

INFORME DE SITUACIÓN DE SALUD MENTAL

(Finalizado en octubre de 2002. Datos de los cuestionarios actualizados a 31 de diciembre de 2001)

Observatorio del Sistema Nacional de Salud



Elaboración:

Gregorio Achútegui
Comunidad Autónoma del País Vasco.

Colaboradores:*Redacción definitiva del Cuestionario:*

Asturias: Margarita Eguiagaray
Andalucía: Dolores Aguilera
País Vasco: Álvaro Iruin

Suministro de la información y los datos:

Andalucía: Francisco del Río y Gema García
Aragón: José M^a Arnal
Asturias: Julio Bruno y Francisco Suárez
Baleares: Onofre Pons
Canarias: Ana Mateos y Fabiola Santana
Cantabria: Ana de Santiago
Castilla -La Mancha: Félix Alcázar, José Luis López, Jaime A. Domper, José F. Calvo y
Fernando Gutiérrez
Castilla y León: Antonio Sáez
Cataluña: Cristina Molina
Extremadura: Miguel Simón
Galicia: Tiburcio Angosto
Madrid: Marisa Martín y Fidel Illana
Murcia: Carlos Giribert
Navarra: José Antonio Inchauspe
Comunidad Valenciana: Francesc Giner
País Vasco: Alvaro Iruin
La Rioja: Adolfo Cestafe y Carmen Gutiérrez
Insalud: Rosa Alcañiz

Revisión del cuestionario y del informe:

Dirección General de Planificación Sanitaria, Prestaciones y Sistemas de Información:
Isabel de la Mata, Pilar Díaz, Carmen Pérez e Isabel Prieto



Edita y distribuye
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
ISBN: 84-7670-639-1
NIPO: 351-02-049-1
Depósito Legal: M-54.653-2002
Imprime: Solana e Hijos, A.G., S. A.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
ABREVIATURAS	7
INTRODUCCIÓN	9
PROPÓSITO	11
ANÁLISIS DE LOS DATOS	13
1. Integración de la Red Pública de Salud Mental	13
2. Provisión	15
3. Acceso a los servicios	16
4. Definición de las prestaciones	21
5. Extensión de la cobertura	22
5.1. Procesos mentales crónicos	22
5.2. Procesos mentales agudos	22
5.3. Reagudizaciones de procesos crónicos	23
5.4. Drogodependencias	23
5.5. Deshabitación tabáquica	24
5.6. Alcoholismo	25
5.7. Ludopatías	25
5.8. Patologías de la infancia/adolescencia	26
5.9. Anorexia/bulimia	27
5.10. Psicogeriatría	27
5.11. Pacientes judiciales/penales	28

	<i>Página</i>
5.12. Minusválidos psíquicos	28
5.13. Otros	29
6. Registros	30
7. Programas especiales	31
8. Experiencias piloto	32
9. Déficits percibidos	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
ANEXOS	39
Anexo I. Cuestionario	41
Anexo II: Contestaciones al Cuestionario	49

ABREVIATURAS

Comunidades Autónomas:

AND	Andalucía
ARA	Aragón
AST	Asturias
BAL	Baleares
CAN	Canarias
CAB	Cantabria
CLM	Castilla La Mancha
CYL	Castilla y León
CAT	Cataluña
CVL	Comunidad Valenciana
EXT	Extremadura
GAL	Galicia
MAD	Madrid
MUR	Murcia
NAV	Navarra
PVS	País Vasco
LRJ	La Rioja

Otras abreviaturas:

CMBD:	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CSM:	Unidad o Equipo o Centro de Salud Mental
CSMIJ:	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
RACP:	Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos
TMS:	Trastornos mentales severos

INTRODUCCIÓN

La Subcomisión de Planes de Salud en su reunión del 13 de diciembre de 2000 abordó la puesta en marcha del Observatorio Sanitario como unidad virtual para la elaboración de informes de situación de salud en las Comunidades Autónomas en diversos ámbitos, tomando como referente el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios.

La Subcomisión de Prestaciones, en su reunión de 15 de febrero de 2001 acordó dar traslado a la Subcomisión de Planes de Salud de la necesidad de elaborar, a través del Observatorio Sanitario, dos informes de situación, uno sobre Salud Bucodental y otro sobre Salud Mental.

La Subcomisión de Planes de Salud adoptó, en sesión de 7 de marzo de 2001, el acuerdo de abordar ambos informes.

Conocer la situación real de la prestación de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud es el objeto del presente informe, cuya coordinación ha sido encomendada por la citada Subcomisión a la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El presente documento constituye el Informe del Observatorio sobre Salud Mental, tras su revisión y observaciones por parte de todos los implicados, estando referido a la situación de los servicios en el año 2001, con carácter previo a la transferencia del INSALUD a las diez Comunidades a las que ha sido traspasado en el presente año 2002, completando las transferencias sanitarias, a excepción de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

PROPÓSITO

El presente informe trata de mostrar una radiografía en todo el territorio del Estado español sobre la situación de los diferentes aspectos relacionados con la Salud Mental, tales como las formas de acceso a esta prestación, el grado de cobertura pública, recursos disponibles, tipos de asistencia prestada, programas específicos, etc., así como detectar las lagunas existentes en el sistema de atención a la Salud Mental en cada ámbito.

Las prestaciones en Salud Mental actualmente cubiertas por el Sistema Nacional de Salud se recogen en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en cuyo Anexo I, apartado 3. 1º d) figura en atención especializada:

«La atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización.»

Asímismo, en el Anexo III, punto 6 se excluyen como prestaciones el psicoanálisis y la hipnosis.

El método seguido para obtener la información necesaria para este informe ha consistido en la elaboración de un cuestionario abierto y un anexo de datos normalizado referido a recursos utilizados en la prestación de servicios de salud mental. No obstante, se ha buscado un nivel de precisión mayor en aquellas cuestiones que se han estimado de valor prioritaria-

rio. Dicho cuestionario ha sido remitido a todas las Comunidades Autónomas y al INSALUD, previa validación por los servicios correspondientes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El presente informe se realiza a partir de un número relativamente alto de respuestas. En concreto se ha dispuesto de la contestación al cuestionario por parte de todas las Comunidades Autónomas pero no de las Ciudades Autónomas. Igualmente se ha obtenido un número elevado de respuestas a los datos solicitados, aunque en este caso no se ha dispuesto de los datos normalizados correspondientes a cuatro Comunidades (CAT, CVL, CYL, MAD) y a las dos Ciudades Autónomas. Por otra parte se ha dispuesto de los cuestionarios y datos correspondientes al INSALUD en las diez Comunidades en las que operaba en el ejercicio 2001, así como en las dos Ciudades Autónomas. En algunos casos se ha recurrido a fuentes documentales disponibles en internet, creadas por los departamentos sanitarios correspondientes. Ello ha permitido aproximarse al objetivo de disponer de información homogénea y en cantidad suficiente para extraer las reflexiones y conclusiones del presente informe.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

En los apartados que siguen se revisan las respuestas a las principales cuestiones planteadas en el cuestionario (Anexo I). En primer lugar se revisa la existencia o no de una red pública de centros y servicios para la atención a los problemas de salud mental, gestionada o controlada por la autoridad sanitaria. Tal y como se explicita en las notas acompañantes al cuestionario, la existencia de una red pública implica un sistema compartido y coordinado de admisión y transferencia de pacientes, ordenado territorial y funcionalmente, con objeto de que cada paciente sea atendido en el servicio más adecuado para su problema y exista una continuidad en los cuidados en función de la evolución del mismo.

1. INTEGRACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL

En primer lugar debe afirmarse que predomina ligeramente la integración total de los recursos en una red pública y única. No obstante esta afirmación requiere diversas matizaciones, dada la casuística observada. Se puede afirmar que existe una integración total en el caso de 11 Comunidades Autónomas. En el resto de Comunidades la situación es desigual.

En un caso (ARA) existe una integración bastante avanzada, pero falta completar la integración de todos los recursos, que se hallan coordinados por diferentes niveles asistenciales.

En otro caso (BAL) existe una integración parcial referida exclusivamente a la hospitalización breve y a la urgencia.

En dos casos (CLM, CVL) la integración es desigual por áreas sanitarias o zonas de salud, llevándose a cabo un proceso gradual de incorporación de zonas y recursos a la red integrada.

En un caso (EXT) la integración es muy escasa, limitándose al ámbito funcional de la rehabilitación, y finalmente se da un caso (CAT) en el que se halla en marcha un plan de integración, iniciado en 1999 y con una duración prevista de 5 años, teniendo en cuenta que en la citada Comunidad predominan los recursos no públicos.

En el *Anexo II* se resume la situación por Comunidades con indicación, cuando se dispone de información, del grado de implantación o consolidación de la red y del año de referencia, así como del origen normativo o convencional de la misma.

El elemento esencial de la red es la gestión conjunta del flujo de pacientes, con criterios uniformes y previamente establecidos, en función de sus necesidades, a través de todos los recursos y dispositivos asistenciales adscritos a la misma. La gestión o, en su caso, el control de la red están encomendados o bien a un Órgano unipersonal o bien a una Comisión. La creación de la red se ha formalizado en la mayoría de los casos a través de Convenios de colaboración, aunque en un número reducido de ellos se ha debido a una disposición normativa de la correspondiente Comunidad Autónoma.

La existencia predominante de la red o, en su caso, los planes para su desarrollo en las Comunidades que no la tienen establecida, permiten concluir que se considera que su existencia es un requisito conveniente y cuasinecesario para asegurar una prestación de salud mental en condiciones de homogeneidad, aprovechamiento eficiente de los recursos y con las suficientes garantías de provisión.

Una cuestión no abordada en el informe es la referente a la coordinación en la continuidad de los cuidados en el caso de pacientes que se desplazan de una Comunidad a otra, bien temporalmente o bien por períodos prolongados. No habiéndose formulado ninguna observación al respecto, es razonable deducir que se trata de una hipótesis no problemática actualmente, por lo menos a nivel significativo. No obstante, parece conveniente apuntar aquí la misma, para reflexionar sobre el establecimiento con-

sensuado de un sistema de transferencia de estos pacientes, para evitar duplicidades o rupturas en el *continuum* del proceso asistencial.

