

SM⁺

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL
DE EXTREMADURA 2007-2012

“

Las personas con enfermedad mental tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios específicos y preferentes en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Artículo 11.2 de la Ley 10/2001,
de Salud de Extremadura

”

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA 2007-2012

2007
2012



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

PLAN INTEGRAL de
salud mental
de EXTREMADURA
2007 - 2012

HACIA UNA
SALUD MENTAL POSITIVA

SM⁺

TÍTULO

Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012

LUGAR Y FECHA DE PUBLICACIÓN

Mérida, octubre de 2007

EDITA

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud

AUTORES

Miguel Simón Expósito

Andoni Anseán Ramos

Leopoldo Elvira Peña

Asunción Cabrera Herrera

OTROS AUTORES

Todas las personas que figuran en el apartado de Participantes

PROYECTO GRÁFICO

crearte.com

DEPÓSITO LEGAL

CC-291-2007

ISBN

978-84-96958-05-0



PLAN INTEGRAL de
salud mental
de **EXTREMADURA**
2007 - 2012



SUMARIO

PRESENTACIÓN	12
PRÓLOGO	16
1. METODOLOGÍA	22
1.1 Proceso de Elaboración	
1.2 Participantes	
1.2.1 Autores	
1.2.2 Colaboradores	
2. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR	42
2.1 Marco Normativo	
2.2 Marco Planificador	
2.2.1 La Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental	
2.2.2 Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud	
2.2.3 El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008	
2.2.4 El I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público Extremeño	
2.2.5 El Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008	
2.2.6 Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010	
2.3 Ordenación Sanitaria	
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	52
3.1 Análisis del entorno	

- 3.1.1 Demografía
- 3.1.2 Economía
- 3.1.3 Educación
- 3.1.4 Vida Laboral
- 3.1.5 Salud Materno-infantil
- 3.1.6 Consumo de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas
- 3.1.7 Adicciones Comportamentales
- 3.1.8 Violencia
- 3.2 Evaluación del I Plan de Salud Mental de Extremadura
 - 3.2.1 Desarrollo General de los objetivos
 - 3.2.2 Desarrollo de la Atención Ambulatoria
 - 3.2.3 Desarrollo de la Atención Hospitalaria
 - 3.2.4 Desarrollo de la Atención Rehabilitadora
 - 3.2.5 Proceso de transformación de los Hospitales Psiquiátricos
 - 3.2.6 Estructuras de coordinación
- 3.3 Demanda de Atención a la Salud Mental
 - 3.3.1 Mortalidad
 - 3.3.2 Morbilidad Estimada
 - 3.3.3 Morbilidad Atendida
 - 3.3.4 Morbilidad Percibida
 - 3.3.5 Morbilidad Reconocida
 - 3.3.6 Carga de la morbimortalidad psiquiátrica
- 3.4 Oferta de Atención a la Salud Mental
 - 3.4.1 Organización y Gestión de la Oferta de Atención
 - 3.4.2 Dotación de la Oferta de Atención
- 3.5 Coste de la Atención a la Salud Mental

3.5.1 Coste estimado de las Enfermedades Mentales	
3.5.2 Coste de la Atención a la Salud Mental en Extremadura	
3.5.3 La distancia entre políticas y financiación de la salud mental	
3.6 Análisis Cualitativo de la Atención a la Salud Mental de Extremadura	
3.6.1 Conclusiones del análisis del Grupo Focal de Usuarios	
3.6.2 Conclusiones del análisis del Grupo Focal de Familiares	
3.6.3 Conclusiones del análisis del Grupo Focal de Profesionales	
4. VISIÓN Y VALORES	88
4.1 Visión	
4.2 Valores	
5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y ACTUACIONES . . .	94
Línea Estratégica 1: PROMOVER UN MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA	
Objetivo 1: Promover y proteger la Salud Mental como un valor fundamental de bienestar y de desarrollo personal y comunitario	
Objetivo 2: Prevenir los problemas de salud mental y la conducta suicida	
Objetivo 3: Fomentar una actitud positiva y normalizada hacia la enfermedad mental y las personas que las padecen	
Línea Estratégica 2: AUMENTAR Y ADAPTAR LOS RECURSOS ASISTENCIALES A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN	

Objetivo 4: Mejorar la atención y coordinación de los equipos de atención primaria y de salud mental en el abordaje del trastorno mental común

Objetivo 5: Mejorar la atención a los niños y adolescentes con problemas de Salud Mental

Objetivo 6: Mejorar la atención a personas con trastornos mentales graves

Objetivo 7: Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria

Objetivo 8: Adecuación de los recursos y procedimientos a las necesidades emergentes de la población

Objetivo 9: Mejorar la coordinación y la calidad de la atención a los problemas de patología dual y potenciar la integración funcional de los dispositivos de salud mental y drogodependencias

Objetivo 10: Adaptar la oferta asistencial a las necesidades específicas de las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos

Línea Estratégica 3: FOMENTAR LA EXCELENCIA EN LA ASISTENCIA Y LA GESTIÓN SANITARIA

Objetivo 11: Transferir los Hospitales Psiquiátricos a la Junta de Extremadura

Objetivo 12: Consolidar la práctica asistencial basada en la evidencia

Objetivo 13: Mejorar la calidad relacional en la atención a la salud mental

Objetivo 14: Desarrollar una organización y gestión eficientes

Objetivo 15: Mejorar la coordinación interinstitucional y la continuidad asistencial

Objetivo 16: Fomentar la gestión del conocimiento y la adquisición y generación de nuevas evidencias

6. AUMENTO DE RECURSOS ASISTENCIALES 138

6.1 Aumento de recursos ambulatorios

6.2 Aumento de recursos hospitalarios

6.3 Aumento de recursos de rehabilitación y apoyo social

7. CRONOGRAMA, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO 144

7.1 Cronograma

7.1.1 2007-2008

7.1.2 2009-2010

7.1.3 2011-2012

7.2 Evaluación y Seguimiento

ANEXOS 155

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

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Plan de Acción Europeo para la Salud Mental

Abreviaturas

Bibliografía

El fin del Plan que ahora se presenta no puede ser otro que mejorar en todo lo posible la salud mental de la población extremeña. Para ello se le ha dotado de una serie de características que pretenden hacer de este Plan un instrumento válido y operativo que señale a todos el qué y el cómo se pretende mejorar dicha salud.

presentación.

Una de estas características es que es un Plan necesario y deseado. El único Plan de Salud Mental con el que contaba Extremadura data del año 1995, por lo que desde hace tiempo se percibía la necesidad de actualizarlo, deseo éste tanto de los responsables públicos como de los profesionales y de los propios ciudadanos.

Es un Plan participado, por el número de personas y entidades relacionadas directa o indirectamente con la atención a la salud mental de Extremadura que han participado directamente en algún momento de su elaboración: 10 grupos de trabajo, 150 personas y más de 50 entidades.

También es un Plan realista y ambicioso que apuesta claramente por un desarrollo de todas las dimensiones de la atención a la salud mental. Es, en este sentido, un Plan moderno y coherente con las últimas planificaciones

realizadas a nivel europeo y estatal entre las que destacan la Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental de la que dimana y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Incorpora también interesantes aportaciones de otras planificaciones autonómicas que vienen a enriquecer aún más el contenido del Plan.

Otra de sus características es su integralidad y colaboración entre todas las instituciones, sectores y niveles de atención implicados en la salud mental de nuestra región. Su atención deja de ser responsabilidad exclusiva de la administración sanitaria para extenderse al ámbito social, educativo, laboral, de vivienda o de justicia, destacando también el importante papel de las asociaciones de usuarios y familiares en el desarrollo del Plan.

Supone una apuesta decidida por una visión de la Salud Mental Positiva, por la promoción de la salud mental, el compromiso de todos por protegerla y promoverla y por el empeño decidido por generar un cambio hacia una actitud positiva respecto a la salud mental, las enfermedades mentales y las personas que las padecen. La normalización, la corresponsabilización y la protección de la salud mental en todos los ámbitos de nuestra sociedad es una misión que necesita ser compartida y percibida por todas las organizaciones y ciudadanos de Extremadura como inversión a largo plazo sobre la que asentar uno de los pilares de su bienestar y desarrollo futuro.

Es un Plan centrado en las necesidades de los ciudadanos, en los perfiles específicos de atención a su salud mental, a los que dedica la mitad de sus objetivos, de manera que la población pueda disfrutar de una asistencia cada vez más especializada.

También es un Plan comprometido con la eficiencia, la calidad, la evidencia y la ética, tanto en la asistencia como en la gestión, donde se incide en proporcionar al ciudadano una atención coordinada y continuada de forma que tanto él como sus allegados sólo se preocupen por su recuperación.

Esperamos que este Plan cumpla todas las expectativas con las que ha sido elaborado, empeño en el que todos nos encontraremos durante los próximos cinco años.

D^a MARÍA JESÚS MEJUTO CARRIL
Consejera de Sanidad y Dependencia
Junta de Extremadura



La mejora de la atención de la salud mental en Extremadura ha formado parte desde el año 1995, fecha de la elaboración del I Plan de Salud Mental, de las líneas estratégicas de la Comunidad Autónoma. Así se ha contemplado en todos los Planes de Salud elaborados desde esa fecha y así se recoge en la propia Ley de Salud del año 2001. El Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 pretende dar continuidad e impulsar este proceso, bajo la convicción de que la promoción, prevención y mejora de la atención de la salud mental contribuye de manera decisiva al incremento del bienestar y calidad de vida de los ciudadanos, al tiempo que mantiene el compromiso con la justicia social, la solidaridad y la igualdad de oportunidades.

prólogo.

Se estima que una de cada cinco personas en España podrá llegar a sufrir algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida y en un momento dado el 9% de su población puede estar afectada por este tipo de dolencias. En el año 2020 este tipo de trastornos serán los mayores responsables de la carga de enfermedad en el mundo, por encima de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer y en términos de mortalidad, si bien las tasas de suicidio en Europa no son elevadas, suponen la segunda causa de muerte entre personas de entre 15 y 34 años, después de los accidentes de tráfico. El impacto en la utilización de servicios es también elevado: una de cada cinco personas atendida en los Equipos de Atención Primaria padece uno o más trastornos mentales.

Genera una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de 8 horas al día. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de 8 años, con abandono de actividades laborales y de ocio. Se estima que los costes asociados, especialmente los indirectos, suponen en el conjunto de la UE entre un 3 y un 4% del PIB. Sin embargo, en la mayoría de países existe una diferencia significativa entre la carga de la salud mental y la asignación en los presupuestos de salud. Además, persisten la estigmatización y la discriminación de las personas afectadas, en especial en los casos graves.

Las últimas décadas han supuesto, sin embargo, un avance decisivo en la consideración y mejora de la atención de las personas con enfermedad mental. El nuevo modelo de servicios planteado por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el año 1985 formaba parte de un proyecto de universalización de la asistencia sanitaria y por tanto, suponía la inclusión de la salud mental en el sistema sanitario. Para ello era esencial la transformación de los Hospitales Psiquiátricos y el desarrollo de toda una red de dispositivos de atención ambulatoria, hospitalización y rehabilitación, que contara también con programas para determinados colectivos vulnerables. Todo ello manteniendo el principio básico de la orientación comunitaria de dichos servicios.

Este modelo, desarrollado en los años ochenta, ha recibido un impulso importante en los últimos años desde instancias supranacionales que están logrando que la salud mental llegue a ocupar un lugar relevante en el diseño de las políticas de salud en Europa. A este marco de referencia han contribuido, por un lado, la Conferencia Interministerial celebrada en 2005 en Helsinki, convocada por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa, cuyo resultado fue *el Plan de Acción Europeo para la salud mental* y por otro, la elaboración por la Comisión Europea del *Libro Verde, Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*.

Al amparo de este impulso, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en Diciembre de 2006 la Estrategia en Salud Mental, elaborada de manera consensuada entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y las Comunidades Autónomas para conseguir una mejor atención de las personas con trastornos mentales. Constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de las actuaciones en materia de prevención, promoción y atención integral a la salud mental, que pretende contribuir a la cohesión del sistema sanitario.

En nuestra Comunidad, la elaboración del I Plan de Salud Mental supuso el primer intento de dotarnos de un instrumento para mejorar la coordinación y la organización, completar la red de servicios de atención ambulatoria creada años antes, impulsar la transformación de los Hospitales Psiquiátricos y dotar de servicios básicos de rehabilitación y apoyo social.

Aunque con cierto retraso en relación con el resto, este Primer Plan contribuyó a hacer visible el modelo de salud mental de orientación comunitaria en nuestra región, logró gran parte de los objetivos planteados en materia de rehabilitación y desarrollo de dispositivos sanitarios, pero dejó algunos pendientes. Pasados diez años de ese primer Plan, asistimos a un nuevo escenario organizativo y a una nueva realidad social y asistencial, a la que ha contribuido en gran medida, el proceso de transferencias sanitarias a nuestra Comunidad y el desarrollo y organización de una red de servicios ambulatorios, hospitalarios, de rehabilitación y apoyo social, realizados a su amparo.

La mejora de la salud mental en nuestra región necesitaba, por tanto, un nuevo impulso que, además de paliar las carencias organizativas y asistenciales aún existentes, tuviera en cuenta el nuevo contexto organizativo y social de la Comunidad para orientar las actuaciones hacia una visión positiva de la salud mental, con carácter intersectorial y que cuente con la participación de los afectados.

El Plan que ahora se presenta se enmarca en los criterios asistenciales y la filosofía de los documentos estatales y europeos anteriormente citados, adaptando en lo posible sus contenidos al contexto sociodemográfico y asistencial de nuestra Comunidad Autónoma e incorporando interesantes aportaciones de otros Planes Autonómicos. No en vano es el primer Plan Autonómico presentado con posterioridad a la elaboración de la Estrategia estatal.

Plantea tres grandes líneas estratégicas, con sus correspondientes objetivos, actuaciones e indicadores:

- Promover un modelo de salud mental positiva.
- Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a las necesidades específicas de la demanda de atención.
- Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión sanitaria.

El Plan supone una apuesta decidida por la promoción, la prevención y la mejora de la imagen de las personas afectadas, aspectos tradicionalmente relegados. Trata de establecer una política de salud mental de carácter regional, por lo que las actuaciones que implican participación y coordinación de los distintos sectores implicados son permanentes. Teniendo en cuenta el papel de los Equipos de Atención Primaria en el abordaje de los trastornos mentales, el diseño de estrategias de apoyo al primer nivel de atención por parte de los Equipos de Salud Mental constituye también uno de sus aspectos más significativos.

Trata también de proveer servicios cada vez más especializados. Destacan en este sentido la atención para los trastornos mentales graves, los niños y adolescentes o los trastornos de la conducta alimentaria. Pero también la respuesta cada vez más ajustada a las necesidades de las personas con patología dual, población anciana, inmigrante, sujeta a medias penales o afectada por graves dolencias físicas, como retos actuales de la atención.

A pesar del avance de los últimos años, la existencia de dos Hospitales Psiquiátricos en la región con un volumen tan significativo de camas hace necesario también abordar la situación de las personas institucionalizadas y el futuro de los propios centros en el marco de la red de salud mental comunitaria. Las actuaciones en este sentido irán destinadas a evitar la institucionalización de determinados grupos de pacientes, externalizar a aquellos que puedan integrarse en otros dispositivos más normalizados y aumentar la calidad de vida de quienes permanezcan en ellos.



