, con estrategias de comunicación efectivas y apoyo económico suficiente para su logro.
- 1.7. **Sensibilizar a las y los profesionales de salud y salud mental, sectores líderes de la comunidad y medios de comunicación** sobre la necesidad de incorporar **la perspectiva de género** a todas sus actuaciones y capacitarles sobre la forma de llevarlo a cabo, como medio para posibilitar el cambio de modelos de género determinantes para la salud mental en las poblaciones destinatarias y la comunidad en general.

Obj. Gral. 2: Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general

- 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, incluidos los determinantes de género de los trastornos mentales y de las adicciones.
- 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.
- 2.3.** Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo.
- 2.4.** Desarrollar intervenciones en atención primaria dirigidas a ofrecer apoyo a las familias, tendiendo a compartir y rebalancear la carga de las mujeres que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño del rol.
- 2.5.** Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral de las CC.AA. encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.
- 2.6.** Realizar y evaluar intervenciones dirigidas a los y las profesionales para prevenir el desgaste profesional.
- 2.7.** Incluir en los planes de prevención de la depresión y consumo de sustancias, acciones encaminadas a mejorar las condiciones sociales de género determinantes de vulnerabilidad diferencial de género de las mujeres y de los hombres.
- 2.8.** Estimular la creación de recursos grupales de prevención de los trastornos mentales comunes y re-socialización específicamente para mujeres en servicios de atención primaria y/o social o comunitaria.
- 2.9.** Favorecer la creación de recursos para el cuidado de enfermos mentales y la aplicación efectiva de la Ley de Dependencia para redistribuir la carga del cuidado y favorecer un clima social valorizador y disculpabilizador de la cesión del cuidado de las personas dependientes a instituciones y otros recursos distintos a las familias.

Obj. Gral. 3: Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales

3.1. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las CC.AA. incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización, incluyendo el estigma laboral que sufren las personas con trastorno mental.

3.2. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las CC.AA. 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.

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.

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

3.5. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 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.

redacción médica

Línea 2: Atención a los trastornos mentales

Obj. Gral. 4: Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental

- 4.1.** Desarrollar e implantar de forma efectiva por las CC.AA., 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.
- 4.2.** Las CC.AA. establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales
- 4.3.** Las CC.AA. establecerán pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, incluyendo atención domiciliaria, en colaboración con los distintos sectores implicados, especialmente atención primaria.
- 4.4.** Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles y monitorizando criterios mínimos de calidad contemplados en la tabla de criterios de calidad del Anexo IV.
- 4.5.** Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de rehabilitación.
- 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.
- 4.7.** Desarrollar protocolos de intervención específicos para los pacientes con trastornos mentales, destinados a mejorar los cuidados en su salud general, con especial atención a las enfermedades “físicas” más prevalentes.
- 4.8.** Las CC.AA. contemplarán, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.
- 4.9.** Las CC.AA. dispondrán y adecuarán unidades y/o programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas, así como adolescentes en materia de salud mental.
- 4.10.** El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad desarrollará, junto con las CC.AA., 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.
- 4.11.** Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo la atención domiciliaria y rehabilitación, 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.

- 4.12.** Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención.
- 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.
- 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.
- 4.15.** Elaborar, adaptar o adoptar, y posteriormente implantar, en el ámbito de las CC.AA. 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
- 4.16.** Las CC.AA. 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.
- 4.17.** Las comunidades autónomas adecuarán sus servicios a las necesidades específicas de las personas con edad avanzada.
- 4.18.** Las comunidades autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis.
- 4.19.** Las comunidades autónomas tomarán medidas para garantizar el ejercicio del derecho a la atención sanitaria de la población inmigrante, facilitar el acceso pleno a los servicios ofertados desde el Sistema Nacional de Salud y garantizar un uso de las mismas compatible con las características culturales y religiosas de cada sujeto
- 4.20.** Las comunidades autónomas coordinarán con Instituciones Penitenciarias, el recurso más adecuado en cada caso para la pronta atención a las personas con trastorno mental al que un juez dicta ingreso penitenciario.
- 4.21.** Incorporar el análisis de la desigualdad social y de género en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.
- 4.22.** Detectar, evaluar y eliminar las desigualdades sociales y de género en el acceso y la asistencia y los sesgos de género en la atención en los servicios de salud mental.
- 4.23.** Las CC.AA. adecuarán los servicios y programas específicos para atender las necesidades específicas de las mujeres en edad adulta y la madurez, potenciando en los servicios de atención primaria el abordaje biopsicosocial sensible a los determinantes psicosociales de género.
- 4.24.** Las CC.AA. ofertarán, con un modelo asertivo, intervenciones de carácter integral capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que

padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho al tratamiento más adecuado, facilitando la adherencia al mismo y la continuidad de cuidados.