2. PROVISIÓN

La provisión de los servicios prestacionales se hace a través de recursos tanto de titularidad pública como de titularidad privada, existiendo entre estos últimos provisos con ánimo de lucro y sin él. Predominan ampliamente los provisos públicos, completándose los servicios con recursos concertados privados, bien pertenecientes a órdenes religiosas, a fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro y organizaciones no gubernamentales, o a asociaciones de familiares y enfermos. No obstante, se pueden destacar las siguientes particularidades:

En el caso de tres Comunidades (CAN, LRJ, MUR) no se hace referencia a ningún servicio privado, por lo que cabe deducir que la provisión se hace exclusivamente con medios públicos. Sin embargo en una de ellas (CAN) están constituidos unos consejos de composición mixta que definen los planes de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria.

En todas las Comunidades en las que el INSALUD no había sido transferido existían servicios de salud mental de su titularidad. Entre estos servicios predominan los Centros de Salud Mental con cobertura poblacional concretada a ciertas zonas o áreas de salud, generalmente coordinados y completados con otros de titularidad de la Comunidad Autónoma, que atienden otros ámbitos poblacionales. Asimismo el INSALUD mantenía algunas Unidades de Hospitalización Breve, generalmente reservadas a los grandes hospitales, completadas con servicios de interconsulta o apoyo de salud mental en hospitales de mediano o pequeño tamaño.

En cinco Comunidades (CAN, CLM, CVL, CYL, EXT) siguen manteniéndose servicios gestionados por las Diputaciones Provinciales, y en otra comunidad (CAT), una Diputación Provincial mantiene la titularidad de los recursos, aunque no la gestión.

La participación de los ayuntamientos en la gestión de servicios de salud mental es limitada y se reduce a unos pocos casos. En tres Comunidades (CAN, CAT, CLM) prestan servicios fundamentalmente de rehabilitación y reinserción sociolaboral. En otras dos Comunidades (EXT, MAD) existen dos ayuntamientos singulares, que prestan servicios de salud mental.

En el caso de tres Comunidades (CAN, MAD, NAV) existe una estrecha relación entre los servicios sanitarios de salud mental y los servicios sociales, configurando una red más o menos desarrollada, de carácter socio-sanitario. Otras dos Comunidades (CVL, MUR) prestan algunos servicios de salud mental a través de sus servicios sociales, sin que pueda considerarse la existencia de una red socio-sanitaria propiamente dicha. A este respecto debe tenerse en cuenta que tradicionalmente los hospitales psiquiátricos han servido para atender necesidades residenciales de usuarios que no estaban cubiertas por otras alternativas residenciales y que respondían a demandas y valores sociales que hoy han sido superados, pero cuyas secuelas sólo han podido irse eliminando en la medida que se ha dispuesto de esas otras alternativas.

Es notable y generalizada la participación en la prestación de servicios de las asociaciones de familiares de enfermos, especialmente en la reinserción sociolaboral y en los centros de día, o la atención domiciliaria. Esta participación se da en seis Comunidades Autónomas (ARA, BAL, CAB, CLM, CVL, EXT).

También es bastante generalizada la participación de organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales y fundaciones benéfico-privadas en la prestación de ciertos servicios. Algunos o todos los tipos de organizaciones referidas tienen presencia activa y/o significativa en la prestación de servicios de salud mental en doce Comunidades (todas salvo BAL, CAN, CVL, MUR, LRJ), bien en cuidados residenciales de larga duración, bien en servicios de carácter rehabilitador.

Por último los servicios de carácter privado-lucrativo tienen una presencia activa en la red pública de salud mental de cuatro Comunidades (ARA, CAT, CVL, MAD), a través de los oportunos conciertos o contratos.

3. ACCESO A LOS SERVICIOS

El denominador común en todas las Comunidades es el acceso básico a la red de servicios de salud mental a través de los servicios de Atención Primaria de Salud. El servicio de salud mental tiene la consideración de servicio especializado, al que se accede por derivación desde el sistema universal de acceso al sistema de salud, que es la prestación generalista de atención primaria. Sin embargo, y dado que la hospitalización psiquiátrica tiene un papel cuantitativamente menor que en el resto de especialidades

médico-clínicas, la red de centros de servicios de salud mental se ha configurado con unas características de dispersión geográfica y accesibilidad más parecidas a la red de atención primaria de salud que a la red de atención especializada.

Los servicios donde se dispensa la atención inicial especializada de la red de salud mental se denominan Unidades o Equipos o Centros de Salud Mental (CSM) y en los mismos se realiza la evaluación de los pacientes que conduce a la decisión de su atención desde el propio centro o su referencia al resto de dispositivos asistenciales de la red. Son posibles asimismo diferentes tipos de colaboración entre dispositivos asistenciales para un mejor aprovechamiento de las capacidades de los mismos, en función de los problemas y características de los pacientes, actuando uno de los dispositivos como centro de referencia y coordinación de las atenciones al paciente en cada momento.

La segunda puerta de acceso al sistema en importancia relativa es la de los servicios de urgencia hospitalarios, variando su peso relativo en función de factores culturales, socio-demográficos y de la capacidad de respuesta de los CSM, sin olvidar el hecho de que habitualmente los citados centros atienden un cierto número de urgencias intercaladas en su trabajo programado, cuyo número varía en función de la adecuación de la dotación de profesionales de los mismos a la demanda de servicios. Cuando el número de pacientes no programados que asiste un CSM con carácter urgente es significativo podemos considerar que el CSM dispone de un punto de atención continuada semejante a un puesto de urgencias. No obstante, los servicios de urgencia hospitalarios, dependientes de algún servicio hospitalario, reforzados generalmente con profesionales de los CSM adscritos al mismo, tras realizar la primera evaluación y atención del paciente, y salvo que requiera observación y tratamiento sin demora en régimen de ingreso hospitalario, es habitual que refieran al paciente al CSM correspondiente.

Lo que podríamos denominar «tercera puerta» de acceso consiste en realidad en un conjunto de mecanismos especiales de incorporación de pacientes a la red de salud mental, originados bien en ciertos servicios no sanitarios tales como servicios sociales de base, servicios educativos y de asesoramiento psicopedagógico, unidades de atención a víctimas de delitos, servicios de tutela y protección judicial a menores o incapacitados, justicia penal de menores, o bien desde otras unidades de atención sanitaria especializada, existiendo, a pesar de las normas, un pequeño porcentaje de casos que acceden directamente a iniciativa del paciente o su familia,

sin evaluación previa en la atención primaria de salud, generalmente a través de los servicios de urgencia o de los puntos de atención continuada de los CSM.

Con carácter previo a la descripción del funcionamiento de las derivaciones de los pacientes dentro de la red de salud mental, conviene precisar que hay dos subgrupos de servicios, encuadrables dentro de la prestación de salud mental, que se ofrecen en diversas Comunidades a través de otras redes. En concreto se trata de los servicios relativos a las drogodependencias y los relativos a la reinserción socio-laboral y servicios residenciales de larga estancia en pacientes crónicos.

En el caso de las drogodependencias, son ocho las Comunidades (AND, BAL, CAN, CAT, CLM, EXT, GAL, MAD) que tienen adscritos sus servicios a un plan y red específicos, separados de la red de salud mental, incluyendo centros específicos de atención a drogodependientes, además de diversas comunidades terapéuticas para la rehabilitación y reinserción de los casos con mayor desarraigo social.

Por lo que se refiere a los enfermos psiquiátricos crónicos, su atención de mantenimiento o rehabilitación, en régimen de hospitalización de larga estancia o alternativas residenciales a la hospitalización, está organizada en cuatro Comunidades (CVL, CYL, MUR, NAV) en torno a los servicios sociales por lo que no tiene ya la consideración de componente de la prestación sanitaria de salud mental sino de prestación social. La salvedad en este caso es que la oferta de servicios no tiene la consideración de prestación propiamente dicha, estando sujeta a baremos y limitaciones que, en la práctica, hacen que su cobertura sea solamente parcial. En un caso existen dificultades declaradas de definición y coordinación de ambos ámbitos. Todo ello está en relación con el grado de presencia y desarrollo de un plan socio-sanitario, aún incipiente en la mayoría de las Comunidades, que sirve entre otras finalidades para repartir de una manera eficiente las actividades y responsabilidades de los agentes provisosores de servicios públicos, consensuando los criterios de transferencia de los usuarios en base a sus necesidades específicas y a los mejores instrumentos disponibles para atenderlas.