1. metodología.

1.1 Proceso de elaboración

Para la elaboración del Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 se ha seguido el siguiente proceso:

En primer lugar se creó un Comité Técnico encargado de la redacción del Plan y de la coordinación de todos los trabajos necesarios para su elaboración, en el que tuvieron representación todos los ámbitos de asistencia y planificación relevantes en el campo de la salud mental. Los trabajos de dicho Comité estuvieron coordinados por la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud.

Este Comité Técnico constituyó un Grupo de Expertos con objeto de analizar la situación de la salud mental de Extremadura. Partiendo de un documento base, analizó los datos sociodemográficos, epidemiológicos y asistenciales disponibles e incorporó la información obtenida de los de pacientes, familiares y profesionales a través

de los tres Grupos Focales creados con el fin de conocer de manera directa el punto de vista de los afectados y los profesionales.

Una vez elaborado un primer Documento de Análisis, el Comité Técnico solicitó aportaciones al mismo a las asociaciones de familiares, usuarios y profesionales. Con todo ello, identificó y priorizó las áreas de intervención.

Establecidas estas prioridades se crearon 8 grupos de trabajo para la elaboración de los objetivos y actuaciones: Necesidades Emergentes; Patología Dual (cuyas objetivos serán utilizados de manera conjunta con el Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas); Población Institucionalizada; Promoción, Prevención y Estigma, Salud Mental de Niños y Adolescentes y Trastornos de la Conducta Alimentaria; Trastorno Mental Común; Trastorno Mental Grave y Calidad y Gestión. Cada grupo dispuso de un Coordinador y una documentación inicial de trabajo y en ellos participaron 54 profesionales.

Finalizadas las aportaciones de los Grupos, estas fueron refundidas por la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios en un Documento Base que fue entregado para su análisis al Comité Técnico, a los participantes en los grupos y a los representantes de los afectados.

Con las aportaciones se elaboró un Documento de Debate que fue enviado a todos los dispositivos de salud mental, a los participantes en los grupos de trabajo y a Entidades sin Ánimo de Lucro, Facultades y Escuelas Universitarias, Sociedades Científicas y Colegios Profesionales y Consejerías de la Junta de Extremadura relacionadas con el campo de la salud mental.

Modificado este Documento de Debate, el Comité Técnico redactó el Documento Propuesta que sería elevado al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura para su aprobación.

Plan de Salud Mental de Extremadura 2007-2012

Metodología

Fase Inicial

Responsable	Producto
Comité Técnico	Documento Inicial

Fase de Análisis de Situación

Responsable	Producto
Grupo de Análisis de Situación	Documento de Análisis
Asociaciones ⇄ Comité Técnico	Identific. y Priorización de Áreas de intervención

Fase de Determinación de Objetivos

Responsable	Producto
Grupos de Determinación de Objetivos	Documentos Base

Fase Debate

Responsable	Producto
Comité Técnico	Documento Debate
Todos	Aportaciones

Fase Aprobación

Responsable	Producto
Comité Técnico	Documento Propuesta



1.2 Relación de participantes

AUTORES

GRUPO DIRECTOR. SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL Y RECURSOS SOCIO SANITARIOS (S.E.S.)

Miguel Simón Expósito
Subdirector

Andoni Anseán Ramos
Coordinador Técnico

Leopoldo Elvira Peña
Jefe de Sección

Asunción Cabrera Herrera
Psicóloga

Comité Técnico de Redacción

Coordinador del Comité Técnico:

Miguel Simón Expósito

Subdirector de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios
Servicio Extremeño de Salud

Miembros del Comité Técnico:

Juan Carlos Campón Durán

Director General de Servicios
Sociales.

Consejería de Bienestar Social

Miguel Casado Gómez

Director General de Migración,
Cooperación y Prestaciones

Consejería de Bienestar Social

Antonio Pascual González

González

Coordinador Salud Mental Área
Don Benito

Servicio Extremeño de Salud

José Ramón Gutiérrez Casares

Coordinador Salud Mental Área
Badajoz

Servicio Extremeño de Salud

Agapito Herrero Sánchez

Gerente

Complejo Hospitalario Provin-
cial. Plasencia

Diputación de Cáceres

Antonio Jiménez Matas

Jefe de Sección

Subdirección Atención

Especializada

Servicio Extremeño de Salud

Juan Carlos Martín Araujo

Secretario Técnico

Secretaría Técnica Drogode-
pendencias

Servicio Extremeño de Salud

Elisa Muñoz Godoy

Subdirectora de Atención

Primaria

Servicio Extremeño de Salud

José Félix Sánchez-Satrústegui

Fernández

Gerente

Hospital Psiquiátrico “Adolfo

Díaz Ambrona”. Mérida

Diputación de Badajoz

Tomás Zarallo Barbosa

Jefe de Servicio

de Planificación

Dirección General de

Planificación, Ordenación y

Coordinación Sanitaria

Consejería de Sanidad y

Consumo

GRUPO DE EXPERTOS PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Coordinador del Grupo de Expertos:

Andoni Anseán Ramos

Coordinador Técnico

Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios

Expertos:

Yolanda Anés del Amo

Jefa de Sección

Servicio de Epidemiología

Dirección General de Consumo
y Salud Comunitaria

Consejería de Sanidad y

Consumo

Adrián Llerena Ruiz

Profesor Titular

Departamento de Farmacología
y Psiquiatría

Facultad de Medicina

Universidad de Extremadura

Antonio Expósito Ruíz

Coordinador E.S.M. Navalморal

Servicio Extremeño de Salud

Estefanía Molina Alen

Jefa de Sección

Dirección General de Planifica-
ción, Ordenación y Coordina-
ción Sanitaria

Félix Fernández Bermejo

Responsable del Gabinete de
Evaluación

Dirección General de Atención
Sociosanitaria y Salud

Servicio Extremeño de Salud

Consejería de Sanidad y
Consumo

Agapito Herrero Sánchez.

Gerente

Complejo Hospitalario Provin-
cial. Plasencia

Diputación de Cáceres

Antonio Puerto Barrios

Jefe de Sección

Subdirección de Atención
Primaria

Servicio Extremeño de Salud

José Félix Sánchez-Satrústegui
Fernández

Gerente

Hospital Psiquiátrico “Adolfo
Díaz Ambrona”. Mérida
Diputación de Badajoz



Francisco Vaz Leal
Coordinador ESM
"Valdepasillas". Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

GRUPOS DE EXPERTOS SOBRE NECESIDADES EMERGENTES

Coordinadora del Grupo de Expertos:

Sara Pelaz López
Psicóloga Clínica
ESM Zafra
Servicio Extremeño de Salud

Expertos:

Javier Busto Arenas
Psiquiatra
Coordinador ESM "Ciudad Jardín". Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Beatriz López Vinuesa
Psicóloga Clínica
ESM "Valdepasillas". Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Julia García White
Psiquiatra
Hospital "Nuestra Sra. de la Montaña". Cáceres
Servicio Extremeño de Salud

Francisco Javier Samino Aguado
Psiquiatra
ESM "Valdepasillas". Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

GRUPO DE EXPERTOS SOBRE PATOLOGÍA DUAL

Coordinador del Grupo de Expertos:

Leopoldo Elvira Peña
Jefe de Sección
Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios

Expertos:

Javier Berrocoso López
Psicólogo
Secretaría Técnica de
Drogodependencias
Servicio Extremeño de Salud

Juan Carlos Rivera
Médico
Complejo Sanitario Provincial.
Plasencia.
Diputación de Cáceres

Juan Antonio Guisado Macías
Psiquiatra
Hospital “Infanta Cristina”.
Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

José Antonio Santos Cansado
Psicólogo
Secretaría Técnica de
Drogodependencias
Servicio Extremeño de Salud

Quintín Montero
Pedagogo
Coordinador Proyecto Vida-
Badajoz
Cáritas Mérida-Badajoz

Urbano Vázquez Fernández
Médico
Comunidad Terapéutica
de la Garrovilla
Servicio Extremeño de Salud

Juan Félix Perianes Lozano
Psiquiatra
Coordinador ESM Villanueva de
la Serena
Servicio Extremeño de Salud

GRUPO DE EXPERTOS SOBRE POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA

Coordinador del Grupo de Expertos:

Agapito Herrero Sánchez
Gerente
Complejo Hospitalario Provincial. Plasencia
Diputación de Cáceres

Expertos:

Andoni Anseán Ramos
Coordinador Técnico
Subdirección de Salud Mental y
Recursos Sociosanitarios

Ángela Domínguez Clemente
Terapeuta Ocupacional
Hospital Psiquiátrico “Adolfo
Díaz Ambrona”. Mérida
Diputación de Badajoz

M^a Victoria Gómez Tomé
Psiquiatra
Complejo Sanitario Provincial.
Plasencia
Diputación de Cáceres

M^a Josefa Lorenzo Bragado
Psiquiatra
Complejo Sanitario Provincial.
Plasencia
Diputación de Cáceres

Juan José Marín Marín
Psicólogo
Hospital Psiquiátrico “Adolfo
Díaz Ambrona”. Mérida
Diputación de Badajoz.

María Ríos Díaz
Coordinadora de Salud Mental
Área de Mérida
Servicio Extremeño de Salud

José Félix Sánchez-Satrústegui
Fernández.
Gerente
Hospital Psiquiátrico “Adolfo
Díaz Ambrona”. Mérida
Diputación de Badajoz

**GRUPO DE EXPERTOS SOBRE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y
ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA****Coordinadora del Grupo de Expertos:**

Margarita Silvestre García
Psiquiatra
Hospital “Infanta Cristina”. Badajoz.
Servicio Extremeño de Salud

Expertos:

Moisés Bolívar Perálvarez.
Psiquiatra
Hospital “Infanta Cristina”.
Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Psicosocial. Badajoz.
Hermanas Hospitalarias del
SCJ.

Pablo Cantero Garlito
Terapeuta Ocupacional
Centro de Rehabilitación
Psicosocial. Plasencia
Ayuntamiento de Plasencia

Antonio Lozano Saucedo
Coordinador. PROINES.
Don Benito

Ana Delfa Cantero
Directora
Centro de Rehabilitación

Carmen Sánchez
Supervisora de Enfermería
UHB
Hospital “Infanta Cristina”.
Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

**GRUPO DE EXPERTOS SOBRE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y
DEL ADOLESCENTE Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA****Coordinadora del Grupo de Expertos:**

Carmen Rosado Texeira
Psicóloga Clínica
Coordinadora ESM Cáceres
Servicio Extremeño de Salud

Expertos:

Modesto Bermúdez Monge
Psicólogo
Dirección General de Infancia y
Familia
Consejería de Bienestar Social

Angustias García Herráiz.
Psiquiatra. Diputación de Badajoz.
Unidad de Trastornos de la
Conducta Alimentaria. Badajoz.
Servicio Extremeño de Salud

Ana María Hernández Gudino
Psiquiatra
ESM Infante Juvenil Cáceres
Servicio Extremeño de Salud

Urbano Luis Redondo Pardo
Pediatra
Centro de Salud “Plaza de
Argel” Cáceres
Servicio Extremeño de Salud

Soledad Hueros Ayuso
Psicóloga
Centro Extremeño de
Desarrollo Infantil
Servicio Extremeño de Salud

Mercedes Reymundo
Pediatra
Centro de Salud “La Paz”
Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Carmen Pérez Puente
Psiquiatra
Complejo Sanitario Provincial
Plasencia
Diputación de Cáceres

M^a Soledad Salcedo Salcedo
Psicóloga Clínica
ESM Infante Juvenil Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

GRUPO DE EXPERTOS SOBRE TRASTORNO MENTAL COMÚN

Coordinador del Grupo de Expertos:

Juan José Molina Castillo
Coordinador ESM Talarrubias
Servicio Extremeño de Salud

Expertos:

Carmen Díaz Murillo
Trabajadora Social
ESM “Valdepasillas”
Servicio Extremeño de Salud

Rosa Galindo Sanvalentín
Coordinadora de Salud Mental
Área de Plasencia
Servicio Extremeño de Salud

María Candelas Gómez de Paula
Médico de Familia
Consultorio Local de
Ibahernando
Servicio Extremeño de Salud

Leonor Muñoz Fernández.
Enfermera
ESM “Obispo Paulo”. Mérida.
Servicio Extremeño de Salud

GRUPO DE EXPERTOS SOBRE TRASTORNO MENTAL GRAVE

Coordinadora del Grupo de Expertos:

Asunción Cabrera Herrera
Psicóloga. Diputación de Badajoz
Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios
Servicio Extremeño de Salud

Expertos:

Ángela Arias Jiménez
Directora
Centro de Rehabilitación
Psicosocial. Mérida
APENESMER

M^a Antonia García
Psiquiatra
Hospital Psiquiátrico “Adolfo
Díaz Ambrona”. Mérida
Diputación de Badajoz

Ángel Luis Blanco González
Psiquiatra
Complejo Sanitario Provincial.
Plasencia
Diputación de Cáceres

Ana García Nieto
Directora
Centro Residencial de Rehabili-
tación de Cáceres
APAFENES

M^a Paz Casado Rabasot
Psicóloga Clínica
Centro de Rehabilitación
Psicosocial. Plasencia
Ayuntamiento de Plasencia

Nora Lamy Fernández
Psicóloga
Programa de Inserción Laboral.
Cáceres
APAFENES



Soraya Masa Moreno

Terapeuta Ocupacional.
Hospital Psiquiátrico “Adolfo
Díaz Ambrona”. Mérida
Diputación de Badajoz

GRUPO DE EXPERTOS SOBRE CALIDAD

Leopoldo Elvira Peña

Jefe de Sección
Subdirección de Salud Mental y
Recursos Sociosanitarios
Servicio Extremeño de Salud

Francisco Vaz Leal

Coordinador ESM “Valdepa-
sillas”. Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Joaquín Ingelmo Fernández

Psiquiatra
Hospital Infanta Cristina.
Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Francisca Vizcaíno Agúndez

Jefa de Servicio de Calidad
Dirección General de Formación,
Inspección y Calidad Sanitarias
Consejería de Sanidad y
Consumo

Miguel Simón Expósito

Subdirector de Salud Mental y
Recursos Sociosanitarios
Servicio Extremeño de Salud

COLABORADORES

Expertos Consultores

Pablo Calderón López.