4.25. Adecuar los servicios con programas específicos para patología dual y en su defecto generarlos.

4.26. Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial.

Obj. Gral. 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 de las pacientes

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.

5.2. Definir o actualizar por las CC.AA. un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria.

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

Línea 3: Coordinación Intrainstitucional e Inter-Institucional

Obj. Gral. 6: Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental

6.1. Implantar por las CC.AA. mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.

6.2. Las CC.AA. 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.

6.3. Implantar por las CC.AA., 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.

6.4: Aumentar el número de personas con trastornos mentales que reciben el servicio de empleo con apoyo o empleo protegido.

Obj. Gral. 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

7.1. Desarrollar en cada Comunidad Autónoma una estrategia de información dirigida a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones.

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

7.3. Establecer por las CC.AA. 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.

Línea 4: Formación del personal sanitario

Obj. Gral. 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.

8.1. Disponer en las CC.AA. 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.

8.2. Incorporar la perspectiva de género en todas sus facetas, a los diversos programas formativos (Pregrado, Postgrado y Formación Continuada) de las profesiones relacionadas con la salud mental de todo el territorio nacional.

redacción médica

Línea 5: Investigación en salud mental

Obj. Gral. 9: Potenciar la investigación en salud mental.

9.1. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las CC.AA. promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.

9.2. Las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.

9.3. Impulsar la introducción de Metodologías de Investigación (pregrado, Postgrado y redes de investigación existentes) sensibles al género.

9.4. Promover líneas de investigación sobre todas las categorías de análisis de género en salud mental: diferencias por sexos, morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores y los sesgos de género en la clínica.

redacción médica

ANEXO: FICHAS DE INDICADORES

(SGISI) Porcentaje de personas adultas en riesgo de una mala SM

Fórmula: $[a] / b] * 100$

a) Nº de personas de 15 y más años que obtienen una puntuación en el cuestionario sobre salud mental, que supera el dintel por encima del cual se considera que se está en riesgo de mala salud mental.

b) Nº total de personas de 15 y más años encuestadas.

Definición: Para la población de 15 y más años (*ver observaciones), se utiliza el **cuestionario de salud mental general GHQ-12**.

La puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. Las personas con 3 o más puntos se consideran en riesgo de mala salud mental. Más información en

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/ENSE11_Descripcion_variables_compuestas.pdf

Desagregación: Por CCAA, y por sexo.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud (ENSE). MSS/INE

Periodicidad: 2-3 años

Observaciones: Los datos anteriores a 2011 se refieren a población de 16 y más años. Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

(SGISI) Porcentaje de población infantil en riesgo de una mala SM

Fórmula: $[a] / b] * 100$

a) Nº de personas menores de 0-14 años que obtienen una puntuación en el cuestionario sobre salud mental, que supera el dintel por encima del cual se considera que se está en riesgo de mala salud mental.

b) Nº total de personas menores de 0-14 años encuestadas.

Definiciones: Se utiliza el cuestionario SDQ. El punto de corte se establece en 17

Desagregación: Por CCAA y por sexo.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE). MSS/INE

Periodicidad: Quinquenal

Observaciones: Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

(SGISI) Porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo

Fórmula: $[a] / b] * 100$.

a) Nº total de personas encuestadas de 15 y más años que obtienen una puntuación en el cuestionario de Duke-UNC inferior o igual a 32

b) Nº total de personas encuestadas de dicha edad.

Desagregación: Por CCAA, por sexo.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE). MSS/INE

Periodicidad: Quinquenal

Observaciones: Los datos anteriores a 2011 se refieren a población menor de 16 años.

Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

(SGISI) Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta

Fórmula: $[a] / b] * 100$.

a) N de personas encuestadas de 15 y más años que declaran padecer depresión crónica, ansiedad crónica y/u otros problemas mentales.