Una vez que el paciente accede inicialmente a la red, su atención en la misma depende del grado de variedad de dispositivos que estén disponibles. El conjunto de los mismos varía en intensidad y diversidad de unas Autonomías a otras. Los dispositivos presentes en todas las Comunidades son los Centros de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización de Breve Duración y de Media Estancia, junto con la Atención Urgente, pero el resto de

dispositivos varía sustancialmente de unas Comunidades a otras. Los rasgos más característicos de estas variaciones son los siguientes:

- En trece Comunidades (todas menos CAB, CAN, EXT, NAV) existen Unidades específicas de Atención Infanto-Juvenil, que atienden pacientes hasta 18 años, y que consisten en Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) y en Hospitales de Día, siendo en cambio muy reducida la disponibilidad de Unidades de Hospitalización específica, aunque está prevista la próxima entrada en funcionamiento de alguna. No obstante, se observa que se trata de una de las áreas de desarrollo de los servicios a las que se ha prestado más atención últimamente, pudiendo estimarse que será una de las que más crezcan en los próximos años.
- Además existen las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria; dichas unidades se han creado hasta el momento en seis Comunidades (AST, BAL, CAN, CAT, CLM, GAL), incluyendo atención ambulatoria y en régimen de hospitalización. En otras tres Comunidades (CAB, CYL, PVS) existen programas específicos de atención a estos pacientes, pero la prestación se realiza a partir de los recursos del resto de unidades. Debe tenerse presente que dada la edad juvenil de muchos de estos pacientes, la atención se presta en estos casos desde los dispositivos infanto-juveniles referidos en el apartado anterior. De nuevo nos hallamos ante unas demandas que crecen progresivamente en paralelo con las exigencias que imponen las pautas y patrones de socialización vigentes en nuestra sociedad en la actualidad.
- Dentro de la oferta de servicios terapéuticos, aún no se ha generalizado en todas las Comunidades la oferta de servicios de Hospital de Día, como complemento a las unidades de hospitalización breve y de media estancia. Actualmente disponen de alguna unidad de este tipo diez Comunidades (AND, AST, CAT, CLM, CVL, CYL, MAD, NAV, PVS).
- Algo más amplia es la oferta de servicios de Rehabilitación, de la que existen diversas variantes, pero cuyo prototipo podría ser el Centro de Día, que en sus diversas modalidades está presente en la oferta de servicios de quince Comunidades (todas menos AST, CAB). En función de la mayor o menor integración de la unidad con objetivos de reinserción social y laboral, la oferta puede estar integrada en el espacio socio-sanitario a través de acuerdos o mediante una cogestión con el área de bienestar social, o bien a través de convenios con asociaciones de familiares y enfermos, organizaciones no gubernamentales y apoyos de la administración laboral.

Teniendo en cuenta la variedad de ofertas de servicios relacionada es natural que la derivación y gestión interna de pacientes en la red refleje esa diversidad de instrumentos disponibles. No obstante, el eje central sobre el que descansa normalmente la derivación de pacientes es el CSM y, en su caso, el CSMIJ. Es en este centro clave donde se decide, tras la pertinente evaluación del paciente, si éste puede ser tratado por el propio centro en régimen ambulatorio, o precisa de una vigilancia o tratamiento más intensivos, que sólo pueden ser realizados por los dispositivos hospitalarios (hospital de día, unidad de hospitalización de corta estancia, hospital de día infanto-juvenil integrado con servicios educativos, hospital infanto-juvenil, unidad de trastornos de la conducta alimentaria), o eventualmente tras un primer período de atención en el propio centro en fase aguda de su proceso, precisa un dispositivo rehabilitador que le facilite su reincorporación activa a la sociedad (centro de día, unidad de rehabilitación, centro de rehabilitación psicosocial, unidad de terapia ocupacional, taller protegido, grupo de autoayuda, club de ocio, atención a domicilio), incluida en su caso la reinserción laboral (centro especial de empleo, apoyo al empleo normalizado). Asimismo es en este centro donde se evalúa la adecuación del entorno familiar o residencial en relación con el pronóstico del proceso, y por consiguiente, la necesidad o no de ser referido a un dispositivo residencial de la propia red de salud mental o de una red socio-sanitaria complementaria (comunidad terapéutica, piso protegido, vivienda tutelada, minirresidencia, unidad de hospitalización de media/larga estancia).

Naturalmente, en la medida que el proceso remite y si el paciente va recuperando plenamente el control de su vida, se produce una transferencia inversa del mismo, hacia el CSM, para su control posterior por éste en la medida que sea preciso, e incluso al centro de salud de atención primaria. Igualmente, si en el curso del proceso se produce la necesidad de una atención urgente, el paciente puede ser transferido a la correspondiente unidad de urgencias de referencia, volviendo tras ser resuelta ésta al dispositivo asistencial pertinente.

Aunque normalmente la derivación se realiza a propuesta del centro que transfiere al paciente, y con aceptación del centro al que es referido, en dos Comunidades funcionan unas comisiones evaluadoras «ad hoc» que informan previamente las propuestas de ingreso en los dispositivos residenciales de media/larga estancia. Se trata de un mecanismo excepcional que previsiblemente se extinguirá a medida que se arbitren otros mecanismos alternativos a los dispositivos hospitalarios de media/larga estancia, que ya han sido eliminados en algunas Comunidades, especialmente los de larga estancia.

4. DEFINICIÓN DE LAS PRESTACIONES

Ninguna de las Comunidades Autónomas ha desarrollado o establecido con una mayor precisión las prestaciones sanitarias en salud mental. Su extensión y concreción es, por consiguiente y como se ha indicado anteriormente, la establecida con carácter general en el Real Decreto 63/1995. Se han aprobado normas referidas a la regulación de la salud mental, pero ninguna de ellas ha abordado la materia de las prestaciones en sentido estricto, sino que han regulado aspectos relativos al dispositivo prestacional, es decir a las características funcionales y ordenación de los centros y servicios.

En algunos casos, el abordaje indirecto de las prestaciones se ha realizado a través de la metodología de un Plan, bien a través de la aprobación de *Planes de Salud Mental*, exclusivamente de ese ámbito, o bien a través de apartados específicos de un Plan de Salud. Más frecuente es la aprobación de Planes o Programas que no tienen carácter global sobre toda la salud mental, sino que abarcan aspectos concretos de la misma.

Una aproximación mayor a las prestaciones la constituyen las *Carteras de Servicios*. Sin embargo, tampoco en este aspecto existe una presencia significativa de las citadas carteras, ya que ninguna Comunidad ha establecido todavía su propia cartera de servicios en salud mental con carácter general para todo el ámbito de la Comunidad. Las principales salvedades a esta situación general son las siguientes: una Comunidad (CAT) está elaborando su cartera de servicios con carácter general; otra (CVL) la está elaborando pero limitándose al ámbito de la atención primaria; otra Comunidad (AST) tiene prevista su elaboración dentro de los objetivos de su planificación en Salud Mental; otra (NAV) la tiene establecida con carácter restringido exclusivamente a las relaciones internas en la organización, a través de los contratos de gestión clínica; en tres casos (BAL, CLM, PVS) está establecida una cartera de servicios de forma parcial, limitada a determinados programas asistenciales. Finalmente una Comunidad (CYL) las está incluyendo en unas Guías de Funcionamiento por dispositivos.

Las Carteras de Servicios pueden contribuir a facilitar la transparencia en la información que el sistema ofrece a sus usuarios, e igualmente a crear un espacio de lenguaje común entre los profesionales de la Salud Mental y los de la gestión, acercando ambas culturas profesionales. Sin embargo, no pueden sustituir al desarrollo reglamentario de las prestaciones en Salud Mental, que requiere un instrumento jurídico que vincule al sistema público con los usuarios potenciales del mismo, al tiempo que establezca los cauces para dar respuesta a las situaciones de insuficiente o inadecuada satisfacción de las necesidades en relación con las prestaciones debidas por el sistema.

5. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

Con objeto de intentar conocer con mayor precisión el alcance efectivo de las prestaciones sanitarias en el campo de la salud mental, en el cuestionario se han distinguido once áreas que, aunque en algún caso pueden solaparse, abarcan la práctica totalidad de la oferta habitual de servicios, por lo que sirven al propósito de comparación de este informe, ya que su oferta abarca la práctica totalidad de las agrupaciones de problemas asistenciales y tipos de pacientes que reciben las prestaciones en salud mental.

En las siguientes líneas se comentan los rasgos comunes y las salvedades de la oferta de prestaciones de cada una de las áreas:

5.1. Procesos mentales crónicos

- La atención a de este tipo de procesos se realiza a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental, en todas las Comunidades Autónomas. No obstante el grado de cobertura varía desde una cobertura completa en lo referente a las intervenciones en crisis, incluidas en su caso las hospitalizaciones breves, y los tratamientos farmacológicos o psicoterápicos, hasta grados de cobertura desiguales en cuanto se refiere a los programas de prevención de las recaídas y de rehabilitación psicosocial.
- Los medios de provisión son diversos, ya que, además de los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, siguen existiendo recursos propios de las Diputaciones y Cabildos, así como de los Ayuntamientos entre los de titularidad pública. Igualmente existen recursos concertados o conveniados de titularidad privada, generalmente pertenecientes a la Iglesia, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de familiares de enfermos. Asimismo, en tres Comunidades (CVL, MUR, NAV) la atención residencial es responsabilidad del área de servicios sociales, y en una de ellas (CVL) también corren a su cargo los programas de rehabilitación y reinserción.
- El tipo de asistencia comprende el tratamiento ambulatorio farmacológico y psicoterápico, la hospitalización en cualquiera de sus modalidades de duración, las intervenciones familiares, la rehabilitación, bien en centros de día o en régimen de internamiento, y la reinserción.

5.2. Procesos mentales agudos

- La cobertura de las prestaciones a este tipo de procesos se realiza a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental, en todas

- las Comunidades Autónomas. En el caso de una Comunidad (BAL) se reconoce una cobertura parcial en el tratamiento ambulatorio.
- Los medios de provisión son básicamente los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, con la particularidad de que en las Comunidades donde ha seguido actuando el INSALUD hasta finales de 2001 predominan los servicios de este Instituto. En tres Comunidades (CLM, CYL, EXT) también se atienden estos procesos en servicios de Diputaciones. En cuatro casos (AND, AST, CAT, MAD) se hace referencia genérica a la red en su conjunto.
 - El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental, las intervenciones y la hospitalización en unidades de corta estancia.

5.3. Reagudizaciones de procesos crónicos

- La cobertura de las prestaciones a este tipo de procesos se realiza a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental, en todas las Comunidades Autónomas. Cabe reseñar la misma salvedad que en la cobertura de los procesos del apartado anterior y referida a la misma Comunidad.
- Los medios de provisión son básicamente los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, con la particularidad de que en las Comunidades donde ha seguido actuando el INSALUD hasta finales de 2001 predominan los servicios de este Instituto. En dos Comunidades (CYL, EXT) también se atienden estos procesos en servicios de Diputaciones. En cuatro casos (AND, AST, CAT, MAD) se hace referencia genérica a la red en su conjunto.
- El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental, las intervenciones y la hospitalización en unidades de corta estancia. Debido a que se trata de procesos intermedios entre los dos descritos anteriormente, su asistencia es una combinación de los procedimientos de ambos tipos, pero con un claro predominio de los instrumentos de los procesos agudos.