Psiquiatra. Hospital “Infanta
Cristina”. Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Alfonso García Ordás Álvarez

Psiquiatra. Diputación de Badajoz
ESM “Valdepasillas”. Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

Isabel Galán Castaño

Trabajadora Social
Gerencia del Área de Salud de
Cáceres
Servicio Extremeño de Salud

Asociaciones, Federaciones y Organizaciones

No Gubernamentales

ADAFEMA-FEAFES Extremadura

ADETAEX

AEECRM-Delegación Extremadura

AEMIS-FEAFES Extremadura

AFEMPC-FEAFES Extremadura

AFENEZA-FEAFES Extremadura

APAFEM-FEAFES Extremadura

APAFENES-FEAFES Extremadura

APENESMER-FEAFES Extremadura

Asociación CALMA

Cáritas Diocesana

CERMI Extremadura

Cruz Roja

FEAFES Extremadura

FEAPS Extremadura

Fundación Sorapán de Rieros

PROINES-FEAFES Extremadura

Escuelas y Facultades Universitarias

Escuela de Enfermería de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud
Escuela de Enfermería de Badajoz. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura
Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres. Universidad de Extremadura
Escuela de Enfermería. Centro Universitario de Mérida. Universidad de Extremadura
Escuela de Enfermería. Centro Universitario de Plasencia. Universidad de Extremadura
Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
Escuela de Trabajo Social. Centro Cultural Santa Ana
Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura

Sociedades Científicas y Colegios Profesionales

A.E.N.-Asociación Extremeña de Neuro-psiquiatría
AEXTO-Asociación Extremeña de Terapeutas Ocupacionales
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Badajoz
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cáceres
Colegio Oficial de Enfermería de Badajoz
Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres
Colegio Oficial de Médicos de Badajoz
Colegio Oficial de Médicos de Cáceres
Colegio Oficial de Psicólogos
SEMERGEN (Sociedad Extremeña de Medicina Rural y Generalista)
SEXMFYC (Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria)

Junta de Extremadura

Agencia Extremeña de la Vivienda, el Urbanismo y el Territorio
Centro de Atención de Urgencias y Emergencias 112
Consejería de Bienestar Social

Consejería de Cultura
Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria
Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria
Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria
Dirección General de la Juventud
Instituto de la Mujer de Extremadura
Servicio Extremeño de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Subdirección de Atención Especializada
Subdirección de Atención Primaria
Subdirección de Gestión Farmacéutica
Subdirección de Urgencias y Emergencias
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud
Subdirección de Salud Pública
Secretaría Técnica de Drogodependencia
Programa Regional de Cuidados Paliativos
Centro Extremeño de Desarrollo Infantil
Dirección General de Presupuestos y Tesorería
Servicio Extremeño Público de Empleo.

Otros Organismos Públicos

Audiencia Provincial de Badajoz
Audiencia Provincial de Cáceres
Defensor del Usuario del Sistema Sanitario Público
Excm. Diputación de Badajoz
Excm. Diputación de Cáceres
Federación de Municipios y Provincias de Extremadura
Tribunal Superior de Justicia de Extremadura

Otros Colaboradores

Dirección General de Planificación, Coordinación y Ordenación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Consumo

Aurora Brioso Jérez

Mercedes Cortés Mancha
José Luis Ferrer Agualeles
Eugenio Molina Barragán
Eva María Molinero San Antonio
Eulalio Ruiz Muñoz
Tomás Zarallo Barbosa

Grupo Focal de Profesionales

Aurelio Blanco Gómez
Monitor
Centro de Rehabilitación
Psicosocial. Don Benito
PROINES

Ángel Luis Blanco González
Psiquiatra
Complejo Sanitario Provincial.
Plasencia
Diputación de Cáceres

M^a Paz Casado Rabasot
Psicóloga Clínica
Centro de Rehabilitación
Psicosocial. Plasencia
Ayuntamiento de Plasencia

Ana García Nieto
Directora
Centro Residencial de Rehabili-
tación. Cáceres
APAFENES

Esther González Márquez
Enfermera.
ESM “Infanto Juvenil”. Cáceres
Servicio Extremeño de Salud

Elía de Llano Sánchez.
Médico
Centro de Salud Urbano I.
Mérida
Servicio Extremeño de Salud

Beatriz López Vinuesa
Psicóloga Clínica
ESM “Valdepasillas”. Badajoz.
Servicio Extremeño de Salud

Margarita Silvestre García
Psiquiatra
Hospital “Infanta Cristina”.
Badajoz
Servicio Extremeño de Salud





2.marco normativo y planificador.

2.1 Marco normativo

En diciembre de 1978 la **Constitución Española**, en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, prevé en su artículo 70 y siguientes, la aprobación de planes de salud por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su artículo 74, del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria.

El artículo 20 determina la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema nacional de salud y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, para ello las Administraciones Sanitarias competentes deben adecuar su actuación a los principios enunciados en el mismo.

Más recientemente, la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Establece como principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud el Consejo Interterritorial, que contará entre sus funciones de asesoramiento, planificación, y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, con la evolución de los Planes Autonómicos de Salud y la formulación de los Planes Conjuntos y del Plan Integral de Salud, referidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En 2006, el **Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización**, detalla las prestaciones sanitarias en salud mental tanto a nivel de atención primaria como especializada.

También en 2006 se aprobó la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**, con efecto a partir del 1 de enero de 2007. En ella se reconoce un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantiza atención y cuidados a las personas dependientes (personas mayores y personas con discapacidad que no se pueden valer por sí mismas). En relación con las personas con

discapacidad intelectual o con enfermedad mental, la Ley, en su artículo 27, relativo a la valoración de la dependencia, establece que: “El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental”. Por tanto, en estos colectivos se valora no tanto la capacidad como la necesidad de apoyo y supervisión. Lo reciente de la Ley y la complejidad de la creación del Servicio de Autonomía y Atención a la Dependencia (S.A.A.D.), así como las necesarias reglamentaciones posteriores de todo ello impiden establecer de antemano los beneficios específicos de este nuevo derecho sobre los colectivos afectados por problemas de salud mental.

A nivel autonómico, la **Ley Orgánica 1/1983, Estatuto de Autonomía de Extremadura**, de febrero de 1983 (y sus tres reformas de 1991, 1994 y 1999), atribuye a la Comunidad Autónoma las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, centros sanitarios y hospitalarios públicos, y coordinación hospitalaria en general.

La **Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura**, establece un nuevo marco de ordenación para la sanidad pública extremeña, definiendo el Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud, como Organismo Autónomo de carácter administrativo, produciéndose así el cambio al actual escenario. En el mismo año, mediante el **Decreto 209/2001, de 27 de diciembre, se aprueban los Estatutos y Logotipo del Organismo Autónomo, Servicio Extremeño de Salud**.

Finalmente, destacar la promulgación de la siguiente normativa básica aprobada durante los años 2005 y 2006:

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

Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

La Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.

Decreto 228/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura y se crea el fichero de datos de carácter personal del citado registro.

Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

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

2.2 Marco planificador

2.2.1 LA DECLARACIÓN DE HELSINKI Y EL PLAN DE ACCIÓN EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL

Los Ministros de Sanidad de los Estados Miembro de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, reunidos en la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud para la Salud Mental, celebrada en Helsinki del 12 al 15 de Enero de 2005, firmaron una Declaración sobre Salud Mental para Europa y un Plan de Acción que la desarrolla para la próxima década.

Sus objetivos durante los próximos cinco a diez años consisten en desarrollar, establecer y evaluar una normativa que dé lugar a intervenciones en el ámbito de la Salud Mental, capaces de mejorar el bienestar de la población, prevenir los problemas de Salud Mental y promover la inclusión social y el desarrollo de las personas que padecen problemas de Salud Mental.

Por su interés, el ámbito, las prioridades, las acciones, las responsabilidades y los hitos de este Plan de Acción Europeo para la Salud Mental se detallan en anexo.

2.2.2 ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CSINS) se crea el Comité Institucional de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Este Comité tiene por objeto redactar una estrategia común en materia de Salud Mental

coherente con la establecida en Helsinki y que pueda ser compartida e implementada en las diferentes comunidades autónomas.

A finales de 2006 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la propuesta de esta estrategia, que contempla:

- 6 líneas estratégicas.
- 10 objetivos generales.
- 45 objetivos específicos.

Todos ellos están recogidos en anexo y a lo largo del presente Plan de Salud Mental de Extremadura podrá observarse cómo muchos de estos contenidos han sido trasladados al mismo, adaptándolos a la realidad de nuestra región.

2.2.3 EL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2005-2008

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 define 5 objetivos (objetivos 6, 7, 8, 9 y 26) en materia de Salud Mental.

Específicamente, el objetivo 6 establece que “durante el período de vigencia del Plan de Salud, se llevará a cabo la elaboración y puesta en funcionamiento de un nuevo Plan Integral de Salud Mental”.

2.2.4 EL I PLAN MARCO DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EXTREMEÑO

En 2006, la Consejería de Sanidad y Consumo publica el I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura, con ocho pilares estratégicos:

- Calidad de la atención sanitaria.
- Calidad relacional.
- Autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Evaluación sanitaria.
- Investigación y formación.
- Sistemas de información.
- Desarrollo profesional.
- Gestión y financiación.

Todos ellos pueden verse reflejados en el presente Plan de Salud Mental de Extremadura.

2.2.5 EL PLAN ESTRATÉGICO DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD 2005-2008

El Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008 establece la misión del mismo como: “proporcionar a los ciudadanos una atención sanitaria de carácter público y universal, de calidad excelente en todas sus vertientes de prevención, promoción de la salud, curación y rehabilitación, y de acuerdo con los principios de equidad, participación y eficiencia”.

Las 5 líneas de desarrollo estratégico que incluye son:

- Orientar la organización hacia la mejora de la salud y satisfacción de los ciudadanos.
- Desarrollar iniciativas para la implicación y participación de los profesionales.
- Dirigir todos los esfuerzos a la calidad total.
- Impulsar mejoras en la gestión de los recursos a través de la innovación e integración.
- Garantizar la eficiencia de la organización para contribuir a la estabilidad económica-financiera.

Todo ello se desarrolla en 53 objetivos, de los cuales el Objetivo número 1 es: “Participar y desarrollar los planes y programas que se establezcan para abordar los problemas de salud prevalentes en Extremadura y priorizados en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, así como los que se establezcan para la protección y mejora del estado de salud de todos”.

Dentro de este objetivo se desglosan 16 acciones, siendo la acción 1.3. “Participar en la puesta en funcionamiento del nuevo Plan Integral de Salud Mental”.

2.2.6 PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE EXTREMADURA 2005-2010

El Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010 incluye entre su población destinataria a las personas con trastorno mental grave y a parte de la población institucionalizada en los hospitales psiquiátricos, para las que contempla diferentes acciones y dispositivos asistenciales.

Entre sus acciones destaca la separación de las competencias en los ámbitos sanitario y social, la ampliación de servicios en ambos sectores y el establecimiento de criterios de organización y coordinación que garanticen la continuidad asistencial y el seguimiento de las personas con necesidades sociales y sanitarias concurrentes.

En este sentido, prevé la participación del sector de atención a la dependencia en el incremento de los dispositivos residenciales y de los programas de integración social y laboral. Asimismo, plantea la participación de este sector en el proceso de planificación y gestión de los hospitales psiquiátricos, una vez transferidos.

2.3 Ordenación sanitaria

El Área de Salud se configura como la estructura básica del Sistema Sanitario Público de Extremadura y marco fundamental para el desarrollo de la atención sociosanitaria. El Decreto 166/2005, de 5 de julio, aprueba el nuevo Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura, derogando el decreto 67/1998 y posteriores que lo modificaban.

La población de cada área de salud referida al 1/1/2005, según Real Decreto 1358/2005, de 18 de noviembre, queda reflejada en la siguiente tabla:

Población en número de habitantes, superficie en Km² de los municipios que forman parte de cada área de salud y densidad en habitantes por Km² de las áreas de salud de Extremadura. 2006

ÁREAS DE SALUD	HABITANTES	EXTENSIÓN	DENSIDAD
BADAJOS	265.049	6.237,8	42,49
MÉRIDA	160.634	3.392,45	47,35
DON BENITO-VILLANUEVA	141.266	6.963,77	20,28
LLERENA-ZAFRA	106.525	5.172,21	20,59
CÁCERES	194.893	10.319,8	18,89
CORIA	49.935	2.655,19	18,81
PLASENCIA	112.108	3.990,13	28,10
NAVALMORAL DE LA MATA	55.963	2.903,08	19,28
EXTREMADURA	1.086.373	41.634,43	26,09

Fuente: I.N.E. Densidad de población por municipios; y Consejería de Sanidad y Consumo. Mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Elaboración: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo



3.análisis de situación.

3.1 Análisis del entorno

3.1.1 DEMOGRAFÍA¹

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, Extremadura es, después de Castilla-La Mancha y Aragón, **la comunidad autónoma con menor densidad de población de España.**

Es también, después de Galicia, Castilla-La Mancha y Asturias, la comunidad autónoma **con mayor porcentaje de población rural.**

En base a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística sobre el censo de 2001, la población extremeña **crecerá en unos 6.000 habitantes en los próximos cinco años.**

Se reducirá en torno a un 10% en su población de 10 a 29 años, contrapesado por un incremento algo mayor (en torno al 15% y por efecto del “baby-boom”) de la población entre 45 a 59 años.

Los muy mayores también aumentarán aproximadamente el 10% (excepto en la franja de 70-75 años, que se reducirá en hasta un 20% por efecto de los no nacidos de la guerra).

Habrà, por tanto, menos presión demogràfica en la demanda de asistencia a los problemas asociados con la juventud, adolescencia y jubilación.

Aumentarà la presión demogràfica en la demanda de población adulta, de los muy mayores y de sus cuidadores.

Las demandas de asistencia por poblaciones serán, en consecuencia, diferentes (y casi contrapuestas) a las de la Unión Europea, centrada en el paso a la jubilación, problema que no llegará a Extremadura hasta dentro de 10-15 años, al igual que la pérdida de masa laboral, que en nuestra comunidad no empezará a ser tanto problema hasta dentro de algunos años.

En los últimos cinco años se ha ido aumentando progresivamente el número de divorcios y separaciones y, por tanto, de hogares monoparentales.

En resumen, los problemas demogràficos más acuciantes a cinco años vista son el aumento de los muy mayores, el descenso de sus cuidadores y la muy baja natalidad.

3.1.2 ECONOMÍA²

La renta familiar bruta disponible ajustada de Extremadura en 2004 se situaba en 11.163 €, mientras que la media de España era de 13.911€. Los ingresos medios por hogar y por persona en relación con la media española son los siguientes: 16.470€ vs. 21.551 € y 5.653 € vs. 7.591€, respectivamente.

Extremadura es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de hogares en los niveles más bajos de ingresos y con el menor porcentaje de hogares en los niveles más altos. El gasto medio por persona es menor (1.417€ en Extremadura vs. 2.115€ en la media española), así como el ahorro.

3.1.3 EDUCACIÓN

El porcentaje de personas sin estudios y con estudios de primer grado³ en relación con la media nacional es el siguiente: 20,01% vs. 12,8% y 24,9% vs. 23,08% respectivamente. El de personas con estudios de segundo y tercer grado está por debajo de la media nacional (39,88% vs. 48,03% y 10,38% vs. 13,55% respectivamente).

No obstante, se observa una disminución significativa estos porcentajes en los últimos años.

3.1.4 VIDA LABORAL

Según los datos del primer trimestre de 2006⁴, Extremadura posee una tasa de paro 15,75%, en constante reducción en los últimos años.

En cuanto a la percepción del trabajo por parte de la población ocupada de Extremadura⁵, el nivel medio de estrés se sitúa por debajo de la media nacional, siendo, en el caso de empleados varones, el menor del país. Por su parte, ocupa posiciones intermedias en cuanto al nivel de monotonía y aburrimiento en la jornada laboral.

La población ocupada extremeña es de la que menos conocimiento de los objetivos de sus empresas posee, están menos orgullosos que la media nacional de sus trabajos y cercana a ella en cuanto al nivel medio de participación.

Extremadura es de las comunidades que menor índice de frecuencia de accidentes de trabajo posee de España.