Número total de personas encuestadas de 15 y más años.

Definición: Se considera que padece trastorno mental si en la encuesta declara haberlo "padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece".

Desagregación: Por CCAA, por sexo

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Para el año 2009 Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

Periodicidad: Bienal

Observaciones: Los datos anteriores a 2011 se refieren a población de 16 y más años.

Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

Proporción de consumidores de [drogas] entre la población de 15 a 64 años

Fórmula: $[a] / b] * 100.$

a) Nº de personas encuestadas que declaran consumir **[drogas]** en los últimos 12 meses

b) Nº total de personas encuestadas.

Definición

Desagregación: Por CCAA(cuando sea posible), por sexo.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. MSSSI

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>

Periodicidad: Bienal.

Observaciones: [DROGAS]: Se creará un indicador por cada una de los siguientes grupos: Cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, cocaína y heroína

Porcentaje de consumidores de [drogas] en escolares adolescentes de 14 a 18 años

Fórmula: $[a] / b] * 100.$

a) Nº total de personas encuestadas que declaran haber consumido **[drogas]** en los últimos 12 meses.

b) Nº total de personas encuestadas de esa edad.

Definición:

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. MSSSI.

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>

Periodicidad: Bienal.

Observaciones: DROGAS]: Se creará un indicador por cada una de los siguientes grupos: Cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, cocaína y heroína

(SGISI) Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol

Fórmula: $[a] / b] * 100$

a) Nº de personas de 15 y más años que declaran un consumo medio diario de alcohol en cantidad considerada de riesgo para la salud.

b) Nº total de personas encuestadas de 15 y más años.

Definición: El consumo de alcohol se cuantifica en función de la frecuencia y cantidad de consumo de los diferentes tipos de bebidas con contenido alcohólico. Se considera que una persona consume alcohol en cantidades que comportan riesgo para la salud cuando su consumo medio diario de alcohol puro supera el equivalente a 40 g/día para el caso del hombre y 20 g/día para el caso de la mujer. El equivalente en gramos de alcohol se obtiene a partir de la cantidad y de la graduación media de cada tipo de bebida.

Más información en

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/ENSE11_Descripcion_variables_compuestas.pdf

Desagregación: Por CCAA, por sexo.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Para el año 2009 Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

Periodicidad: Bienal.

Observaciones: Los datos anteriores a 2011 se refieren a población de 16 y más años. Los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

(SGISI) Tasa de alta por autolesiones

Fórmula: $[a] / b] * 100.000$

- a) Nº total de altas por lesiones auto infligidas, en un año.
- b) Población en ese año.

Definición: Se incluirán todas aquellas altas en las que figuren los códigos E950-E959 de la clasificación CIE en su versión 9-MC, tanto en diagnóstico principal como en secundario. Se excluirán aquellas altas por defunción dentro de estos códigos.

Desagregación: Por CCAA, por sexo.

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI

Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Periodicidad: Anual.

(SGISI) Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por 100 000 hab.

Fórmula: $[a] / b] * 100.000$

- a) Número de defunciones por suicidio
- b) Población en ese año.

Desagregación: Por CCAA, y por sexo.

Definición: Incluye en el numerador todas las defunciones por suicidio (CIE-10 X60-X64)

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea

Fuentes: Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración propia MSSSI.

Estimaciones de población actual a 1 de Julio. INE

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>

Periodicidad: Anual.

(SGISI) % de comunidades que incluyen en su cartera de Servicios de Atención Primaria el servicio de "Atención al cuidador familiar, cuidadores"

(SGISI) Camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes

Fórmula: $[a] / b] * 100.000$

- a) Número de camas en funcionamiento en el área asistencial de psiquiatría de agudos, en hospitales generales.
- b) Población.

Definiciones: Las incluidas en la propia estadística. Se contabiliza la situación a 31 de diciembre de cada año.

Fuente Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) –remodelación de la antigua Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). MSSSI

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Desagregación: por CCAA,

Periodicidad: Anual.

(SGISI) Camas en hospitales monográficos por 100.000 habitantes

Fórmula: $[a] / b] * 100.000$

- a) Número de camas en funcionamiento en hospitales monográficos psiquiátricos.
- b) Población.