5.4. Drogodependencias

- El grado de cobertura de las prestaciones frente a los problemas originados por las drogodependencias es universal, sin embargo varía el dispositivo de cobertura pública en función de las distintas Comunidades. Como ya se ha indicado anteriormente, en seis Comunidades (AND, BAL, CAN, EXT, GAL, MAD) estas prestaciones no

- están integradas en la red de salud mental sino que se ofrecen a través de una red específica, generalmente bajo la cobertura de un Plan de Drogodependencias, dependiendo del área de servicios sociales. En otro caso las prestaciones se comparten entre las dos redes. En el resto de Comunidades Autónomas el dispositivo pertenece plenamente a la red de Salud Mental. En el caso de las primeras, la denominada *patología dual* se atiende siempre desde la red de salud mental.
- Los medios de provisión están constituidos por los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, así como recursos concertados. Entre los recursos concertados predominan los de organizaciones no gubernamentales y de Ayuntamientos.
 - El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental orientado a la prevención de las complicaciones y a la disminución de riesgos. Asimismo, comprende las unidades de desintoxicación, generalmente en régimen de internamiento hospitalario. Constituyen también una oferta habitual las comunidades terapéuticas con fines de deshabituación. Por último, está incrementándose la oferta de servicios de mantenimiento, paralelamente a la disminución de la oferta de deshabituación. Obviamente quedan fuera de este informe los servicios previstos en los planes de lucha contra las drogodependencias que inciden en el campo educativo, el laboral, las alternativas de ocio y la represión del tráfico ilícito. El Plan Nacional de Lucha contra las Drogas ha contribuido decisivamente a la homogeneización de la oferta asistencial.

5.5. Deshabituación tabáquica

- El grado de cobertura de las prestaciones frente a la dependencia tabáquica no es universal. Tres Comunidades (ARA, BAL, CVL, MAD) no ofertan ningún servicio de esta índole y otras ocho (AST, CYL, EXT, GAL, MUR, NAV, PVS) sólo lo hacen de forma parcial, limitada a algunos centros y zonas. Además tres de las Comunidades (AND, CAN, CLM) que la ofertan lo hacen a través de otras redes.
- Los medios de provisión están constituidos por los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, así como en algún caso recursos concertados. Entre los recursos concertados predominan los de organizaciones no gubernamentales. La característica más común de los medios empleados es que se trata habitualmente de recursos de atención primaria y sólo excepcionalmente se utilizan recursos de la red de salud mental. En un caso los servicios se ofertan desde la red específica de drogodependencias.

- El tipo de asistencia comprende típicamente la asistencia ambulatoria cuya finalidad es la deshabituación. Junto a ella se ofertan en algún caso servicios complementarios de ayuda al fumador, cuyas finalidades son la contención y la reducción del consumo y eventualmente la preparación psicológica previa a la deshabituación propiamente dicha.

5.6. Alcoholismo

- La cobertura de las prestaciones frente a los problemas originados por el alcoholismo es universal, sin embargo el dispositivo de cobertura pública varía en función de las distintas Comunidades. En dos Comunidades (AND, BAL) las prestaciones no están integradas en la red de salud mental sino que se ofrecen a través de una red específica, generalmente bajo la cobertura de un Plan de Drogodependencias, dependiendo del área de servicios sociales, y en otra Comunidad (CAN) no se ofrece ni a través de la red de salud mental ni a través de la red de drogodependencias, sino que se atiende en la red común sanitaria a través de atención primaria. En el resto de Comunidades Autónomas el dispositivo pertenece plenamente a la red de Salud Mental. En el caso de las primeras, la denominada *patología dual* se atiende siempre desde la red de salud mental.
- Los medios de provisión están constituidos por los recursos públicos así como recursos concertados. En dos Comunidades (CVL, EXT) siguen utilizándose recursos de las Diputaciones Provinciales. Los recursos concertados pertenecen casi en exclusiva a organizaciones no gubernamentales, siendo de destacar la actuación de las Asociaciones de Pacientes.
- El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental orientado a la prevención de las complicaciones y a la disminución de riesgos asociados al abuso crónico o al uso intermitente compulsivo. Asimismo, comprende las unidades de desintoxicación, generalmente en régimen de internamiento hospitalario. Constituyen también una oferta habitual los grupos terapéuticos con fines de deshabituación, con la excepción de alguna Comunidad que no incluye en su oferta la deshabituación. Por último, está incorporada la oferta de mantenimiento, generalmente en colaboración con asociaciones de pacientes.

5.7. Ludopatías

- La cobertura de las prestaciones frente a los problemas originados por las ludopatías es también cuasiuniversal, ofreciéndose en general

a través de la red de salud mental, ya que sólo en una Comunidad (CAN) se oferta a través de la red sanitaria general en el dispositivo de atención primaria. Sin embargo, es también característica común la práctica ausencia de programas específicos orientados a este problema, ya que sólo una Comunidad manifiesta disponer de ellos (CAT). Por otra parte, en alguna Comunidad se constata que el alcance de la oferta no es de hecho universal. Parte de la cobertura, específicamente la que hace referencia a la rehabilitación, se realiza mediante actuaciones subvencionadas, bien por los Departamentos de Salud bien por los Departamentos de Bienestar Social.

- Los medios de provisión están constituídos por los recursos públicos. En este campo no existen recursos concertados pero sí tienen un papel destacado las organizaciones no gubernamentales, especialmente los grupos de autoayuda, generalmente asociaciones de pacientes, que actúan en base a subvenciones públicas, realizando programas de deshabitación y mantenimiento.
- El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental orientado inicialmente al control de los trastornos psicopatológicos asociados a la dependencia y al refuerzo de la voluntad de superación de la misma. Asimismo, comprende la deshabitación, generalmente a través de grupos de autoayuda. Por último está incorporada la oferta de mantenimiento, igualmente en colaboración con asociaciones de pacientes.

5.8. Patologías de la infancia/adolescencia

- La cobertura de las prestaciones a este tipo de procesos es universal, a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental, en todas las Comunidades Autónomas. Únicamente en el caso de una Comunidad (EXT) se considera que su grado de cobertura es parcial. Lo que varía es el grado de especialización de la oferta, ya que tres Comunidades (CAN, EXT, MAD) no disponen aún de centros de salud mental o unidades de día o con internamiento específicamente infanto-juveniles y las Comunidades que disponen de los mismos no cubren con su oferta las necesidades de todas las áreas de salud, en cuanto a todos los tipos de dispositivos necesarios.
- Los medios de provisión son básicamente los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, con la ayuda de las Diputaciones o Consejos Insulares en el caso de tres Comunidades (BAL, CVL, EXT). En tres Comunidades (CAB, MAD, PVS) se utilizan medios privados a través del correspondiente concierto y en otra Comunidad (GAL) se prestan servicios a través de una organización no gubernamental.

- El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental infanto-juvenil, las intervenciones psicoterapéuticas en unidades de hospital de día o de hospitalización parcial o la hospitalización en unidades de corta estancia. Excepcionalmente existe el caso de una Comunidad que tiene una oferta de hospitalización de media estancia.

5.9. Anorexia/bulimia

- Su grado de cobertura discurre paralelo al de las prestaciones del apartado anterior, existiendo una oferta universal, a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental, en todas las Comunidades Autónomas. Únicamente en el caso de una Comunidad (EXT) se considera que su grado de cobertura es parcial. En cuanto al grado de especialización de la oferta, el hecho de que el INSALUD haya generalizado la oferta de unidades de Trastornos de la Alimentación, ha contribuido a la homogeneidad de la oferta especializada. Por otra parte, en seis Comunidades (AST, BAL, CAN, CAT, CLM, GAL) existe además una oferta especializada de unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Los medios de provisión son básicamente los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, con la ayuda de las Diputaciones en el caso de una Comunidad (EXT). En otra Comunidad (CAB) se utilizan medios privados a través del correspondiente concierto. Por otra parte, en dos Comunidades (MUR, PVS) se prestan servicios a través de asociaciones de autoayuda.
- El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental infanto-juvenil o de adultos, las intervenciones psicoterapéuticas en unidades de Hospital de Día o de Hospitalización Parcial y la hospitalización en unidades de corta estancia. Por último incluye el mantenimiento y refuerzo de las conductas saludables a través de los grupos de autoayuda.

5.10. Psicogeriatría

- La cobertura de esta prestación se realiza a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental en todas las Comunidades Autónomas. En cuanto al grado de especialización de la oferta, en lo que se refiere a la red de salud mental, sólo existen unidades específicas en cuatro Comunidades (AST, CAT, GAL, NAV). En una Comunidad (CAN) la oferta se halla atribuida a los servicios sociales. Estos mismos servicios complementan la oferta en otras tres Comunida-

des (AST, MUR, NAV) dentro de una red sociosanitaria más estructurada, especialmente para problemas psíquicos asociados al complejo de las demencias.

- Los medios de provisión son básicamente los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, con el concurso de los Cabildos Insulares en el caso de una Comunidad (CAN). En dos Comunidades (CAB, MAD) se utilizan medios privados concertados.
- El tipo de asistencia comprende fundamentalmente el tratamiento ambulatorio desde los centros de salud mental, las intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitadoras en Centros de Día o de Hospitalización Parcial y la atención de mantenimiento en unidades residenciales.