3.1.5 SALUD MATERNO-INFANTIL

Extremadura presenta el número más bajo de interrupciones voluntarias de embarazo de España.

Todos los indicadores de mortalidad en la infancia son similares al conjunto nacional.

3.1.6 CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El número de personas que se declaraba fumadora⁶ ha decrecido desde 2001 (32,4% de la población extremeña) a 2005 (27,6%). Los fumadores ocasionales también han decrecido (del 2,5% al 1,8%). Han aumentado los ex-fumadores (del 16,3% al 18,4%) y los que nunca han fumado.

El porcentaje de fumadores en la población entre 14 y 18 años es mayor en Extremadura que en a nivel nacional, especialmente en mujeres.

El patrón de consumo de alcohol ha cambiado hacia jóvenes consumidores de altas dosis de alcohol los fines de semana.

El consumo de alcohol ha disminuido notablemente entre el año 2001 a 2005 (del 67,8% de personas que referían haber ingerido alcohol en las dos últimas semanas en 2001 al 45,3% de 2005).

El consumo de alcohol en escolares⁷ es similar al nacional, observándose un aumento en 2004 y un retraso en la edad de la primera ingesta hasta los 13,9 años, sin diferencia entre sexos.

La droga ilegal más consumida es el cánnabis, aunque muy por debajo de la media nacional. Le siguen (por este orden) la cocaína, las drogas de síntesis, las anfetaminas y la heroína. En todos los casos por debajo de la media nacional.

Durante el período 2002-2004 se observa un aumento del consumo de todas las drogas ilegales, sobre todo cocaína, drogas de síntesis y cannabis.

3.1.7 ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Se desconoce la prevalencia de los trastornos de juego patológico en Extremadura, aunque se estima que el 1% de la población adulta presenta ludopatía. El problema se acentúa en adolescentes hasta alcanzar el doble de porcentaje.

3.1.8 VIOLENCIA

Aunque en ligero aumento, Extremadura presenta un número menor que la media nacional en denuncias por malos tratos producidos por pareja o ex-pareja y cercano a la media en mujeres muertas a manos de su pareja o ex-pareja.

Registra también un número significativamente menor de homicidios, tanto en hombres como en mujeres.

3.2 Evaluación del I Plan de Salud Mental de Extremadura

El I Plan de Salud Mental de Extremadura data de 1995. Con motivo de la elaboración del Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 se ha realizado una evaluación de su cumplimiento, llegándose a las siguientes conclusiones:

3.2.1 DESARROLLO GENERAL DE LOS OBJETIVOS

Hay que distinguir dos periodos de tiempo claramente diferenciados:

De 1995 a 2001: se desarrollan los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial y se inician los procesos de transformación de los hospitales psiquiátricos.

De 2002 a 2005: coincidiendo con la asunción de las transferencias en materia de asistencia sanitaria, se produce el incremento de los dispositivos sanitarios, al tiempo que se continúa el desarrollo de los de apoyo social y la totalidad de las estructuras de coordinación.

3.2.2 DESARROLLO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

Se ha producido un importante incremento en cuanto a profesionales, exclusivamente desde el año 2002, doblando prácticamente

el número de los existentes en el 95. Siendo 100 el número total previsto, se ha alcanzado un 75, partiendo del 44 existente. Existe, a pesar de todo, ese déficit en cuanto a dotación.

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

Destaca la escasez de desarrollo en los dispositivos de atención infantojuvenil.

3.2.3 DESARROLLO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Se han incrementado las Unidades de Hospitalización Breve y se mantiene un adecuado número de plazas. La mitad de las Unidades continúan en los Hospitales Psiquiátricos.

Se han creado las dos Unidades de Media Estancia, aunque resta una de las de Rehabilitación Hospitalaria prevista.

Como elemento destacado hay que señalar la ausencia de Hospitales de Día y camas de hospitalización infantojuvenil específicas, en contra de las previsiones.

3.2.4 DESARROLLO DE LA ATENCIÓN REHABILITADORA

Aparece como uno de los elementos destacados del Plan, muy por encima de las previsiones del mismo y logrando poner en marcha dispositivos ni siquiera contemplados inicialmente, hasta situarnos en segundo lugar entre las regiones españolas con mayor número de plazas por habitante.

El déficit en este sentido aparece en las estructuras de apoyo social específicos, especialmente en el ámbito residencial (pisos y residencias), en relación con las necesidades.

3.2.5 PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

El Servicio Extremeño de Salud ha asumido la gestión de los dos Hospitales Psiquiátricos desde el 1 de Enero de 2007, por lo que la gestión de la red se encuentra ya unificada. Queda pendiente su transferencia definitiva a la Administración Autonómica.

La evolución de su proceso de transformación ha sido significativo pero dispar, habiéndose completado en mayor medida en el de Plasencia que en el de Mérida.

Se ha llevado a cabo un exhaustivo análisis de la situación de los pacientes y de los propios Hospitales.

3.2.6 ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN

Se ha conseguido una puesta en marcha prácticamente total de las estructuras previstas, teniendo en cuenta el actual escenario de gestión, basado en el Área de Salud: Comisiones de Salud Mental de Área, Coordinadores de Área y de dispositivo.

Las estructuras de coordinación interinstitucionales de ámbito regional previstas para la gestión integral y potenciación de la red de salud mental son asumidas por la Subdirección de Salud Mental desde su creación, que a su vez también representa a Extremadura en los foros que abordan este tema en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de garantizar la coordinación con el resto de Comunidades Autónomas.

3.3 Demanda de atención a la Salud Mental

3.3.1 MORTALIDAD

Mortalidad por Suicidio

Actualmente, unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la UE, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA⁸.

Las tasas de suicidio en Europa tienden a disminuir desde 1980, pero siguen estando entre las más altas del mundo. Los países del sur de Europa, entre ellos España, presentan tasas muy bajas, si bien parece que en este hecho pueda estar influyendo el menor grado de identificación, notificación y registro de los suicidios. La tasa de suicidio ha pasado de 8,42 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2000 a 8,21 en 2004⁸.

En Europa el suicidio es la segunda causa de muerte entre personas de entre 15 y 34 años, por delante del cáncer y después de los accidentes de tráfico⁹.

En Extremadura¹⁰, entre 1999 y 2003 se han producido 370 suicidios (299 en varones y 71 en mujeres), lo que supone 74 suicidios por término medio al año y el 0,8% de la mortalidad total

durante esos años en Extremadura. La tendencia es ligeramente descendente y no existe un claro patrón espacial.

La tasa bruta de actos de suicidio (consumados más tentativas) en Extremadura está muy próxima a los valores nacionales.

Según diversos estudios citados por la Organización Mundial de la Salud⁹, entre el 15% y el 20% de los pacientes depresivos (Goodwin y Jamison 1990) y aproximadamente el 10% de las personas con esquizofrenia consuman el suicidio (Caldwell y Gottesman 1990).

Mortalidad por Trastornos Mentales o del Comportamiento

En Extremadura¹⁰ fallecieron 212 personas en 2003 y 214 en 2004 por trastornos mentales o del comportamiento (Grupo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades -10ª versión). La tasa estandarizada es mayor en mujeres que en hombres. Los hombres fallecen a una edad más temprana.

3.3.2 MORBILIDAD ESTIMADA

Prevalencia, Incidencia y Factores de Riesgo

Los trastornos mentales y conductuales son relativamente frecuentes y universales. Se estima que más del 27 % de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica a lo largo de su vida¹¹.

Según el análisis de GBD (Global Burden of Disease)¹², considerando el trastorno depresivo unipolar, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, la epilepsia, los trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico y el insomnio primario, los trastornos mentales y conductuales afectarían en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente¹¹.

Los datos epidemiológicos más recientes para España son los obtenidos de la participación de nuestro país en el Estudio Europeo sobre Epidemiología de los Trastornos Mentales, denominado ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)¹³, que ha incluido en la muestra española a 5.473 personas.

Este determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes (los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) era del 25% y la de prevalencia-año del 9,8. El estudio del Eurobarómetro de 2002¹⁴ concluye que la tasa de prevalencia de casos probables de trastorno mental común en Europa es el 23,4% de la población adulta.

Según los resultados de este estudio¹⁵, un 19,46% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,48% un trastorno en los últimos 12 meses. El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor, seguido de la fobia específica y la distimia.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud pone de manifiesto la escasez de datos epidemiológicos de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia en población general y de ámbito nacional y la escasa generalización de los disponibles. Entre otros cita un estudio llevado a cabo en Valencia en 1994 en los que la prevalencia de trastornos mentales moderados y graves estimada para este municipio fue de 4,4%¹⁶.

Los trastornos mentales afectan en mayor medida a las mujeres (11,44 de prevalencia-año) que a los hombres (5,25). Por grupos de edad, entre los 18 y los 24 años se dan las mayores tasas de prevalencia (10,1), seguida del tramo de edad de entre 50 y 64 años (9,1), si bien en el caso de trastorno afectivo, aumenta con la edad.

La situación laboral tiene un especial impacto en el desarrollo de los

trastornos mentales, ya que según los datos de este estudio para España, este tipo de trastornos afectaba al 20,2% de la población adulta desempleada y al 15,6% de la población jubilada. Asimismo aparecen diferencias en relación con el tamaño del municipio, existiendo mayores tasas de prevalencia en los municipios de mayor tamaño.

Por lo que respecta a otros factores de riesgo como estado civil, el Eurobarómetro pone de manifiesto que el 43,1% de la población española en situación de viudedad y el 29,6% de la divorciada padece algún tipo de trastorno mental.

Trastornos del estado de ánimo

Entre los trastornos del estado de ánimo, el más frecuente es el episodio depresivo mayor. Aproximadamente, un 10,55% de la población adulta lo padecerá en algún momento de su vida y un 3,96% lo ha padecido en el último año¹³.

El GBD 2000¹² estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en la población masculina y del 3,2% en la femenina, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses.

Trastornos de ansiedad

Según el estudio ESEMED, por grupos de trastornos, los de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%). El trastorno más frecuente es la fobia específica (2,76%), seguido de la ansiedad Generalizada (0,83%) y el trastorno de angustia (0,69%).

Trastornos mentales graves

El informe GBD 2000 registra una prevalencia puntual del 0,4% para la esquizofrenia.

Según pone de manifiesto la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007¹⁷, citando diversas fuentes, existe un amplio consenso en que la prevalencia de los trastornos mentales más graves (esquizofrenia y trastorno bipolar, principalmente) se sitúa en España entre el 2,5 y el 3%. En alguno de los estudios específicos llevados a cabo¹⁸ la prevalencia asistida de esquizofrenia obtenida por medio de los siete registros de casos que funcionaban en España en 1998 se sitúa entre 2 y 4,5 por 1.000 habitantes.

Según un estudio¹⁹ que analiza la prevalencia atendida de esquizofrenia en todas las unidades de hospitalización breve de Extremadura desde el 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de 2000, se obtienen las siguientes conclusiones:

- Se estima en 1.160 la población actual de extremeños con esquizofrenia.
- La relación entre sexos es de 2:1 en favor de los varones. El promedio de edad de quienes fue posible determinarla fue de 39,1 años.
- La prevalencia entre la población de 15 años o más resultó de 1,4 por 1.000 habitantes.
- En un 51,7% el diagnóstico fue de esquizofrenia paranoide y en un 22% de esquizofrenia residual.
- La tasa de incidencia promedio en el período fue de 0,05 por 1.000 habitantes en población de 15 a 69 años, siendo superior en hombres (0,07) que en mujeres (0,04).

Trastornos de la alimentación

La prevalencia global de trastornos alimentarios ha sido estimada entre 3,7% en Ciudad Real²⁰ y 4,7% en adolescentes escolarizados de Madrid²¹.

3.3.3 MORBILIDAD ATENDIDA

Los resultados de un estudio transcultural llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 14 centros (Üstün y Sartorius 1995; Goldberg y Lecrubier 1995) demostraron que alrededor del 24% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecía un trastorno mental. De ellos, un 10,4% correspondía a trastornos depresivos y un 7,4 a trastornos de ansiedad⁹.

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria²²

El número de altas hospitalarias se ha mantenido prácticamente estable en los 26 años de los que se dispone de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Las tasas ajustadas de altas por enfermedades mentales parecen tener un comportamiento muy próximo a las nacionales.

Se observa un incremento en los últimos años de psicosis debidas a drogas, psicosis orgánicas transitorias, psicosis afectivas, trastornos de adaptación y trastornos de personalidad.

Existen tasas elevadas de retraso mental en comparación con el resto del país.

Morbilidad atendida en el Sistema Sanitario Público de Extremadura

No existen datos de la demanda atendida en los Equipos de Atención Primaria por problemas relacionados con la Salud Mental.

En los Equipos de Salud Mental (ESM) se han realizado cerca de 110.000 consultas en 2005 (100.000 en Equipos de Salud Mental de adultos, 7.200 en infanto-juveniles y 2.500 en la Unidad de Trastornos de la Alimentación), en el 75% de los casos derivados desde atención primaria. La relación de nuevas sobre sucesivas ha sido de 0,18.

Los diagnósticos de las primeras consultas realizadas en los ESM eran de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49) en el 30,5% de los casos; trastornos afectivos (F30-39) en el 29,7% y esquizofrenias (F20-29) en el 9,1%. El resto han sido trastornos de la personalidad (6,6%), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia (5,6%), trastornos de la conducta alimentaria (5,3%) y otros trastornos.

En 2005 se realizaron 2.418 altas en las cuatro unidades de hospitalización breve de Extremadura con una estancia media de 14 días, lo que supone cerca de 34.000 estancias.

Atendiendo exclusivamente a los datos de las unidades de los hospitales generales de Cáceres y Badajoz, las psicosis son el GRD (Grupo Relacionado por el Diagnóstico) más frecuente de las altas (suponen la mitad de los 20 GRD más frecuentes). Le siguen los trastornos de la personalidad y las neurosis depresivas.

En la serie temporal 2002-2004 de estas altas no parece existir crecimientos significativos en patología alguna a excepción si acaso de la UHB de Cáceres en las altas de neurosis (excepto depresiva) y en las de trastornos de la personalidad y control de impulsos.

En los dispositivos de rehabilitación se atendieron a 780 personas durante 2005: 488 en Centros de Rehabilitación Psicosocial (63%), 40 en el Centro Residencial de Rehabilitación (5%), 20 en pisos supervisados (3%), 65 en Programas de Rehabilitación Laboral (8%) y 167 en Centros de Ocio (21%).

El análisis de la población atendida en los hospitales psiquiátricos muestra que posee un marcado perfil social: o bien son personas mayores de 65 años (el 40% del total, que supondrán el 70% dentro de 10 años y de los que un tercio posee retraso mental como diagnóstico principal), o bien personas con retraso mental (en el

40% de la población ingresada) o bien poseen enfermedades mentales en fases crónicas o residuales (con un ingreso medio de 18 años y una red social de apoyo baja o inexistente). Sólo el 5% posee patología activa.

Los servicios de transporte sanitario realizaron 243 traslados psiquiátricos urgentes en 2005, en más del 90% a las unidades de hospitalización breve.

En 2005 se emitieron 71.072 altas laborales, en un 5,1% de los casos por problemas relacionados con la salud mental, mientras que los días de incapacidad laboral por estos motivos supusieron el 9,58% del total:, ascendiendo a 189.350 días.