Definiciones: Las incluidas en la propia estadística. Se contabiliza la situación a 31 de diciembre de cada año.

Fuentes: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) –remodelación de la antigua Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI)-. MSSSI.

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Desagregación: por CCAA,

Periodicidad: Anual.

(SGISI) Porcentaje de reingresos

Fórmula: $[a] / b] * 100$.

- a) Número de pacientes que, tras un episodio de hospitalización por motivos psiquiátricos, causan reingreso por el mismo motivo, en un año
- b) Nº total altas por dicha causa, en el periodo

Definición: Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) en un periodo de 30 días desde el alta previa. Los episodios índices corresponden a altas con código de trastorno mental (290 a 309) de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) 9ª revisión, versión MC, en el diagnóstico principal. Se exceptúan las altas por fallecimiento.

Desagregación: Por CCAA y por sexo.

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSI

Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Periodicidad: Anual

Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios

Fórmula: $a) \times 100 / b)$

- a) Nº de personas internas en IIPP, derivadas e ingresadas por causa psiquiátrica, en hospitales no monográficos penitenciarios, en un año dado.
- b) Nº total de ingresos psiquiátricos de estos internos, en ese año.

Desagregación: Por CCAA y por tipo de hospital.

Fuente: IIPP

(SGISI) Estancias medias de agudos y de media y larga estancia en hospitales generales y monográficos

Estancia media en las unidades de agudos

Fórmula: $[a] / b] * 100$

- a) Estancias totales en las unidades de agudos
- b) Altas totales en las unidades de agudos

Definiciones:

Desagregación: Por CCAA.

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) –antigua Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). MSSSI.

Estancia media residencial

Fórmula: $[a] / b] * 100$

- a) Estancias totales en las unidades de larga estancia
- b) Camas en la unidad de larga estancia multiplicado por el Índice de ocupación de la unidad + altas habidas en la unidad de larga estancia

Definiciones:

Desagregación: Por CCAA. Por tipo de Hospital (Agudos y Media/larga estancia)

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) –antigua Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). MSSSI.

(SGISI) Ratios de psiquiatras por población.

Fórmula: $[a] / b] * 1.000$

- a) Nº de psiquiatras, en un año.
- b) Población en ese año.

Definiciones:

Se incluyen todos aquellos y aquellas psiquiatras que prestan servicio (dependientes del establecimiento de que se trate) a 31 de diciembre de cada año. No se contabilizan médicos internos y residentes, ni becarios o asistentes voluntarios. Se contabiliza la situación a 31 de diciembre de cada año.

Desagregación: Por CCAA. Por tipo de Hospital (Agudos y Media/larga estancia)

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) –antigua Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). MSSSI.

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes y día (DHD) de antidepresivos

Fórmula: $a) / [365 \times b)] \times 1.000$

a) Nº de total de dosis diarias definidas (DDD) de antidepresivos, dispensadas en un año

b) Población en ese año, multiplicado por 365 días.

Definición: Incluyen medicamentos de los subgrupos químicos terapéuticos ATC: N06AB (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y N06AX (otros antidepresivos)

Desagregación: Por Comunidad Autónoma.

Fuente: Sistema de información de consumo farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. MSSSI

Periodicidad: Anual.

Dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes y día (DHD) de antipsicóticos

Fórmula: $a) / [365 \times b)] \times 1.000$

a) Nº total de dosis diarias definidas (DDD) de antipsicóticos, dispensadas en un año.

b) Población en ese año, multiplicado por 365 días.

Definición:

Desagregación: Por CCAA. Por activos y pensionistas. En el futuro, por grupos de edad y por sexo.

Fuente: Sistema de información de consumo farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. MSSSI

Periodicidad: Anual.

Dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes y día (DHD) de sustancias hipnóticas y sedantes

Fórmula: $a) / [365 \times b)] \times 1.000$

a) Nº total de dosis diarias definidas (DDD) de hipnóticos y sedantes, dispensadas en un año

b) Población en ese año, multiplicado por 365 días.

Definición: Incluye los fármacos del Subgrupo terapéutico farmacológico ATC: N05C (hipnóticos y sedantes)

Desagregación: Por CCAA, Por activos y pensionistas. En el futuro, por grupos de edad y por sexo.

Fuente: Sistema de información de consumo farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. MSSSI

Periodicidad: Anual.