5.11. Pacientes judiciales/penales

- La cobertura de la atención a estos pacientes, a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental, es también general en todas las Comunidades Autónomas. Únicamente en el caso de una Comunidad (MUR) se excluye el tratamiento de los penados. En cuanto al grado de especialización de la oferta, en lo que se refiere a la red de salud mental, sólo existe unidad específica en una Comunidad (CAB). En otro caso (CAT) y mediante convenio, se han ubicado unidades específicas en los propios centros penitenciarios.
- Los medios de provisión son básicamente los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, con el concurso de las Diputaciones en el caso de tres Comunidades (CLM, CVL, EXT). Estos medios prestan la asistencia especializada que no pueden prestar los medios propios de Instituciones Penitenciarias.
- El tipo de asistencia no difiere de la prestada a pacientes ordinarios en función del tipo de patología, con la salvedad de las restricciones en cuanto a la libertad de los pacientes que imponen las decisiones judiciales/penales que les afectan. En tres Comunidades (CLM, MUR, PVS) se realizan intervenciones en medio penitenciario, fundamentalmente en programas relacionados con el tratamiento de las drogodependencias.

5.12. Minusválidos psíquicos

- El grado de cobertura de la atención a estos pacientes, a través del dispositivo de cobertura pública de salud mental, es limitado ya que se refiere exclusivamente a aquellos casos asociados con trastornos del comportamiento. La atención básica a los mismos se lleva a cabo en todas las Comunidades por el dispositivo de Bienestar Social,

bien propio de la Comunidad o gestionado por las Diputaciones. Es decir, la red de salud mental sólo interviene cuando existen trastornos psiquiátricos asociados a la minusvalía, en funciones de apoyo a la asistencia básica que es la social, de la misma manera que en otro tipo de patologías interviene la red sanitaria general. En algún caso (CAT) se atiende mediante convenio a minusválidos escolarizados en centros especiales.

- Los medios de provisión son básicamente los recursos propios de las Comunidades y del INSALUD, con el concurso de las Diputaciones en el caso de dos Comunidades (CVL, EXT). Estos medios facilitan la asistencia especializada que no pueden prestar los medios propios de las Instituciones de Bienestar Social. Entre estas últimas predominan las privadas concertadas. Es de destacar el notable papel desempeñado en la atención a estas personas por parte de las asociaciones de familiares, con un importante desarrollo en todas las Comunidades.
- El tipo de asistencia no difiere de la prestada a pacientes ordinarios en función del tipo de patología comportamental asociada, lo mismo en régimen ambulatorio que de internamiento. Puede destacarse como salvedad la escasa presencia de unidades de internamiento especializadas en este tipo de pacientes, con las dificultades que conlleva el manejo de los mismos en función de la asociación del grado de minusvalía con la severidad del trastorno psiquiátrico presente.

5.13. Otros

- Sólo tres Comunidades (AND, CAT, NAV) señalan otros programas referidos a ámbitos de la cobertura no incluidos en los apartados anteriores.
- Las tres Comunidades destacan programas de atención a las víctimas de delitos violentos. En dos casos (AND, CAT) se limita a las mujeres maltratadas. Incluyen atención urgente tras las agresiones denunciadas. Otra modalidad, incluye un programa de detección precoz de la infancia en grave riesgo de abuso o maltrato (NAV).
- Una Comunidad (NAV) mantiene un programa de atención neuropsicológica a los pacientes afectados de traumatismos, especialmente traumatismos craneales.
- Una Comunidad (NAV) mantiene un programa de atención a la mujer, especialmente orientado a las disfunciones sexuales, problemas de pareja y de desarrollo de la personalidad en el área de la sexualidad.

- Una Comunidad (CAT) mantiene un programa dirigido a los inmigrantes extranjeros con especiales dificultades de integración, orientado a la prevención y resolución de problemas psiquiátricos asociados a sus especiales dificultades de adaptación.
- Una Comunidad (CAT) mantiene un programa para la atención de los problemas psiquiátricos de los «sin hogar».

Estos y otros casos similares reflejan la preocupación por los nuevos problemas emergentes, bien por su reciente presencia en nuestra sociedad o bien por su agravamiento social al compás del desarrollo concreto de la misma.

6. REGISTROS

Del análisis de los sistemas de registro de las patologías psiquiátricas, según las respuestas efectuadas al cuestionario, en cuanto a su presencia y contenido, cabe destacar las siguientes situaciones características:

- Hay Comunidades que carecen totalmente de sistemas de registro y que realizan un seguimiento de la demanda y de la actividad asistencial a partir de datos estadísticos de actividad, encuestas y el CMBD hospitalario. Se hallan en esta situación siete Comunidades (BAL, CAB, CAT, CLM, CVL, CYL, EXT). En una de ellas (CVL) existe un registro especial de casos referido a un área de salud sin que existan previsiones de su generalización al resto de la red. En otra (CAT) se complementa con un CMBD de los CSM.
- Otras Comunidades disponen de un registro de casos psiquiátricos extrahospitalario, que complementan con los datos descritos en el grupo anterior. Se trata de cinco Comunidades (AND, MAD, MUR, NAV, PVS) que complementan el registro extrahospitalario con los datos procedentes del CMBD hospitalario. En un caso (CLM) está parcialmente implantado un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) limitado a los CSMIJ.
- En las Comunidades que disponen de un RACP para el conjunto de la red, este registro incorpora datos clínicos, sociodemográficos, de actividad asistencial e itinerario de los usuarios. Disponen del mismo cinco Comunidades (ARA, AST, CAN, GAL, LRJ); en tres de ellas con las siguientes salvedades: una (GAL) sólo lo tiene implantado parcialmente en la red; otra (CAN) se halla en fase de pilotaje de la aplicación y una tercera (ARA) lo tiene limitado a los centros propios de la red gestionados por la propia Comunidad.

Respecto a los indicadores obtenidos a partir de los registros o fuentes de datos debe señalarse que no existe coincidencia ni en los indicadores reseñados, ni en la periodicidad de su obtención, que varía desde el mes al año. Sí cabe señalar que existe una tendencia común en las áreas de interés, que se refieren por un lado a morbilidad atendida por tipo de codificación diagnóstica, y por otro, a volumen de actividad por tipo de visita y por tipo de intervención terapéutica, completados en su caso con indicadores que reflejen la morbilidad en relación con la población total o sectorial afectada y la actividad media por volumen de plantilla.

7. PROGRAMAS ESPECIALES

En general existen pocos programas que reúnan todas las características de un programa y que incorporen evaluaciones finales de los mismos. Es más habitual la confección de programas orientados a ordenar los flujos y organizar los esfuerzos en determinados procesos asistenciales, o dirigidos a la problemática de grupos específicos. En algunos casos se trata más bien de protocolos asistenciales. La ausencia de homogeneidad en los requisitos exigidos hace poco comparables los programas referidos. Teniendo en cuenta las anteriores salvedades se pueden mencionar los siguientes:

- Atención temprana (0-6 años) (ARA).
- Atención infanto-juvenil (0-18 años) (CAB, CAN, CAT, CLM, CVL, MAD, MUR, NAV).
- Trastornos de la conducta alimentaria (CAT, CVL, CYL, GAL, PVS).
- Atención a adultos (MUR).
- Trastornos mentales severos y/o crónicos (CAN, CAT, CVL, NAV).
- Atención a pacientes con traumatismos (NAV).
- Psicogeriatría (CAB, MAD).
- Urgencias (CAB, CAT).
- Hospitalización (CAB, CAT, MUR).
- Psiquiatría de enlace (CAB, CAT, MAD).
- Rehabilitación y Reinserción social (CAB, CAT, CLM, CVL, CYL, EXT, MAD, MUR, NAV).
- Reinserción laboral (CAT, CVL, CYL).
- Prevención de Alcoholismo (GAL, MAD).
- Drogodependencias (CVL, MUR, NAV, PVS).
- Sociosanitarios:
 - Detección de infancia en grave riesgo psicosocial (NAV).

- Niños con discapacidades psíquicas o trastornos mentales en centros educativos (CAT).
- Población juvenil en centros de justicia juvenil o tutelados por la Administración (CAT).
- Mujeres y problemas relacionados con el sexo (NAV).
- Contra la estigmatización de pacientes con esquizofrenia (CVL).
- Grupos poblacionales con especiales necesidades (inmigrantes, sin hogar, sordos, sectas) (CAT).
- Víctimas de delitos o malos tratos (CAT, NAV).
- Apoyo a la cobertura psiquiátrica de las cárceles (CAT, PVS).

8. EXPERIENCIAS PILOTO

En este apartado se reseñan los programas que suponen un avance significativo para la resolución de determinados problemas en relación con la atención a los usuarios de los servicios de la red de salud mental. Los que han sido comunicados son los siguientes:

- Protocolo de Traslado de Enfermos Mentales en los casos de falta de colaboración o contra la voluntad de los pacientes (ARA).
- Programa de Coordinación Interdepartamental para asistencias urgentes (CAT).
- Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) (CAN).
- Plan de Servicios Individualizado (CAT).
- Programa de Garantía Social para pacientes de 16-21 años con trastornos mentales graves (CYL).
- Programa de Telepsiquiatría para zonas rurales (CYL).
- Programa de Trastornos del Comportamiento Alimentario (CAB, CLM, CVL, PVS).
- Programa de Trastornos Afectivos Resistentes (CAB).
- Programa de Trastornos Severos de la Personalidad (CAB).
- Programa de Primeros Episodios de Esquizofrenia (CAB).
- Programa de Atención a los Trastornos Duales (CAB).
- Programa de Alcoholismo (CAB).
- Hospital de Día para Niños y Adolescentes con atención escolar especializada (CAT, MAD).
- Hospital de Día Infanto-Juvenil a tiempo parcial (CLM, MAD).
- Programa de Coordinación con Educación para trastornos generalizados del desarrollo (NAV).
- Programa de Coordinación con Educación para Intervención en Aulas de Transición (NAV).