La duración media de estos procesos de incapacidad transitoria fue de 52.26 días (en los casos de esquizofrenia la duración ascendía a 101,5 días).

Casi el 90% de estos procesos se debieron a trastornos depresivos (49,2%) o neuróticos (39,1%).

Psicofarmacoepidemiología

En nuestro ámbito, Llerena A y cols. han realizado diversos estudios conjuntamente con otros equipos de investigación internacionales referidos al consumo psicofarmacológico^{23 24 25 26}.

Entre las conclusiones de estas investigaciones pueden destacarse las siguientes:

- En 1994, 3 de cada 1.000 extremeños están cada día en tratamiento antipsicótico, cifra inferior a la de otras comunidades autónomas y cifra cinco veces menor que en los países escandinavos.

- En un estudio posterior se analizaron los fármacos utilizados en asistencia primaria en Extremadura, concluyéndose la baja utilización de antidepresivos y antipsicóticos respecto a los países nórdicos, obteniéndose unas dosis diarias por 1.000 habitantes (DHD) de antipsicóticos hasta 10 veces inferior a dichos países.

Las DHD de antipsicóticos han aumentado de 1,98 en 1990 a 2,59 en 1997.

En otro estudio comparativo sobre el consumo de antipsicóticos de Extremadura y la región de Hungría de Hajdú-Bihar durante el período 1990-2000, se concluyó que mientras que aumentó el consumo en Extremadura, en Hajdú-Bihar se mantuvo estable. Al principio del período el fármaco más prescrito en Extremadura fue el haloperidol mientras que al final fue la olanzapina. En la Hajdú-Bihar se mantuvo el haloperidol durante todo el período. Por último, el consumo en esta región húngara fue del doble que en Extremadura. En la comparación de consumo de antidepresivos de estas dos regiones se concluyó que en ambos casos se duplicó a lo largo del período, siendo mucho mayor en Extremadura.

En cuanto a los ansiolíticos, su consumo en Extremadura ha pasado de 18,9 DHD en 1990 a 31 DHD en 1997, encontrándose el 3% de los extremeños en tratamiento cada día con estos psicofármacos.

Según los datos disponibles por el S.E.S.²⁷, en Extremadura en 2005 se consumieron 45,3 millones de dosis diarias definidas (DDD), un 47% de antidepresivos, un 44% de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, un 6% de antipsicóticos y un 3% de antidepresivos. Las DHD son, respectivamente, de 54,9; 51,6; 7,2 y 3,5. En conjunto representa una DHD de 117,2.

3.3.4 MORBILIDAD PERCIBIDA

Las encuestas de salud de Extremadura de 2001²⁸ y 2005²⁹ y la Encuesta Nacional de Salud de 2003³⁰ muestran los siguientes datos:

El 69% de los encuestados considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Este porcentaje es similar al de la media nacional.

El 5% de la población adulta encuestada en 2001 refería que durante los últimos 12 meses había tenido que limitar su actividad durante más de 10 días por problemas psíquicos. Este porcentaje se eleva al 7% en la encuesta de 2005. En el caso de que la reducción o limitación de su actividad principal se refiriese a las últimas dos semanas, los porcentajes aumentan hasta el 10,3% en 2001 y el 8,9% en 2005.

En 2001 el 12,7% refiere haber utilizado durante las últimas dos semanas tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir y el 8,2% antidepresivos o estimulantes, mientras que en 2005 los porcentajes son del 14,3% y 7,4% respectivamente.

El 0,9% de los encuestados en 2001 visitó al psiquiatra en las últimas dos semanas, mientras que en 2005 fue el 0,4%.

El 8,26% de los encuestados en 2001 refirió que su médico le había dicho que tiene depresión (en comparación con el 4,56% registrado en la Encuesta Nacional de Salud de 2003), porcentaje que en 2005 bajó al 7,3%, registrando el mayor porcentaje de España después de Galicia y Asturias. En todos los casos el porcentaje es mayor en mujeres que en varones y aumenta a medida que se avanza en edad. La depresión también es referida en mayor porcentaje cuando los municipios son más grandes, el nivel de estudios es menor, el nivel de recursos económicos es menor o cuando el sustentador principal

de la familia no tiene estudios o son jubilados, pensionistas o amas de casa.

3.3.5 MORBILIDAD RECONOCIDA

Según la Base Estatal de Personas con Discapacidad³¹, a diciembre de 2001, Extremadura posee un porcentaje mayor que la media nacional de personas con minusvalía superior al 33% en todos los tipos de discapacidad (osteoarticular, neuromuscular, órganos internos y piel, retraso mental, trastorno mental, visual auditiva, expresiva o mixta).

La diferencia es especialmente alta en retraso mental (sólo por detrás de Ceuta) y de trastorno mental (por detrás de Asturias y nuevamente Ceuta).

En 2005 en los Centros de Atención a la Discapacidad en Extremadura (CADEX) se han realizado 1.528 reconocimientos de minusvalías mayores o iguales del 33% por causas relacionadas con la salud mental.

En un 40% de ellos el motivo del reconocimiento era trastornos mentales, un 10% retraso mental, madurativo o del desarrollo, un 9% demencias y 41% otras causas).

3.3.6 CARGA DE LA MORBIMORTALIDAD PSIQUIÁTRICA

La medida de la carga de la enfermedad en términos de incidencia, prevalencia o mortalidad no resulta adecuada para los trastornos mentales que en gran medida evolucionan de manera crónica y tienen una alta repercusión en términos de discapacidad. Una forma de cuantificar esta carga utilizada por la Organización Mundial de la Salud es el método “Carga Mundial de Morbilidad” (Global Burden

of Disease, GBD). Además, sirvió para elaborar un nuevo indicador de la carga de morbilidad: los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Un AVAD puede definirse como un año de vida sana perdido, por muerte prematura o discapacidad.

En el año 1990 se estimó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los AVAD totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. La estimación para el año 2000 fue del 12,3%. Según las previsiones, ascenderá al 15% en el año 2020.

El 12% de los AVAD años se deben a la depresión, y aproximadamente el 2,1% se relacionan con el suicidio. Los trastornos del estado de ánimo constituyen la principal causa de discapacidad entre los trastornos mentales, destacando la depresión mayor, que ocupa el cuarto lugar en cuanto a causas de discapacidad y se prevé que para el 2020 pase a ser la segunda causa. En el mundo, sólo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las miocardiopatías. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad⁹. Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades figuran tres trastornos neuropsiquiátricos, que se convierten en seis si se considera el grupo de edad de 15 a 44 años. La esquizofrenia era responsable del 1,1% del total de AVAD y del 2,8% de los APD. A nivel mundial, la esquizofrenia reduce la esperanza de vida del individuo en una media de 10 años.

Utilizando sólo el índice de Años Perdidos por Discapacidad (APD), las estimaciones del GBD 2000 muestran que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30,8% de todos los años de buena salud perdidos por este concepto.

Según los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) realizada por Instituto Nacional de Estadística-IMSERSO-ONCE en 1999 y el análisis específico de la misma realizada para las personas con Trastorno Mental Grave³², las discapacidades más frecuentes afectan a las siguientes áreas: relacionarse (93,2%), realizar tareas del hogar (72,86%), despla-

zarse fuera (67,4%), aprender (54,92%), comunicarse (42,41%) y cuidar de sí mismo (14,87%).

Carga Familiar

Las repercusiones de una enfermedad mental afectan no sólo al individuo, sino que tienen un considerable impacto en la familia, que proporciona apoyo físico, emocional y económico, además de haber recibido tradicionalmente el impacto negativo de la estigmatización y el rechazo social. **Todos los estudios coinciden en que el perfil característico de la persona que cuida es ser mujer, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio.**

Según la EDDDES el 73% de estas personas viven en el hogar familiar. El 57% de ellas dedican a su atención más de 31 horas a la semana y un 42% más de 60. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de 8 años.

Esta carga tiene en la mayoría de las familias un considerable impacto que comprende desde los problemas económicos hasta las reacciones emocionales a la enfermedad, el estrés de sobrellevar un comportamiento a veces alterado, la perturbación de la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales o laborales. La EDDDES refleja este impacto. Una de cada cuatro familias ha debido reducir el tiempo dedicado al trabajo o estudios, casi la mitad (42,73%) reduce el tiempo dedicado al trabajo doméstico y un porcentaje similar (42,16%) el tiempo dedicado a la vida familiar. El 58,87% manifiesta haber reducido de manera importante las actividades de ocio y tiempo libre.

3.4 Oferta de atención a la salud mental

3.4.1 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA OFERTA DE ATENCIÓN

Recientemente se ha publicado el Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura. En él se detallan los principios de atención, los circuitos asistenciales, las formas y dispositivos de atención y los instrumentos de coordinación.

El Decreto 17/2007 de 30 de junio por el que se modifican la denominación, el número y competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, asigna las competencias en materia de dependencia que antes tenía atribuidas la anterior Consejería de Bienestar Social a una nueva Consejería de Sanidad y Dependencia, lo que sin duda tendrá implicaciones en el desarrollo y la coordinación de la atención integral de las personas con enfermedad mental y del propio Plan.

En la atención están implicados otros sectores (educativo, laboral, judicial, etc.) que también necesitan de una mayor coordinación, si bien en algunos casos se han alcanzado protocolos específicos de coordinación (p.e.: cumplimiento de medidas de seguridad en los dispositivos de atención a la Salud Mental).

Los tradicionales problemas existentes entre la atención primaria y la especializada están en vías de mejora a través de la creación de las Comisiones de Salud Mental de Área, el nombramiento de los Coordinadores de Salud Mental de Área y el desarrollo de protocolos específicos.

Siguen pendientes los procesos de transferencia y transformación de los hospitales psiquiátricos, si bien se ha suscrito un convenio entre la Administración regional y las Diputaciones para su gestión por parte de la Junta de Extremadura hasta su transferencia definitiva.

La atención a las personas con problemas de conductas adictivas se realiza a través de servicios sanitarios y sociales independientes de la red de atención a la Salud Mental. Recientemente se ha elaborado un protocolo de abordaje conjunto de la patología dual.

La Atención a la Salud Mental de Extremadura es financiada por la Junta de Extremadura (a través de su Consejería de Sanidad y Dependencia) y por las Diputaciones Provinciales.

En la actualidad, la provisión de servicios se realiza a través de entidades públicas y privadas en la forma en que se detalla a continuación:

	FINANCIACIÓN	PROVISIÓN
Atención Ambulatoria	S.E.S.	S.E.S.
Atención Hospitalaria	S.E.S.: UHB Diputaciones: Resto	S.E.S.: UHB de Badajoz y Cáceres Diputaciones: Resto
Atención Rehabilitadora	S.E.S.	Ayuntamiento de Plasencia: Centro de Rehabilitación Psicosocial Plasencia Asociaciones de Familiares: Centro de Rehabilitación Psicosocial Don Benito, Zafra y Mérida y CRR de Cáceres Hermanas Hospitalarias: Centro de Rehabilitación Psicosocial Badajoz y Cáceres Diputación de Badajoz: Pisos Supervisados de Mérida

3.4.2 DOTACIÓN DE LA OFERTA DE ATENCIÓN (datos a diciembre de 2006)

Las actuaciones en materia de **prevención** de la enfermedad mental se han venido realizando en el marco de los programas de Educación para la Salud, subvencionados desde la Consejería de Sanidad y Consumo.

En total, a Diciembre de 2006, en el conjunto de dispositivos de atención a la Salud Mental desempeñaban su labor 677 **profesionales asistenciales** a jornada completa. Si se detrae el personal asistencial de los hospitales psiquiátricos no adscrito a unidades hospitalarias específicamente sanitarias, la dotación de personal se sitúa en 385 profesionales a jornada completa.

Existen 14 **ESM**, 2 Infantojuveniles y 1 Unidad de Trastornos de la Alimentación. En ellos trabajan 96 profesionales: 34 psiquiatras, 24 psicólogos, 21 enfermeras, 8 trabajadores sociales y 9 administrativos.

La dotación de psiquiatras de los ESM Adultos es de 31, lo que proporciona una ratio de 2,84 por 100.000 habitantes. En los últimos 10 años se ha duplicado el número de psiquiatras en la atención ambulatoria especializada. En cuanto a psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales la ratio por 100.000 habitantes de Extremadura es de 2,1, 1,88 y 0,85 respectivamente.

Los **ESM Infantojuveniles**, creados después de las transferencias sanitarias, son 2, atendidos cada uno por 1 psiquiatra, 1 psicólogo y 1 enfermera. La ratio extremeña de psiquiatras y psicólogos por 100.000 habitantes en atención ambulatoria Infantojuvenil es de 0,18.

La única **Unidad de Trastornos de Alimentación** está dotada de 1 psiquiatra.

Existen 4 **Unidades de Hospitalización Breve**, 2 de ellas en los hospitales psiquiátricos. En su conjunto ofrecen 110 plazas, lo que supone una ratio cercana a 10 plazas por cada 100.000 habitantes. La dispersión geográfica ha motivado que actualmente estén previstas otras 2 nuevas unidades (para Don Benito/Villanueva y para Llerena/Zafra) así como el traslado de las dos UHB de los hospitales psiquiátricos de Plasencia y Mérida.

No existen **hospitales de día**.

Existen 6 **Centros de Rehabilitación Psicosocial** en Extremadura, con 60 o 70 plazas cada uno. Ello arroja una dotación de 32,96 plazas por 100.000 habitantes, más del doble de la media nacional (14,14), lo que hace que sea la 2ª comunidad en este tipo de dispositivos asistenciales. Cada Centro de Rehabilitación Psicosocial posee una dotación de 9 profesionales: 3 psicólogos, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 3 monitores y 1 auxiliar administrativo. Estos Centro de Rehabilitación Psicosocial tienen adscrito 1 piso de apoyo cada uno para facilitar su acceso a personas cuya residencia está alejada del centro, con una dotación de 2-3 monitores por piso.

Uno de los Centros de Rehabilitación Psicosocial posee también un **Programa de Apoyo Sostenido**, con 30 plazas adicionales.

En Extremadura existe 1 **Centro Residencial de Rehabilitación** de 30 plazas dotado con 15 profesionales (1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 12 monitores y 1 administrativo), lo que la sitúa con una ratio de 2,75 plazas por 100.000 habitantes. A lo largo del año 2007 se abrirá el de Badajoz, con 30 plazas.

En cuanto a **pisos supervisados**, hay 10 con 4 plazas cada uno.

Existen 2 **programas de rehabilitación laboral**. A ello habría que añadir el Proyecto “Empleases” financiado por la Iniciativa “Equal” del Fondo Social Europeo, que cuenta con 6 técnicos de inserción laboral y 1 técnico de apoyo a la creación de empleo protegido.

Existen 6 **centros de ocio**.

Los dos **hospitales psiquiátricos** cuentan con un total de 770 camas (370 en Plasencia y 400 en Mérida) y 855 profesionales (443 en Plasencia y 412 en Mérida).

Respecto a las unidades específicamente sanitarias de los hospitales psiquiátricos, su volumen de camas supone el 23,4% del total (equivalente a 180 camas: 130 en Plasencia y 50 en Mérida). El 76,6% restante (590 camas) o bien no están adscritas a unidades asistenciales específicas, como ocurre en 350 camas de Mérida, o bien, como en el caso de 240 camas de Plasencia, estas unidades no poseen naturaleza específicamente sanitaria.

Los hospitales psiquiátricos poseen sendas **unidades de media estancia**, con una dotación total de 42 camas.

Existe 1 **Unidad de Rehabilitación Hospitalaria** en el hospital psiquiátrico de Plasencia, con una dotación de 64 plazas.

En Extremadura no existen programas específicos para la atención social de personas con enfermedad mental.

3.5 Coste de la atención a la Salud Mental

3.5.1 COSTE ESTIMADO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Los trastornos mentales tienen una importante repercusión en términos económicos para el individuo, la familia y la sociedad en su conjunto, tanto en costes directos como indirectos. Ocasionalmente a la UE unos costes que se estiman en el 3%-4% del PIB, sobre todo debido a las pérdidas de productividad⁹. Se ha estimado que en los Estados Unidos el costo económico de la esquizofrenia ascendió en 1991 a 19.000 millones de dólares en gastos directos, y a 46.000 millones en pérdidas de productividad¹⁰.

La Organización Mundial de la Salud estima que por cada millón de dólares invertidos en cuidados de salud mental, se ganarían entre 350 y 700 años de vida sanos. Asimismo, que para igualar los recursos disponibles por los mejores sistemas integrales de salud mental, los países deberían contar con asignar entre un máximo de un 10% y un mínimo de un 5% del presupuesto total de salud a salud mental³³.

El coste estimado de las enfermedades mentales en España en el año 1998³⁴ fue de 3.373,47 millones de euros, de los cuales un 38,8% (1.311,69) eran costes directos y un 61,1% (2.061,77) indirectos. De entre los directos eran imputables a consultas un 10,4% (352,22) farmacia el 7,8% (263,5) y hospitalización, 20,6% (695,97). Llama la atención el importante coste de la hospitalización

prolongada, estimada en 597,66 millones de euros, un 17,7% del total de los costes. Entre los costes indirectos el estudio incluyó la invalidez, 21,8% (733,82), la mortalidad prematura, 21,6% (730,12), la baja productividad, 9% (303,33) y la incapacidad temporal el 8,7% (294,50).

Por lo que respecta a los costes directos de algunos trastornos, estima el de la psicosis en 430 millones, un 65% del cual es imputable a la hospitalización, el de la depresión en 400 millones y el de los trastornos neuróticos en 136,7 millones.

3.5.2 COSTE DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EXTREMADURA

En Extremadura los costes directos de la atención sanitaria a la Salud Mental proporcionada por el Servicio Extremeño de Salud en 2005 ascienden a aproximadamente 9,2 millones de euros. Casi el 40% de este coste (3,6 millones €) lo es de atención ambulatoria, el 27% (2,5 millones €) de atención hospitalaria y el 33% (3,1 millones €) de atención rehabilitadora. Incluyendo costes indirectos el presupuesto podría ascender en torno a 14,5 millones de euros.

El coste psicofarmacológico extremeño en 2005 (sin considerar gasto hospitalario ni aportación de los usuarios) asciende a 33,5 millones de euros. El 56% del coste psicofarmacológico lo es de antidepresivos (que representan el 47% de las DDD totales), el 27% de antipsicóticos (6% de las DDD), el 8% de ansiolíticos (44% de las DDD) y el 10% de antidepresivos (3% de las DDD). El coste paciente/año más elevado es de los antidepresivos (371€), seguidos de los antipsicóticos (131€), los antipsicóticos (127€) y los ansiolíticos (11,5€). El coste medio de paciente/año es de 74,7€. En cuanto a coste por DDD, en el caso de los antipsicóticos es de 3,18€, 2,62€ en el caso de los antidepresivos, 0,88€ en el de los antidepresivos y 0,13 en el de los ansiolíticos. En resumen, el mayor

coste absoluto psicofarmacológico lo es en antidepresivos, mientras que el de mayor coste por paciente/año es el de los antidepresivos y el de mayor coste por DDD es el de los antipsicóticos. Los ansiolíticos muestran el coste más bajo en todos los indicadores aunque supongan el 44% de las DDD.

Por su parte, los hospitales psiquiátricos de nuestra Comunidad suponen un gasto anual directo aproximado de 27 millones de euros (12 en el caso de Mérida y 15 en el de Plasencia), a los que habría que sumarles unas necesidades de inversión de unos 5,6 millones de euros (4,7 en el caso de Mérida y 0,9 en el de Plasencia).

En cuanto al gasto en servicios sociales específicos para personas con trastornos mentales en Extremadura, únicamente se dispone de las subvenciones concedidas en 2005 a programas destinados a personas con enfermedad mental y que ascienden a 141.087 euros, de los que 112.847 pertenecen a pisos tutelados.

3.5.3 LA DISTANCIA ENTRE POLÍTICAS Y FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Habitualmente, la asignación de recursos para la atención en la salud mental no refleja suficientemente el impacto de los trastornos mentales⁹. Los 24 países de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud para los cuales había datos disponibles asignaban una media de 5,8% de sus presupuestos a salud mental a pesar de que los trastornos mentales representaban un 20% de la carga de enfermedad.

De manera especial la depresión, que es responsable del 6,2% del total de la carga de enfermedad, atrae solo entre el 0,5 y el 1% del gasto nacional en salud.

La distancia en el caso de los trastornos mentales graves era del 17,8%, según diversos estudios realizados en la zona Oeste de Europa. Para otros trastornos la diferencia era la siguiente:

ansiedad generalizada:	62.3%
trastorno de pánico:	47.2%
depresión mayor:	45.4%
distimia:	43.9%
trastorno bipolar:	39.9%
trastorno obsesivo -compulsivo:	24.6%

3.6 Análisis Cualitativo de la Atención a la Salud Mental de Extremadura

Dentro del proceso de análisis de situación de la atención a la Salud Mental y siguiendo una metodología cualitativa, se organizaron tres grupos focales (de usuarios, familiares y profesionales) para conocer su opinión sobre el estado de esta atención en nuestra comunidad. Las que se exponen a continuación son conclusiones principales de lo que se recogió en ellos.

3.6.1 CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL DE USUARIOS

La principal percepción respecto al Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 es que puede ayudar a romper el estigma social que poseen estas enfermedades y el trato marginal que se le da a la enfermedad mental respecto a otras enfermedades.

Las prioridades sitúan por igual en la transformación de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de Equipos de Salud Mental, seguido de los recursos de residenciales y de alojamiento.

El colectivo más prioritario es, sin duda, el de personas con trastorno mental grave, seguido por la población infanto-juvenil.

Hay poca información y se proporciona de manera descoordinada.

Observan una mejora en el trato recibido por parte de los profesionales.

No perciben los dispositivos suficientemente accesibles.

La atención es frecuente y continuada pero el seguimiento y supervisión no: se echa en falta un profesional de referencia para cada caso que lo conozca y con quién poder resolver las incidencias.

La mejora pendiente es la de la coordinación entre los dispositivos.

Perciben más importante el apoyo de la familia, sobre todo la madre, que de las asociaciones de familiares, cuyo papel parecen desempeñar correctamente.

Además de lo dicho, las mayores prioridades del próximo Plan deberían ser la rehabilitación, la coordinación, las residencias y alojamientos, la sensibilización social y el aumento de dispositivos en general.

3.6.2 CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL DE FAMILIARES

Los familiares perciben muy positivamente la elaboración de un Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012, aunque muestran reservas de su materialización en la práctica.

Valoran muy positivamente la participación de todos los grupos de interés en su elaboración.

Existe unanimidad en considerar prioritarias las acciones de sensibilización y desestigmatización social, seguidas por los recursos residenciales y de alojamiento, la reinserción laboral y los Equipos de Salud Mental.

Consideran que poseen suficiente información sobre dónde y a quién deben dirigirse para resolver un problema relacionado con la enfermedad, pero refieren una descoordinación a la hora de proporcionarla.

Consideran correcto el trato recibido por los profesionales pero falta una mayor personalización en el mismo.

Manifiestan que los dispositivos asistenciales no están lo suficientemente cerca ni son suficientemente accesibles.

La percepción general es que no existe continuidad asistencial ni suficiente frecuencia en la asistencia. Quien percibe que sí la recibe lo reconoce como una cuestión casi de suerte. Lo achacan a la masificación de los servicios y a la falta de profesionales.

Como medidas de mejora de la atención proponen un mayor número de profesionales y una mayor cualificación del personal de base y una mayor coordinación de la atención.

Están muy satisfechos de la manera en que las asociaciones están desempeñando su papel.

Consideran que un pilar básico para la reinserción de estos pacientes es su incorporación al mercado de trabajo, aunque sea con empleo especial dada la merma de sus capacidades laborales.

La prevención de enfermedades mentales y la transformación de los hospitales psiquiátricos son otros dos temas que deberían incluir de forma prioritaria en el Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012.

Perciben una mejora en la atención pero que progresa de forma muy lenta. Harían falta más dispositivos y profesionales y una mayor especialización para que la mejora sea más evidente en el futuro.

3.6.3 CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL DE PROFESIONALES

El segundo Plan de Salud Mental debe tener como objetivos fundamentales:

- Evaluar el grado de cumplimiento del primero, actualizar acciones y constatar la transformación y transferencia de los hospitales psiquiátricos.
- Establecer objetivos precisos, un sistema de evaluación de logros, un cronograma de actuación, y una hoja de presupuesto y financiación.
- Si el primer PSM se centró en las estructuras, este debería hacerlo en su funcionamiento óptimo, colocando en un lugar prioritario los procedimientos de gestión de casos.
- De forma destacada, la transformación e integración de los hospitales psiquiátricos debería ser la prioridad más importante para el Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012; le siguen a distancia y por este orden, los recursos residenciales y de alojamiento, Equipos de Salud Mental y dispositivos de hospitalización (donde se incluyeron los hospitales de día).

- De forma inversa, lo menos prioritario serían las acciones de sensibilización y desestigmatización social seguido por la reinserción laboral.
- Los colectivos más prioritarios a los que dirigir las actuaciones del Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 serían, por este orden: personas con trastorno mental grave, personas con patología dual y población infanto-juvenil.
- Los trastornos mentales graves requieren una atención más continuada, formalizada, basada en la gestión de casos, la coordinación de dispositivos, apoyada en la creación de los hospitales de día.
- Es necesario establecer procedimientos integrados de atención a los pacientes con patología dual, con una adecuada coordinación entre la red de drogodependencias y salud mental.
- Se hace necesario aumentar el retorno de información asistencial a los profesionales, implicarlos en la formulación de objetivos e indicadores, que deben centrarse en la evaluación de la calidad asistencial.
- Se hace necesario mejorar la coordinación entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental, estableciendo protocolos comunes de actuación y comunicación, regulando especialmente la atención a la demanda no programada y crisis.
- La figura del gestor de casos o profesional de referencia es garantía de mejora para la continuidad de cuidados entre niveles y dispositivos.
- Es necesario priorizar las actuaciones y procedimientos relacionados con la asistencia a pacientes con trastornos mentales graves: accesibilidad, coordinación, abordaje urgente, traslado.

- La coordinación entre niveles y dispositivos debe ser una actividad fundamental de la red de salud mental, potenciando y optimizando la utilización de las estructuras de coordinación (coordinadores de recursos y comisiones de salud mental de área).
- El sistema de formación continuada actual no obedece a las necesidades de los profesionales, por lo que se hace necesaria su implicación en el desarrollo de los planes de formación.
- Algunos elementos que podrían mejorar la motivación de los profesionales serían: aumentar su participación en temas de coordinación y organización asistencial, desarrollo de carrera profesional, formación continuada, trabajo en equipo multiprofesional.
- Actualmente, la manera de implementar los contratos de gestión los convierte en un elemento de control más que en un factor de motivación para el profesional.
- La dificultad con la que las estructuras dan respuesta a la demanda, hace necesario potenciar el crecimiento de los recursos de la red de salud mental.



4. visión y valores.

4.1 Visión

Si el primer Plan de Salud Mental de Extremadura supuso la incorporación a la planificación sanitaria de nuestra región de los principios y valores de la salud mental comunitaria, el segundo trata de consolidar, profundizar y avanzar en dicho proceso teniendo en cuenta los cambios organizativos, competenciales y asistenciales que se han producido en la región desde el año 1996. El escenario que pretende en el año 2012 lo podíamos resumir de la siguiente manera.

Busca una atención que supere lo estrictamente asistencial e incorpore una visión más integral de la salud mental, proporcional a su relevancia como problema de salud.

Las directrices Europeas y Estatales contenidas en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud orientan el Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 hacia la consecución de una visión más positiva de la salud mental que tenga en cuenta su promoción, la prevención en determinados grupos de riesgo y la mejora de la imagen que de las personas afectadas tiene la sociedad, de tal manera que a la finalización del Plan se hayan desarrollado actuaciones en este sentido y estén consolidadas dentro de las políticas de prevención de la región.

De acuerdo con la estructura organizativa de la que se dotó la sanidad regional a raíz del proceso de transferencias, pretende potenciar dispositivos, modelos y sistemas de coordinación e información que tengan en cuenta la especificidad de la atención, pero que sean congruentes y estén integrados con la organización del sistema sanitario, así como ubicados en los mismos espacios que el resto de las prestaciones del sistema. En ese sentido, el valor que añade es el de promover la continuidad de cuidados centrada en el paciente organizando procesos asistenciales en el marco de las Áreas de Salud que de manera progresiva sean más autónomas en la organización, potenciación y desarrollo de dispositivos dentro de las directrices del Plan.

Asimismo potenciará la red de apoyo social específico como respuesta a las crecientes necesidades en esta materia que van a tener en estos años las personas con enfermedad mental y sus familias, en el marco de la reciente regulación estatal de los derechos de las personas en situación de dependencia. Pero también el desarrollo de políticas de empleo o vivienda que tengan en cuenta la especificidad y las necesidades de las personas con enfermedad mental. De esta manera, el Plan busca consolidar una política regional de atención, que supere por un lado su tradicional desconocimiento entre los distintos ámbitos de intervención social y por otro, la identificación exclusiva con el sector sanitario.

El avance en recursos y prestaciones ha sido importante desde el I Plan. Éste trataba de poner en marcha unos recursos de atención básicos y al finalizar el Segundo se pretende consolidar el avance, dotar de servicios más especializados y diferenciados y desarrollar una estructura que permita la transformación del Hospital Psiquiátrico. Para ello incrementará la dotación de los dispositivos básicos para lograr la equidad y accesibilidad en la atención en todas las zonas de la región y el progresivo incremento de prestaciones en dichos dispositivos, incrementando las ratios de profesionales al

mismo tiempo que las prestaciones, para aproximarnos a los datos nacionales. Trata de hacer compatible este objetivo con el de dedicar una atención especializada a determinadas problemáticas por razón de edad, comorbilidad o prevalencia y con la progresiva atención a determinados ámbitos que hasta ahora habían sido ajenos a la atención, como la inmigración, la violencia de género o la situación de los pacientes penitenciarios.

Por lo que respecta al Hospital Psiquiátrico, la integración de su gestión en la red regional permitirá dimensionar su dotación, adecuar sus prestaciones sanitarias de manera coordinada con los servicios de tipo comunitario que se creen e incorporar las necesidades de los pacientes institucionalizados a las actuaciones en materia social de la región.

La atención a la salud mental que pretende el Plan se refuerza con un mayor incremento de la formación de los profesionales, la mejora en la calidad de las prestaciones y la consolidación y formalización de la participación de los afectados en la toma de decisiones.