- Gestión conjunta de Centros de Día (SERBASA-Asociaciones de Usuarios) (BAL).
- Rehabilitación y Reinserción Laboral de Enfermos Crónicos (CLM, EXT).
- Programa de Atención a personas con retraso mental (CAT).
- Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (espacio sociosanitario) (PVS).
- Programa de Atención Psiquiátrica a Centros Sociosanitarios (CYL, GAL).
- Programa de Coordinación con Bienestar Social en el Área Sociosanitaria (NAV).
- Nuevo Sistema de Información (MAD).
- Unidad de Psicosis Refractarias (PVS).
- Programa de Formación Continuada para Salud Mental y Atención Primaria (MUR).
- Programa de Psicoeducación con familiares y paciente psicóticos (MUR).
- Programa de Guías para Padres (Prevención en Salud Mental Infanto-Juvenil) (MUR).
- Programa de Atención Integral para enfermos mentales crónicos (CVL).
- Historia Clínica Informatizada (en fase de diseño) (CVL).
- Evaluación externa de la calidad de los servicios de Salud Mental (CAT).

9. DÉFICITS PERCIBIDOS

Los más mencionados son los siguientes:

- Escasez de recursos humanos: En general (ARA, CVL, GAL), en equipos de atención ambulatoria (BAL, CLM, LRJ) o inadecuación de los citados recursos (PVS).
- Carencias formativas: Escasez de residentes en Psiquiatría y Psicología clínica (CAT), de formación continuada de los Equipos de Salud Mental (ARA), de los profesionales de Atención Primaria (CAT).
- Escasez de recursos estructurales: Mínimos por área de salud (CLM), de la red ambulatoria (EXT), de rehabilitación y reinserción social (ARA, CVL, GAL, LRJ, MUR), en el área infanto-juvenil (BAL, CAN, CAT, GAL, EXT), de camas de hospitalización de media y larga estancia (MAD, MUR), de hospitales de día para adultos (MAD), de camas residenciales para enfermos crónicos (CVL).

- Deficiencias organizativas: Ausencia de estructuras y de órganos de gestión unificados (EXT, LRJ), así como de presupuestos diferenciados (LRJ), o en la estructura de recogida y procesamiento de la información sobre la actividad (CAB).
- Carencias en el espacio sociosanitario: De atención a enfermos mentales crónicos (CAN, CAT, CYL), de falta de desarrollo (NAV), de personal (CVL), de ordenación (PVS).
- Deficiencias en la coordinación: con bienestar social (ARA, LRJ), con servicios de Justicia, Educación (CAT), con Atención Primaria (ARA), con otras Instituciones (ARA), funcional intra-extrahospitalaria (PVS).
- Falta de asesoramiento y apoyo de los Equipos de Salud Mental a los Equipos de Atención Primaria (CYL).
- Carencias de la cartera de servicios: Indefinición (NAV), ausencia (CVL).
- Debilidad de programas específicos en todas las áreas de salud (CLM), de protocolos clínicos consensuados (NAV), de atención a las conductas adictivas (CAN).
- Carencias en la evaluación de la calidad de los servicios (CAT), en investigación (CAT).
- Excesivo peso del hospital psiquiátrico (EXT), o de las estructuras de media y larga estancia (LRJ).
- Deficiencias en la intensidad de cuidados en los TMS (PVS).
- Insuficiencias en el desarrollo del modelo comunitario de atención (PVS).
- Deficiencias en la desinstitucionalización de los enfermos internados en hospitales psiquiátricos (BAL).

Aparte de ellos se menciona en varios casos la escasa coordinación entre las estructuras de la Comunidad Autónoma y del INSALUD. No obstante, y dado que el citado organismo ha sido transferido prácticamente en su totalidad, se considera que la citada deficiencia ya no es operativa.

En algún caso (CAT), las citadas carencias detectadas han dado origen a programas de trabajo o líneas de investigación que están ya en marcha y que se pretende seguir desarrollando en el futuro.

CONCLUSIONES

- La situación descrita muestra unas tendencias comunes en cuanto a la extensión de la prestación de salud mental en las diferentes Comunidades Autónomas, complementada por la oferta del INSA-LUD, que desde principios del presente año ha sido integrada plenamente en las Comunidades que han asumido su gestión.
- La comprobación de estas tendencias comunes no evita constatar que el proceso de reforma, que ha afectado profundamente en las dos últimas décadas al sistema de prestación de servicios en el campo de la salud mental, ha seguido un ritmo desigual en las distintas Comunidades en función, entre otros factores, por un lado de la disponibilidad de alternativas a la institucionalización del paciente, y por otro lado, de servicios de rehabilitación y reinserción socio-laboral.
- El esquema básico de la prestación de salud mental se articula a través de una red que tiene su eje en el *Centro de Salud Mental*. Este Centro, posiblemente por las reticencias que genera el paciente psiquiátrico, se ha constituido frecuentemente al margen de los Centros de Salud, de tal modo que la red de salud mental es una red especial, débilmente integrada en la red sanitaria general, con excepción de las unidades de hospitalización de corta estancia de los hospitales generales. La red de Centros de Salud Mental, con carácter general, se ha desarrollado de tal manera que se puede considerar aceptable su accesibilidad a los usuarios desde el punto de vista de su distribución territorial. Sin embargo, adolece en muchos casos todavía de un adecuado ratio de profesionales.
- La evidente constatación de los cambios realizados en la desinstitucionalización de los pacientes no impide observar que todavía, en algunas Comunidades, no se ha producido la separación, bien que coordinada, entre las funciones de atención específica a la salud mental y las ligadas a las necesidades residenciales y sociales de los pacientes. En definitiva se echa en falta una mayor clarificación del espacio sociosanitario en relación con la problemática específica de los pacientes con necesidades crónicas de atención a su salud men-

- tal, simultáneamente con necesidades de servicios sociales de apoyo a sus carencias en el orden familiar, social y/o laboral.
- Tras la primera fase de desarrollo del esquema comunitario de atención a la Salud Mental, y en algunos casos sin que se haya completado la dotación básica, se ha asistido los últimos años a la puesta en funcionamiento de determinadas unidades especializadas en problemas de salud mental que requieren el concurso de otros especialistas (unidades infanto-juveniles, de trastornos de la conducta alimentaria, psicogeríatras, etc...) que han venido a añadirse a las ya más tradicionales de alcoholismo y drogodependencias, poniendo en evidencia la necesidad de una integración más estrecha entre la red de salud mental y la red sanitaria general, en aras a evitar la duplicación de esfuerzos y recursos.
 - Se constata una gran diversidad en los sistemas de obtención, registro y evaluación de la información, aunque dentro de esta diversidad se observa el predominio de los sistemas basados en fuentes tradicionales de agregación de la información, con relativa escasa presencia de sistemas automáticos de recogida, selección y puesta a disposición de unidades de análisis de los datos brutos referidos a la demanda y a la atención asistencial, así como a la gestión del proceso. Estas carencias dificultan el conocimiento adecuado de la realidad de la demanda, así como de la respuesta de los sistemas, y por otro lado, la diversidad dificulta seriamente la comparabilidad de las distintas soluciones adoptadas ante las mismas necesidades y problemas.
 - Se constata la práctica ausencia de cartera de servicios en materia de salud mental, aunque algunas Comunidades manifiestan su intención de elaborarlas en sus planes, lo que constituye otro elemento que impide la necesaria transparencia en las relaciones del sistema de salud mental con sus usuarios.
 - Se observa una gran variación en los programas o proyectos piloto puestos en marcha en cada Comunidad. En unos casos esta variación obedece a la mayor o menor normalización de la atención a los procesos más frecuentes o con mayor repercusión en la salud de los afectados. Por el contrario, en otros casos responde a una preocupación especial por un colectivo, que origina un plan de actuación con diversas medidas, acompañado generalmente de un refuerzo de los recursos, y eventualmente con una evaluación de sus resultados al cabo de un tiempo. Dicha variabilidad guarda en bastantes casos una estrecha relación con el desarrollo concreto que han tenido en la respectiva Comunidad los servicios asistenciales de la red, ya que con los mismos se trata de llegar a cubrir aspectos de la asistencia ordinaria no suficientemente cubiertos por los dispositivos existentes.
 - Por último, se hace obligado destacar que es una observación bastante generalizada, la carencia relativa de recursos en alguno de los elementos de la red de salud mental en prácticamente todas las Comunidades, aunque en algunas de ellas se acompaña de un desajuste de recursos entre diferentes dispositivos de la red, revelando las dificultades que conlleva una adecuación de los recursos, por un lado a las disponibilidades de la Comunidad y, por otro, a la evolución de la demanda y de los criterios de calidad asistencial.

RECOMENDACIONES

A la vista de las manifestaciones realizadas por las distintas Comunidades Autónomas sobre los distintos aspectos de la prestación efectiva de Salud Mental y de los datos aportados se pueden apuntar, con las debidas cautelas, las siguientes recomendaciones:

- Sería conveniente un análisis de los recursos, especialmente en las Comunidades Autónomas que han recibido recientemente las transferencias de recursos del INSALUD, para adecuar de la manera más eficiente los mismos a la demanda asistencial, atendiendo especialmente a los dispositivos de rehabilitación y reinserción socio-laboral, para reforzar la implicación de la sociedad en la normalización del enfermo mental.
- Teniendo en cuenta que los países de mayor desarrollo presentan a su vez una mayor incidencia de trastornos relativos a la salud mental, parece conveniente la elaboración conjunta (Ministerio y Comunidades Autónomas en colaboración con las Sociedades Científicas y las Asociaciones de usuarios y afectados) de unos estándares de atención, por lo menos para los problemas más importantes y frecuentes, en orden a evitar, por un lado, grandes diferencias regionales y, por otro, para asegurar la equidad en la disponibilidad real de recursos con los que atender los problemas de salud mental en todas las Comunidades.
- Se considera conveniente, en orden a reforzar la integración del sistema, que se establezca un sistema de indicadores básicos en Salud

Mental, común a todas las Comunidades, que sería el resultado de un grupo de consenso entre todas las Administraciones afectadas, y cuyo objetivo sería servir de referencia a las mismas sobre el desarrollo efectivo de la prestación sobre la base de criterios cuantificables y comparables. Dicho sistema, para su plena eficacia, debería funcionar sobre un soporte de apoyo en red entre todas las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad y otras entidades interesadas colaboradoras.