4.2 Valores

Quizá en ningún campo de la planificación sanitaria se hace tan necesario explicitar los valores y principios que sustentan una determinada forma de entender la atención. Históricamente el campo de la salud mental ha estado teñido de creencias, ideas irracionales, principios morales o implicaciones jurídicas o de derechos humanos. Tales connotaciones han trascendido el puro diseño de servicios basado en criterios técnicos y han sido el reflejo a su vez de los principios y valores que la sociedad sustentaba

El Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 sigue apostando por un modelo comunitario de atención a la salud

mental. Desde la perspectiva de la atención a las personas y teniendo en cuenta la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud los valores que asume el Plan son los siguientes:

Autonomía. Los servicios y los profesionales deben respetar y promover la autosuficiencia y la capacidad de las personas.

Recuperación personal. La creencia en las posibilidades de mejoría clínica del paciente y de la superación de los efectos negativos de su enfermedad, ligados a su crecimiento personal, implica disponer de servicios que atiendan de manera integral las necesidades de las personas.

Continuidad de cuidados. Los servicios que conforman la red de atención deben estar organizados para ofrecer una asistencia integral a lo largo de la vida del individuo y garantizar, además una atención coherente entre sí en el marco de un territorio definido: el Área de Salud

Accesibilidad. La atención deben estar centrada en las necesidades del paciente y los servicios, organizados para dar respuesta en el tiempo y lugar adecuados.

Integración de las actuaciones en los sistemas sanitario, social, educativo o laboral, a través de dispositivos cercanos al paciente y ubicados en entornos no excluyentes.

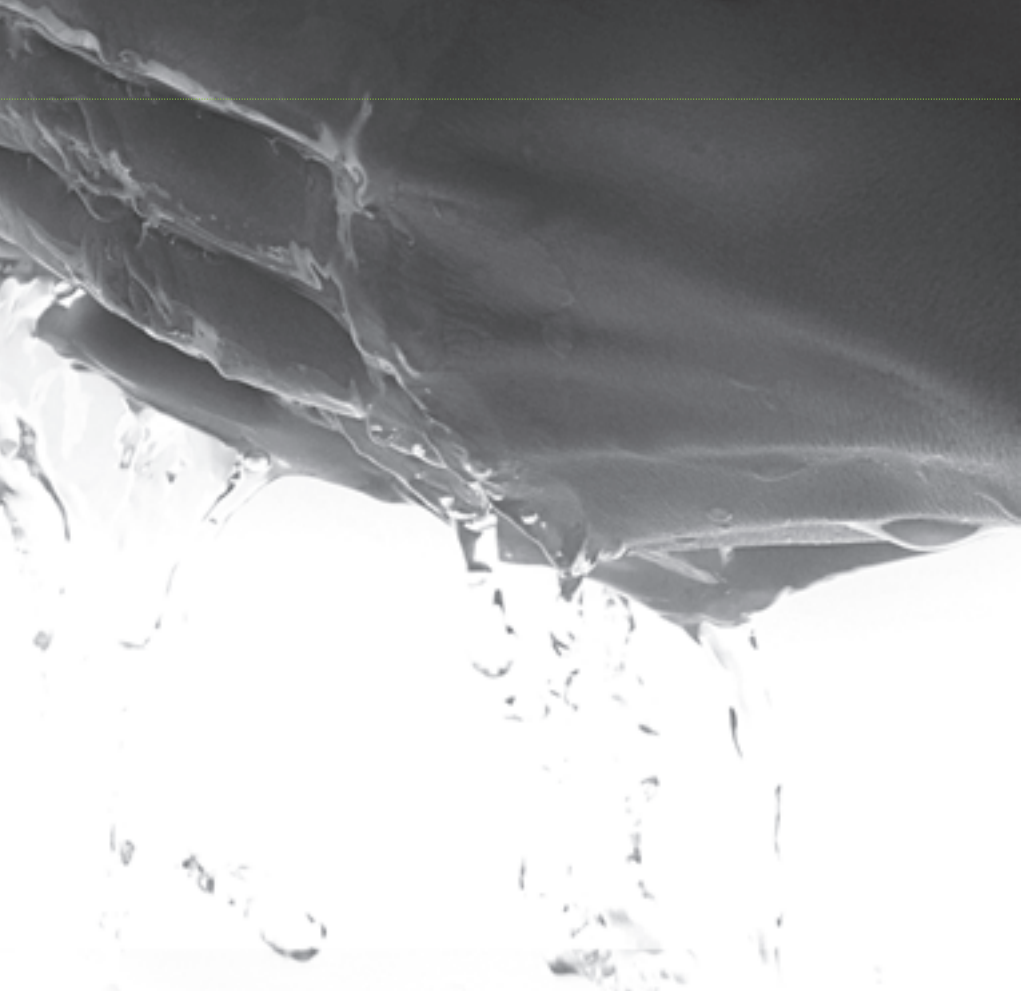
Equidad. Distribución de los recursos de manera adecuada a las necesidades, en función de criterios explícitos y racionales, priorizando cuando sea necesario en función de criterios de prevalencia, carga de enfermedad o vulnerabilidad ligada a la edad.

Participación de las personas afectadas, tanto en un nivel asistencial como organizativo.

Visión de la **salud mental positiva**, que además de en la enfermedad se centre en la promoción de la salud y la prevención, así como en la mejora de la imagen que de las personas afectadas tienen la sociedad.

Responsabilización. Compromiso de las instituciones públicas con la sociedad, los pacientes y las familias que implica: una gestión eficiente y transparente de los recursos, la explicitación de los criterios de asignación de prioridades, el establecimiento de cauces de comunicación y participación y la difusión de los servicios y prestaciones.

Calidad. La búsqueda de la mejora de los resultados debe ser un principio deseable de cualquier servicio sanitario, por lo que se hace necesario dotar a las intervenciones de la mejor evidencia disponible. Además, en el caso de la salud mental implica poner especial énfasis en algunos aspectos como, preservar la dignidad, el respeto y la autonomía de las personas con enfermedades mentales, orientar las intervenciones a la mejora de la calidad de vida, mejorar la capacitación del individuo frente a la discapacidad y asegurarse de que los criterios de calidad se aplican en todos los ámbitos de intervención.



5.líneas estratégicas, objetivos y actuaciones.

Línea Estratégica 1

PROMOVER UN MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA

OBJETIVO 1

Promover y proteger la Salud Mental como un valor fundamental de bienestar y de desarrollo personal y comunitario

Actuación 1.1

Integrar las actuaciones de promoción de la salud mental en las de Salud Pública, concienciando del coste social, personal y económico que supone su pérdida.

Actuación 1.2

Divulgar los hábitos de vida saludables y los factores de protección de la salud mental en la población general, grupos específicos y entornos vulnerables.

Actuación 1.3

Valorar e informar del posible impacto sobre la salud mental de las distintas normativas y regulaciones en general y las relacionadas con ciudades saludables en particular.

Actuación 1.4

Incluir en la Encuesta de Salud de Extremadura ítems que permitan conocer el estado de Salud Mental de su población.

Indicadores

Nº y % de actuaciones de promoción de la salud mental integradas en las de Salud Pública.

Nº de acciones divulgativas sobre hábitos de vida saludables y factores de protección de la salud mental realizadas.

Nº de normativas y regulaciones valoradas e informadas.

Existencia de ítems que permitan conocer el estado de Salud Mental de la población en la Encuesta de Salud de Extremadura.

OBJETIVO 2

Prevenir los problemas de salud mental y la conducta suicida

Actuación 2.1

Definir y detectar en la población grupos de riesgo de padecer un trastorno mental.

Actuación 2.2

Incrementar la capacidad de diagnóstico e intervención precoces de problemas de salud mental en los diferentes niveles asistenciales, especialmente en grupos de riesgo y población vulnerable: ancianos, niños y adolescentes, población inmigrante, población penitenciaria, personas con riesgo de exclusión social y margina-

lidad, personas con discapacidad intelectual o con enfermedades crónicas y alta dependencia.

Actuación 2.3

Desarrollar, desde los Servicios de Prevención y Comités de Salud Laboral, estrategias de prevención de estrés laboral, desgaste profesional y de los trastornos mentales asociados al trabajo.

Actuación 2.4

Realizar programas de prevención y educación para la salud en los centros de enseñanza dirigidos a profesores, padres y alumnos, utilizando las estructuras de coordinación creadas en Educación para la Salud entre la administración educativa y sanitaria, en especial a través del Comité de Enlace de Educación para la Salud de Extremadura.

Actuación 2.5

Prevenir la aparición de problemas de salud mental en cuidadores de personas con enfermedades crónicas y alta dependencia.

Actuación 2.6

Promover hábitos alimentarios saludables y prevenir Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población escolar, en coordinación con el sistema educativo, principalmente a través del Comité de Enlace de Educación para la Salud de Extremadura.

Actuación 2.7

Elaborar y aplicar un Programa de Prevención del Suicidio.

Indicadores

Nº de grupos de riesgo de padecer una enfermedad mental definidos.

Nº de actuaciones dirigidas al diagnóstico e intervención precoces de problemas de salud mental en los diferentes niveles asistenciales.

Nº de estrategias de prevención de estrés laboral, desgaste profesional y de los trastornos mentales asociados al trabajo desarrolladas desde los Servicios de Prevención y Comités de Salud Laboral.

Nº de programas de prevención y educación para la salud realizados en los centros de enseñanza dirigidos a profesores, padres y alumnos.

Nº de programas de prevención y educación sanitaria dirigidos a cuidadores de personas con enfermedades crónicas y alta dependencia.

Nº de acciones de promoción de hábitos alimentarios saludables y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población escolar realizados en colaboración con el sistema educativo.

Existencia del Programa de Prevención de Suicidio.

OBJETIVO 3

Fomentar una actitud positiva y normalizada hacia la enfermedad mental y las personas que la padecen

Actuación 3.1

Suscribir y velar por el cumplimiento de un Pacto por la Salud Mental de Extremadura.

Actuación 3.2

Realizar campañas periódicas de concienciación social sobre la importancia, prevalencia y tratamiento de los problemas de salud mental que disminuyan los prejuicios asociados a la enfermedad mental, especialmente los relacionados con la peligrosidad social.

Actuación 3.3

Acordar, con los responsables de los medios de comunicación regionales, un Manual de Buena Práctica en el tratamiento de noticias e información relacionada con la enfermedad mental.

Actuación 3.4

Ubicar los dispositivos asistenciales y las actuaciones de rehabilitación y reinserción en el ámbito comunitario y en un entorno normalizado.

Actuación 3.5

Ubicar todas las Unidades de Hospitalización Breve de la región en los Hospitales Generales, adaptándolas a las necesidades de los pacientes.

Actuación 3.6

Eliminar las disposiciones o criterios que impidan el acceso de las personas con enfermedad mental a todos los servicios y prestaciones a las que tengan derecho, en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

Indicadores

Existencia del Pacto por la Salud Mental de Extremadura.

Nº de campañas de concienciación social realizadas.

Existencia de un Manual de Buena Práctica en el tratamiento de noticias e información relacionada con la enfermedad mental.

% de dispositivos asistenciales y de actuaciones de rehabilitación y reinserción ubicados fuera del ámbito comunitario.

% de Unidades de Hospitalización Breve ubicadas en los Hospitales Generales.

Nº de informes emitidos sobre disposiciones o criterios que puedan impedir el acceso de las personas con enfermedad mental.

Línea Estratégica 2

AUMENTAR Y ADAPTAR LOS RECURSOS ASISTENCIALES A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN

OBJETIVO 4

Mejorar la atención y coordinación de los equipos de atención primaria y de salud mental en el abordaje del trastorno mental común.

OBJETIVO 4.1

Incrementar y adaptar la oferta de recursos y servicios de atención ambulatoria a la salud mental.

Actuación 4.1.1

Incrementar la oferta de recursos profesionales de los Equipos de Salud Mental en 2 psiquiatras y 2 psicólogos el Área de Salud de Badajoz y en 1 psiquiatra y 1 psicólogo las Áreas de Salud de Cáceres, Mérida, D. Benito-Villanueva, Llerena-Zafra y Plasencia.

Actuación 4.1.2

Crear un nuevo ESM en Trujillo con 1 psiquiatra, 1 psicólogo y 1 enfermera.

Actuación 4.1.3

Adaptar la oferta de servicios de los Equipos de Salud Mental de Salud de Coria y Navalmoral de la Mata a las necesidades asistenciales de dichas Áreas, incrementando su dotación con 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermera, 1 t. social y 1 t. ocupacional en cada Equipo.

Actuación 4.1.4

Adaptar las prestaciones de Salud Mental a las que se incluyen en la cartera de servicios del SNS.

Actuación 4.1.5

Conocer y evaluar la demanda de Salud Mental atendida y derivada por los Equipos de Atención Primaria.

Actuación 4.1.6

Elaborar y aplicar un Manual de Organización y Funcionamiento interno de los ESM.

Indicadores

Incremento de los recursos profesionales en los ESM en las áreas de salud de Badajoz, Cáceres, Mérida, D. Benito-Villanueva, Llerena-Zafra y Plasencia .

Existencia de un ESM de Trujillo dotado con 1 psiquiatra, 1 psicólogo y 1

Incremento de los recursos profesionales en los ESM de Coria y Navalmoral de la Mata.

Existencia y adaptación en la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud de las prestaciones de Salud Mental para atención primaria y especializada incluidas en la cartera de servicios del SNS.

% de pacientes atendidos en atención primaria con diagnóstico psiquiátrico.

% de pacientes derivados por diagnóstico psiquiátrico del total atendido.

Existencia de un Manual de Organización y Funcionamiento interno de los ESM.

OBJETIVO 4.2

Aumentar la coordinación entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental.

Actuación 4.2.1

Revisar y evaluar la implantación del Programa de Coordinación con Atención Primaria.

Actuación 4.2.2

Proporcionar una respuesta integrada, coordinada y continuada en la atención de los trastornos adaptativos, del estado de ánimo, de ansiedad y de seguimiento de pacientes con trastorno mental grave a través del diseño e implantación de protocolos de detección, diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento entre Equipos de Atención Primaria y Equipos de Salud Mental.

Actuación 4.2.3

Potenciar los recursos personales de los pacientes con “patología del malestar” para el afrontamiento de problemas de la vida cotidiana.

Actuación 4.2.4

Elaborar e implantar un modelo estandarizado de informe de derivación entre los Equipos de Atención Primaria y Salud Mental, en el marco del “Proyecto JARA”.

Actuación 4.2.5

Establecer encuentros presenciales periódicos, preferentemente sesiones clínicas y/o revisión de casos, entre los Equipos de Atención Primaria y Salud Mental.

Actuación 4.2.6

Revisar y evaluar la implantación del Protocolo de Atención a la Demanda Ambulatoria No Programada e Intervención en Crisis en Salud Mental.

Actuación 4.2.7

Promover la creación de responsables del programa de salud mental en los Equipos de Atención Primaria.

Indicadores

Memoria de evaluación y Edición revisada del Programa de Coordinación con Atención Primaria.

Existencia del Protocolo de Atención a las personas con Trastornos Adaptativos.

Existencia del Protocolo de Atención a las personas con Trastornos de Estado de Ánimo.