- A la vista de la diversidad de iniciativas sobre programas y proyectos piloto, se puede considerar la utilidad de un banco común de datos sobre los referidos proyectos y programas, que sobre un soporte común de información, se incorporase en red como una facilidad o utilidad adicional al sistema de indicadores, de tal modo que todas las Comunidades pudiesen consultarlo e incorporar sus experiencias al mismo, evitando con ello duplicidades de esfuerzos y aprovechando las sinergias del sistema.
- Parece recomendable que se elabore una cartera de servicios en Salud Mental que abarque el conjunto de servicios por centros y/o áreas de salud en cada Comunidad, como elemento que facilite a los usuarios la relación con el sistema, su accesibilidad y en definitiva la calidad y la transparencia del servicio público. Por otra parte, dicha cartera facilitaría la gestión de los servicios y la comparabilidad de la prestación efectiva.
- Una carencia que requiere ser subsanada es la referente a la coordinación sociosanitaria. Para ello se precisa que en cada Comunidad se definan con precisión las respectivas responsabilidades entre las Redes de Salud Mental y de Servicios Sociales, y sobre todo, los canales de información y transferencia de pacientes/usuarios con objeto de que cada subsistema atienda específicamente su parcela de responsabilidad, sin que se produzcan duplicidades, vacíos y en definitiva ineficiencias del sector público.
- Por último, se considera conveniente revisar periódicamente, por ejemplo cada 3-5 años, los aspectos tratados en el presente informe junto a otros adicionales que se consideren de interés, con objeto de conocer la evolución de las prestaciones de Salud Mental en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO

Salud Mental: Cuestionario para Informe de Situación

COMUNIDAD AUTÓNOMA:

INFORMACIÓN REMITIDA POR:

Cuestionario

1. ¿Los recursos para la atención a la salud mental de su ámbito están *integrados en una red pública?*: (Totalmente, Parcialmente, No integrados). En el caso de integración sólo parcial, se ruega una breve descripción de qué comprende la integración. Interesa el año de puesta en marcha de la red integrada.
2. ¿Qué agentes gestionan recursos de salud mental con cobertura pública?: (Ayuntamientos, Comunidad Autónoma, INSALUD, Privados concertados, Otros). En el caso de los privados concertados interesa una cierta precisión en cuanto al tipo de agente (Orden religiosa, ONG, Asociación etc.).
3. ¿Cómo acceden los pacientes a los servicios de salud mental?. Interesa no sólo el sistema inicial de acceso a cualquiera de los servicios, sino el

flujo de pacientes entre unidades o centros dentro de la red o del sistema de cuidados. En definitiva, de dónde provienen, cómo acceden y cómo se derivan los pacientes.

4. ¿Se ha establecido una cartera de servicios en salud mental o una parte diferenciada en la misma área dentro de la cartera de servicios sanitaria? En caso afirmativo se ruega la adjunten al responder a este cuestionario.
5. Indicar si los siguientes tipos de pacientes tienen *cobertura pública* en su ámbito (grado de cobertura: todos los pacientes, algunos o ninguno), con qué medios se proporciona (de los Ayuntamientos, de la Comunidad Autónoma, del INSALUD, privados concertados u otros) y qué tipo de asistencia se les presta:
 1. Procesos mentales crónicos
 2. Procesos mentales agudos
 3. Reagudizaciones de procesos crónicos
 4. Drogodependencias (excluyendo dispensación de tratamientos con metadona y actuaciones orientadas a prevención de otras patologías, como p.e. el intercambio de jeringuillas)
 5. Deshabitación tabáquica (excluyendo tratamientos sustitutivos, como parches de nicotina, etc..)
 6. Alcoholismo
 7. Ludopatías
 8. Patologías de la infancia/adolescencia (excluyendo anorexia/bulimia)
 9. Anorexia/Bulimia
 10. Psicogeriatría
 11. Pacientes judiciales/penales
 12. Minusvalías psíquicas (Down, otras deficiencias mentales...)
 13. Otros trastornos (especificar)
6. ¿Qué registros funcionan en su Comunidad referidos a problemas de salud mental?. Haga una relación de los mismos, con una breve descripción de su finalidad y contenido. ¿Cuáles son los indicadores agregados que se utilizan para el seguimiento de los problemas de salud mental?
7. ¿Qué programas específicos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación están implantados en su ámbito, con cobertura pública? ¿A cargo de quién se llevan a cabo?
8. Señale las experiencias piloto que haya emprendido esa Comunidad en el área de salud mental, que hayan producido o estén produciendo resultados satisfactorios. Interesa especialmente su finalidad, tipo de pacientes, medios empleados y resultados obtenidos.
9. ¿Qué déficits o lagunas existen en el sistema de atención en su ámbito? ¿Puede priorizar los tres principales a su juicio?

NOTAS EXPLICATIVAS

A) GENERAL

1. Cada Comunidad Autónoma aportará todos los datos que le consten, incluidos los referidos a los servicios que presta el INSALUD en su ámbito territorial. El INSALUD, por su parte, cumplimentará un cuestionario por cada Comunidad Autónoma en la que gestione servicios.

B) CUESTIONARIO

1. Por *Red Pública* se entiende un conjunto de centros y servicios que están coordinados en cuanto a los sistemas de admisión y referencia de pacientes y financiados públicamente, independientemente de que su titularidad sea pública o bien privada concertada o con convenio. Por Integración se entiende la aceptación de unas reglas de funcionamiento comunes sobre admisión y derivación de pacientes, incluyendo la oferta de los propios servicios como parte de la oferta completa de la red, a nivel funcional, admitiendo el control externo de su funcionamiento por parte de los responsables de la red. Se entiende que la integración es parcial cuando no se oferta a la red la totalidad de los servicios propios.
2. Por *Recursos de Salud Mental* se entenderán todos los centros específicamente destinados a prestar servicios de salud mental, con o sin internamiento; los servicios especializados dentro de centros sanitarios generales, tanto en atención primaria, como especializada; y los servicios de recuperación o rehabilitación de pacientes, que dependan o estén concertados con la Administración Sanitaria, excluyendo los de reinserción socio-laboral.
3. En cuanto al *sistema de acceso* de los pacientes a los servicios, interesa el detalle de los flujos, tanto de contacto inicial con el sistema, a cualquier nivel, incluyendo la proveniencia de los mismos, como los distintos itinerarios o derivaciones de los pacientes una vez que han sido atendidos inicialmente y precisan una continuidad en los cuidados.
4. Por *cartera de servicios* se entiende el detalle de las prestaciones del sistema, para su mejor comprensión por los usuarios, incluyendo en su caso, los requisitos de acceso.

5. En cuanto hace a la *cobertura* pública de las prestaciones sanitarias en salud mental, interesa conocer con un cierto detalle la extensión real de la oferta asistencial en los diferentes apartados indicados. Cuando se trata de prestaciones no incluidas entre las obligatorias y comunes a nivel estatal, interesa conocer a cargo de qué presupuestos corre la cobertura de estas prestaciones. Dado que se trata de un cuestionario de situación actual, relativamente abierto, serán bienvenidas todas las precisiones y aclaraciones que permitan interpretar más ajustadamente las respuestas.
6. Por *Registros* en salud mental entendemos todas aquellas bases de datos, informatizadas o no, que recojan de manera sistemática, datos de alguna patología, problemática o tipo de pacientes, que no sean meramente el registro de los datos del servicio prestado, que sean gestionados por la Administración Sanitaria, y que están orientados a alguna finalidad pública planificadora o de control sanitario.
7. Por *Programas* se entienden aquellos conjuntos de acciones que están identificadas, tienen unos objetivos señalados, disponen de unos recursos específicos y unos plazos de ejecución. No se trata meramente de una organización de actividades asistenciales para lograr mejoras en la eficiencia de los servicios. Se distinguirán claramente los diferentes programas en atención a su finalidad preventiva, asistencial, etc....
8. Se trata de referir *experiencias* que esa Comunidad considere que pueden ser de interés para su aplicación en otras Comunidades debido a su utilidad para prevenir o resolver cualquier tipo de problemática dentro del campo de la salud mental.
9. Los *déficits* pueden referirse tanto a prestaciones como a cobertura de modalidades asistenciales o nuevos servicios. Interesa especialmente la priorización de necesidades detectadas.

C) ANEXO DE DATOS

10. Se compone de una hoja de datos identificativos de los centros, y dos hojas referidas a los recursos de los mismos. Para una mayor homogeneidad en la información que se remita, la cumplimentación de los datos se realizará en el fichero informático que se envía (se trata de hojas de cálculo Excel).

11. Hoja de Identificación:

- N.º de Comunidad Autónoma/INSALUD: Se consignará el código correspondiente según la lista de códigos que se acompaña.
- N.º de Orden: Es el número correlativo, a partir del 1, que se le asignará al centro por el responsable de la cumplimentación del cuestionario. Aunque es deseable un cierto orden a la hora de incluir los centros, no es necesario pues podrán agruparse posteriormente en función de los códigos asignados a los datos de otros campos.
- Denominación: Es el nombre identificativo del centro.
- Los campos: Tipo de centro, titularidad, red, modalidad principal, otras modalidades y tipo de pacientes sólo deberán rellenarse con códigos, según la lista de códigos que se adjunta. Existe una única lista de códigos para los campos: modalidad principal y otras modalidades, con la particularidad de que en el campo: modalidad principal sólo se podrá incluir un código, precisamente el de la actividad más característica del centro. El campo: otras modalidades podrá incluir varios códigos.
- Pueden insertarse comentarios para destacar singularidades. Estos comentarios se llevarán a cabo mediante la función «insertar comentario» del programa Excel para evitar que compliquen el análisis de los datos. Igualmente podrán realizarse en hoja aparte comentarios más extensos.

12. Hoja de Recursos I:

- N.º de Comunidad Autónoma/INSALUD: Se consignará el código correspondiente según la lista de códigos que se acompaña.
- N.º de Orden: Es muy importante que se consigne siempre el mismo número que el asignado al Centro en la hoja de identificación.
- Tanto en los campos de camas como en los de puestos, se indicará el número total de los mismos que constituyen la dotación del Centro y que están en disposición de ser usados. Por lo tanto, pueden incluirse también aquellos que se hallen transitoriamente fuera de servicio por obras, etc., siempre que cuenten con dotación de recursos humanos.
- Consultas: El criterio es el mismo que en el caso anterior. Debe consignarse el número de locales de atención simultánea a pacientes, es decir con dotación física y humana.
- Otros: Se indicará su número total y se especificará su detalle (tipo y número) o bien en comentario inserto o en hoja aparte.

- Presupuesto: Se indicará el presupuesto total anual del centro (incluido el de personal), en miles de pesetas. Si existen gastos del centro que no corren con cargo a su presupuesto, se indicarán en comentario aparte.

13. Hoja de Recursos II:

- N.º de Comunidad Autónoma/INSALUD: Se consignará el código correspondiente según la lista de códigos que se acompaña.
- N.º de Orden: Es muy importante que se consigne siempre el mismo número que el asignado al Centro en la hoja de identificación.
- En todos los campos referidos a personal se indicará el número total de la respectiva categoría profesional. Este número incluirá a todos los trabajadores con independencia de su vínculo funcional, estatutario o laboral al centro. En el caso de los trabajadores a tiempo parcial, se realizará su conversión a trabajadores a tiempo completo, según la jornada anual vigente en el mismo, ya que la unidad es el trabajador a tiempo completo. En el caso de existir trabajadores que no pertenecen a la plantilla del centro, pero trabajan en él, se contabilizarán igualmente por su número equivalente en trabajadores a tiempo completo.
- Otros trabajadores especializados: Se incluirán todos los trabajadores de estas categorías, que no pertenezcan a las singularizadas en las columnas anteriores de la hoja, ni realicen labores administrativas o de tipo general.
- Resto de Personal: En esta columna se incluirá el resto de personal del centro, no incluido en las columnas anteriores, que se corresponde con el personal administrativo y de servicios generales del centro.
- Presupuesto de Personal: Se incluirá la parte del presupuesto total expresado en la hoja anterior que cubra todos los gastos de personal, expresada también en miles de pesetas.

CÓDIGOS DE ANEXO DE DATOS

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Campo: **Comunidad Autónoma/INSALUD**

Códigos:	01	ANDALUCÍA
	02	ARAGÓN
	03	ASTURIAS
	04	BALEARES
	05	CANARIAS
	06	CANTABRIA
	07	CASTILLA-LA MANCHA
	08	CASTILLA Y LEÓN
	09	CATALUÑA
	10	C. VALENCIANA
	11	EXTREMADURA
	12	GALICIA
	13	MADRID
	14	MURCIA
	15	NAVARRA
	16	PAÍS VASCO
	17	LA RIOJA
	18	CEUTA
	19	MELILLA
	60	INSALUD

Campo: **Tipo de Centro**

Códigos:	01	Hospitales monográficos psiquiátricos de agudos
	02	Hospitales monográficos psiquiátricos de media y larga estancia
	03	Hospitales monográficos psiquiátricos mixtos (agudos y media y larga estancia)
	04	Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales
	05	Centros monográficos de Salud Mental
	06	Unidades de Salud Mental en Centros de Salud
	07	Centros de Drogodependencias (y toxicomanías)
	08	Centros de Alcoholismo (incluida desintoxicación)
	09	Unidades de Deshabitación Tabáquica
	10	Centros de Rehabilitación Psiquiátrica (otros)
	11	Centros de Día
	12	Otros (especificar)

Campo: Titularidad

- Códigos: 01 Pública de C. Autónoma
02 Pública del INSALUD
03 Pública de Diputación Provincial
04 Pública de Ayuntamiento
05 Pública de Consorcio
06 Pública (otros)
07 Privada concertada por C. Autónoma
08 Privada concertada por INSALUD
09 Privada concertada (otros)
10 Otras (especificar)

Campo: Red

- Códigos: 01 Pública única. Integración total
02 Pública única. Integración parcial
03 Pública única. No integración
04 Pública no única. Integración total
05 Pública no única. Integración parcial
06 Pública no única. No integración
07 Inexistencia de Red
08 Otras (especificar)

Campo: Modalidades asistenciales

- Códigos: 01 Internamiento
02 Hospital de Día/Centro de Día
03 Consultas
04 Urgencias
05 Terapias de Recuperación/Rehabilitación/Deshabitación
06 Terapias de Mantenimiento/Refuerzo
07 Otras (especificar)

Campo: Tipo de Pacientes

- Códigos: 01 Agudos
02 Media y larga estancia
03 Minusválidos psíquicos
04 Alcoholismo/Toxicomanías
05 Psiquiatría de la infancia
06 Gerontopsiquiatría
07 Otros (especificar)

ANEXO II: CONTESTACIONES AL CUESTIONARIO

INTEGRACIÓN EN LA RED

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares
Red	X	P	X	P
Consolidación	1991	1986	1986	1997
Regulación	L	C	C	C
	Canarias	Cantabria	Castilla-La M.	C. y León
Red	X	X	P	X
Consolidación	2000	2000	1987	1989
Regulación	C	C	C	D
	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia
Red	I	P	O	X
Consolidación	1999	2000		1998
Regulación	D	C		
	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco
Red	X	X	X	X
Consolidación	1997	1993	1986	1985
Regulación	C	O		
	La Rioja	Ceuta	Melilla	
Red	X	X	O	
Consolidación	1986			
Regulación	C			

Red: X: integrada totalmente
P: integrada parcialmente
I: plan de integración en marcha
O: ausencia de red

Regulación: L: por Ley
D: por Decreto
O: por Orden de la Consejería
C: por Convenio

ACCESO A PACIENTES

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares
RSM	AP	AP	AP	AP
M/L Estancia	CSM y UHCE	C	CSM y UHCE	CSM y UHCE
Otras Redes	RSM	RSM	RSM	RSM
	Canarias	Cantabria	Castilla-La M.	C. y León
RSM	AP	AP	AP, AE, E, SM	AP, AE
M/L Estancia	CSM y UHCE	CSM y UHCE	CSM y UHCE	CSM y UHCE
Otras Redes	RSM	RSM	RSM	RSM
	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia
RSM	AP	AP	AP	AP
M/L Estancia	CSM y UHCE	CSM y UHCE	CSM y UHCE	CSM y UHCE
Otras Redes	RSM	RSM	RSM	RSM
	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco
RSM	AP y AE	AP	AP	AP, E
M/L Estancia	CSM y UHCE	CSM y UHCE	CSM y UHCE	CSM y UHCE
Otras Redes	RSM	RSM	RSM	RSM
	La Rioja	Ceuta	Melilla	
RSM	AP	AP	AP	
M/L Estancia	C			
Otras Redes	RSM			

AP: Atención primaria

AE: Atención especializada

CSM: Centro de Salud Mental

RSM: Red de Salud Mental

UHCE: Unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estancia

SM: Servicios Menores

M/L: Media y larga

C: Comisión

E: Educación

CARTERA DE SERVICIOS

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares
Propia	O	O	P	Pa
Regulada				
Ambito				
Publicada				
	Canarias	Cantabria	Castilla-La M.	C. y León
Propia	O	O	Pa	E
Regulada				
Ambito				
Publicada				
	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia
Propia	E	E	O	O
Regulada				
Ambito				
Publicada				
	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco
Propia	O	E	O	Pa
Regulada				
Ambito				
Publicada				
	La Rioja	Ceuta	Melilla	
Propia	O	O	O	
Regulada				
Ambito				
Publicada				

P: Prevista en su planificación

Pa: Parcial

O: Ausencia de cartera

E: En elaboración

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

	Andalu- cía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla- La M.	C. y León	Cataluña	C. Valen- ciana
1	X	X	X	X	PC	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	OR	X	X	OR	OR	X	X	PC	X	X
5	OR	O	P	P	OR	X	OR	P	X	P
6	OR	X	X	OR	OR	X	X	X	X	X
7	X	O	X	X	X	X	P	X	X	X
8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	X	X	PC	X	PC	X	X	PC	X	X
11	P	X	X	X	PC	X	X	X	X	X
12	X	X	PC	OR	PC	X	OR	X	X	X
	Extrema- dura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ceuta	Melilla	
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4	OR	OR	OR	X	X	X	X	X	X	
5	P	O	O	P	P	P	X	X	O	
6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7	P	X	X	X	X	P	X	O	O	
8	P	X	X	X	X	X	X	O	X	
9	P	X	X	X	X	X	X	O	X	
10	X	X	X	X	X	X	X	O	X	
11	X	P	X	X	X	X	X	X	X	
12	X	OR	OR	OR	O	X	X	O	X	

X: Prestación completa

OR: Prestación completa en red distinta de la de salud mental

PC: Prestación compartida con otra red

P: Prestación parcial o no generalizada

O: Ausencia de prestación

SISTEMA DE REGISTRO

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares
Pacientes	X	X	X	O
Actividad	X	X	X	O
Integración	O	O	X	O
Implantación	P	X	X	O
	Canarias	Cantabria	Castilla-La M.	C. y León
Pacientes	X	O	O	O
Actividad	X	O	P	X
Integración	O	O	O	O
Implantación	I	O	O	O
	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia
Pacientes	O	X	O	X
Actividad	X	O	O	O
Integración	O	O	O	O
Implantación	X	P	O	P
	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco
Pacientes	X	X	X	X
Actividad	X	X	X	X
Integración	X	O	O	O
Implantación	X	P	P	P
	La Rioja	Ceuta	Melilla	
Pacientes	X	O	O	
Actividad	X	O	O	
Integración	X	O	O	
Implantación	X	O	O	

X: Existencia
O: Ausencia
I: En sus inicios
P: Parcialmente implantado