Existencia del Protocolo de Atención a las personas con Trastornos de Ansiedad.

Existencia del Protocolo de Seguimiento a las personas con Trastorno Mental Grave.

Existencia de un Programa Psicoeducativo para los Equipos de Atención Primaria y ESM dirigido a la “patología del malestar”.

% de derivaciones realizadas a través del informe estandarizado.

Nº anual de encuentros entre los Equipos de Atención Primaria y Salud Mental.

Memoria de evaluación y Edición revisada del Protocolo de Atención a la Demanda Ambulatoria No Programada e Intervención en Crisis en Salud Mental

% de Equipos de Atención Primaria con asignación de responsable del programa de salud mental.

OBJETIVO 5

Mejorar la atención a los niños y adolescentes con problemas de Salud Mental.

OBJETIVO 5.1

Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales dedicados a la atención a la Salud Mental del Niño y del Adolescente.

Actuación 5.1.1

Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención ambulatoria a través de la creación de Equipos de Salud Mental Infantojuveniles en las Áreas de Salud de Mérida, D. Benito, Llerena y Plasencia y de la dotación de 1 psicólogo específico cada Equipo de Salud Mental de Coria y Navalmoral.

Actuación 5.1.2

Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención hospitalaria a la Salud Mental del Niño y del Adolescente a través de la creación de una UHB de ámbito regional en el Área de Salud de Badajoz

Actuación 5.1.3

Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención hospitalaria a la salud mental del Niño y del Adolescente con la creación de 2 Hospitales de Día de ámbito provincial.

Actuación 5.1.4

Incrementar los recursos humanos y los dispositivos asistenciales de atención residencial a través de la creación de un Centro Terapéutico Residencial de ámbito regional.

Indicadores

Existencia de Equipos de Salud Mental Infantojuveniles en las Áreas de Salud de Mérida, D. Benito, Llerena y Plasencia y de 1 psicólogo específico en cada Equipo de Salud Mental de Coria y Navalmoral.

Existencia de una UHB para la atención a la Salud Mental del Niño y del Adolescente de ámbito regional en el Área de Salud de Badajoz

Existencia de 2 Hospitales de Día de ámbito provincial.

Existencia de un Centro Terapéutico Residencial para la atención a la Salud Mental del Niño y del Adolescente de ámbito regional.

OBJETIVO 5.2

Mejorar la coordinación y la atención integral del Niño y el Adolescente.

Actuación 5.2.1

Elaborar un Programa de Atención Integral a la Salud Mental del Niño y Adolescente con la participación de todos los sectores e instituciones implicadas a través de una Comisión Técnica.

Actuación 5.2.2

Aumentar la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Indicadores

Existencia y grado de cumplimiento del Programa de Atención Integral a la Salud Mental del Niño y Adolescente.

Evaluación de las derivaciones entre atención primaria y ESM IJ en función del Protocolo de “Atención a los problemas de salud mental infantojuvenil en función de perfiles asistenciales y grados de complejidad”.

OBJETIVO 6

Mejorar la atención a personas con trastornos mentales graves (TMG).

OBJETIVO 6.1

Aumentar los recursos de atención destinados a la población con TMG.

Actuación 6.1.1

Desarrollar recursos específicos para facilitar la adherencia y asegurar el seguimiento y la atención comunitaria de los pacientes con TMG, tales como Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario u otros.

Actuación 6.1.2

Incrementar la cobertura de los programas de rehabilitación psicosocial.

Actuación 6.1.3

Crear 5 Centros Residenciales de Rehabilitación, con un total de 150 plazas, en las Áreas de Salud de Plasencia, Navalmoral, Mérida, Don Benito-Villanueva y Llerena-Zafra.

Actuación 6.1.4

Crear 20 pisos con distintas modalidades de supervisión y apoyo, con un total de 80 plazas.

Actuación 6.1.5

Favorecer, en coordinación con los organismos específicos de la vivienda, el acceso a viviendas sociales y/o de bajo alquiler a personas con TMG.

Actuación 6.1.6

Crear una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria en el Área de Salud de Mérida con una dotación de 40 camas.

Actuación 6.1.7

Asignar un número de plazas específicas para la atención de las personas con TMG en Hospital de Día.

Actuación 6.1.8

Crear 6 Centros Ocupacionales.

Actuación 6.1.9

Crear 2 Programas de Rehabilitación Laboral en las Áreas de Salud de Mérida y Plasencia y dotar de 1 Técnico de Inserción Laboral a los CRPs de las Áreas que no posean programa de rehabilitación laboral.

Actuación 6.1.10

Incrementar, en coordinación con los servicios públicos de promoción del empleo, medidas destinadas a la formación, ocupación y acceso al mercado laboral para las personas con TMG. El fomento del empleo y la ocupación a través de centros especiales de empleo, enclaves laborales y acciones formativas específicas destinadas al fomento del empleo.

Actuación 6.1.11

Fomentar el aumento de Centros de Ocio y Programas de Integración Social, favoreciendo la participación de los usuarios en su gestión.

Indicadores

Nº de recursos específicos creados para facilitar la adherencia y asegurar el seguimiento y la atención comunitaria de los pacientes con TMG.

Nº de Equipos de Salud Mental con programas de rehabilitación psicosocial.

% personas con TMG que se benefician de programas de rehabilitación psicosocial.

Existencia de 5 CRR con un total de 150 plazas.

Existencia de 20 pisos con un total de 80 plazas.

Nº de plazas en viviendas sociales y/o de bajo alquiler creadas en coordinación con los organismos específicos de la vivienda para personas con TMG.

Existencia de una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria en el Área de Salud de Mérida con una dotación de 65 camas.

Nº de plazas asignadas en Hospitales de Día para personas con TMG.

Existencia de 6 Centros Ocupacionales.

Existencia de 2 Programas de Rehabilitación Laboral en las Áreas de Salud de Mérida y Plasencia y 1 Técnico de Inserción Laboral en los CRPs de las Áreas que no posean programa de rehabilitación laboral.

Nº de Centros de Ocio y Programas de Integración Social creados.

% de Centros de Ocio gestionados por los usuarios.

Nº de personas con TMG que acceden al mercado laboral de contratos y en coordinación con los servicios de promoción del empleo.

Nº de personas con TMG que participan en acciones formativas realizadas en coordinación con los servicios de promoción del empleo.

OBJETIVO 6.2

Adecuar los servicios y procedimientos asistenciales a las necesidades de las personas con TMG.

Actuación 6.2.1

Realizar un análisis de las necesidades de la población con TMG, especialmente de aquellos grupos con riesgo de exclusión social.

Actuación 6.2.2

Mejorar la calidad asistencial, organización y funcionamiento de las Unidades Hospitalarias.

Actuación 6.2.3

Evaluar los resultados de los procesos de rehabilitación e inserción en la población con TMG.

Indicadores

Existencia de un análisis de las necesidades de la población con TMG.

Existencia de Manuales de Organización y Funcionamiento para las UME y URH.

Existencia de Programas de Rehabilitación para las UME y URH.

Existencia en las UHB de intervenciones psicoeducativas, actividades ocupacionales y de entrenamiento en AVD, desarrolladas por profesionales especializados.

Existencia de Memoria Anual de Evaluación de Resultados obtenidos tras los procesos de rehabilitación e inserción en la población con TMG.

OBJETIVO 6.3

Mejorar la accesibilidad a los recursos asistenciales y la continuidad de cuidados de la población con TMG.

Actuación 6.3.1

Implantar y consolidar un Programa de Trastornos Mentales Graves

Actuación 6.3.2

Introducción del Registro de TMG y del Modelo de gestión de casos en los Equipos de Salud Mental.

Actuación 6.3.3

Aumento de la derivación y acceso a los programas de rehabilitación de las personas con TMG.

Actuación 6.3.4

Aumentar la captación y seguimiento de la población transeúnte y sin hogar con TMG en colaboración con las Comisiones Comunitarias Sociosanitarias y las Organizaciones No Gubernamentales.

Actuación 6.3.5

Adaptación de los servicios de rehabilitación e integración social a las necesidades de poblaciones específicas.

Actuación 6.3.6

Adaptar los tiempos de atención a las necesidades del paciente con Trastorno Mental Grave.

Actuación 6.3.7

Incrementar el seguimiento de los pacientes con TMG desde los Equipos de Atención Primaria en coordinación con los servicios sociales.

Indicadores

Evaluación de la implantación del Programa de Trastornos Mentales Graves.

Nº y % de personas con TMG registradas e incluidas en el modelo de gestión de casos.

% de la población atendida que accede a los dispositivos de rehabilitación del Programa de TMG.

Existencia de un Protocolo de detección y atención integral de la población transeúnte y sin hogar con TMG.

Nº de personas atendidas según el Protocolo de detección y atención integral de la población transeúnte y sin hogar con TMG.

Existencia de protocolos de rehabilitación destinados a poblaciones específicas en los dispositivos de rehabilitación e integración.

Aumento de las Nº consultas sucesivas anuales por paciente con TMG en los Equipos de Salud Mental.

Disminución de la Tasa de reingresos en unidades de hospitalización.

% de pacientes que permanecen ingresados más de 45 días en las Unidades de Hospitalización Breve.

Existencia del seguimiento a TMG según el modelo del programa de trastornos mentales graves en la cartera de servicios de Atención Primaria.

OBJETIVO 7

Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

ACTUACIÓN 7.1

Crear una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria específica de carácter ambulatorio.

ACTUACIÓN 7.2

Crear Unidades Funcionales Multidisciplinares de Atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

ACTUACIÓN 7.3

Asignar un número de plazas específicas para la atención de las personas con trastornos de la conducta alimentaria en Hospital de Día.

ACTUACIÓN 7.4

Disponer de protocolos específicos de actuación para la atención hospitalaria de las personas con trastornos de la conducta alimentaria en las UHB.

ACTUACIÓN 7.5

Elaborar y desarrollar un Programa de Prevención y Atención Integral a las personas con un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Indicadores

Existencia de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria específica de carácter ambulatorio.

Tiempo de adscripción de todos los profesionales a las Unidades Funcionales Multidisciplinares de Atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

Existencia del Manual de Organización y Funcionamiento de las Unidades Funcionales Multidisciplinares de Atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

Nº de plazas asignadas para la atención de las personas con trastornos de la conducta alimentaria en Hospital de Día.

Existencia de los protocolos específicos de actuación para la atención hospitalaria de las personas con trastornos de la conducta alimentaria en las UHB.

Existencia del Programa de Prevención y Atención Integral a las personas con un Trastorno de la Conducta Alimentaria y grado de implantación según sus propios indicadores.

OBJETIVO 8

Adecuación de los recursos y procedimientos a las necesidades emergentes de la población.

OBJETIVO 8.1

Adecuación de los recursos y procedimientos a las necesidades de la POBLACIÓN ANCIANA con problemas de salud mental.

Actuación 8.1.1

Realizar un análisis de la situación y de las necesidades de la población anciana con trastornos mentales en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Actuación 8.1.2

Diseñar procedimientos que aseguren el seguimiento y la supervisión de la población anciana con TM y alto nivel de dependencia.

Actuación 8.1.3

Desarrollar un Programa de Coordinación y Atención Integral en Psicogeriatría.

Indicadores

Existencia del análisis de la situación y de las necesidades de la población anciana con trastornos mentales en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Existencia de procedimientos específicos para la atención de personas ancianas con TM y alto nivel de dependencia.

Nº de personas ancianas con TM y alto nivel de dependencia atendidas a través de procedimientos específicos.

Existencia del Programa de Coordinación y Atención Integral en Psicogeriatría.

OBJETIVO 8.2

Adecuación de los recursos y procedimientos a las necesidades de la POBLACIÓN INMIGRANTE con problemas de salud mental.

Actuación 8.2.1

Realizar un análisis de la situación y de las necesidades de la población inmigrante con TM en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Actuación 8.2.2

Desarrollar protocolos de registro, coordinación y atención a la población inmigrante con TM en todos los niveles y recursos asistenciales.

Actuación 8.2.3

Mejorar la accesibilidad de los recursos teniendo en cuenta la diversidad cultural e idiomática de la población inmigrante.

Indicadores

Existencia del análisis de la población inmigrante con TM en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Existencia del Protocolo de registro, coordinación y atención a la población inmigrante con TM .

Nº de ESM y de unidades hospitalarias con recursos de traducción.

OBJETIVO 8.3

Adecuación de los recursos y procedimientos a las necesidades de la POBLACIÓN PENITENCIARIA con problemas de salud mental.

Actuación 8.3.1

Realizar un análisis de la situación, oferta asistencial y necesidades de la población penitenciaria con TM en los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Actuación 8.3.2

Incrementar las dotaciones de los ESM para adaptarse a las necesidades asistenciales de la población penitenciaria con TM.

Actuación 8.3.3

Desarrollar un Protocolo de coordinación y atención a la población penitenciaria con TM.

Actuación 8.3.4

Mejorar la accesibilidad de los recursos de atención a la enfermedad mental en la población penitenciaria a través del desarrollo de nuevas tecnologías como la Telemedicina.

Indicadores

Existencia del análisis de la situación, oferta asistencial y necesidades de la población penitenciaria con TM en los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Nº de profesionales incorporados a los ESM para la atención de la población penitenciaria con TM.

Existencia del Protocolo de coordinación y atención a la población penitenciaria con TM.

Nº de pacientes atendidos a través de nuevas tecnologías.

OBJETIVO 8.4

Adecuación de los recursos y procedimientos a las necesidades de la POBLACIÓN CON PATOLOGÍA MEDICA que precise intervenciones de salud mental.

Actuación 8.4.1

Potenciar el desarrollo de equipos sanitarios multidisciplinares hospitalarios de Interconsulta y Enlace.

Actuación 8.4.2

Elaborar un Protocolo de Coordinación y Atención a la Población con Patología Médica que precise intervenciones de salud mental en el ámbito ambulatorio.

Actuación 8.4.3

Mejorar la evaluación de los aspectos psicológicos asociados a la enfermedad médica.

Actuación 8.4.4

Mejorar el grado de cobertura de las intervenciones psicoterapéuticas de la población con patología médica.

Indicadores

Nº de UHB con equipos multidisciplinares específicos de Interconsulta y Enlace.

Existencia del Protocolo de Coordinación y Atención a la Población con Patología Médica que precise intervenciones de salud mental en el ámbito ambulatorio.

% de pacientes incluidos en el Protocolo de Coordinación y Atención a la Población con Patología Médica con evaluación de los aspectos psicológicos asociados a la enfermedad médica.

% de pacientes incluidos en el Protocolo de Coordinación y Atención a la Población con Patología Médica que han recibido psicoterapia.

OBJETIVO 8.5

Atención a las situaciones de VIOLENCIA DE GENERO que precise intervenciones de salud mental.

Actuación 8.5.1

Colaborar en la elaboración e implantación de protocolos de detección, derivación e intervención para aquellas personas que presentan trastornos mentales asociados a la violencia de género y que requieran tratamientos en los dispositivos de salud mental.

Actuación 8.5.2

Mejorar la capacidad de los profesionales de salud mental en la detección, identificación y derivación de problemas relacionados con la violencia de género.

Indicadores

Nº de protocolos de detección, derivación e intervención para aquellas personas que presentan trastornos mentales asociados a la violencia de género y que requieran tratamientos en los dispositivos de salud mental en los que se ha colaborado.

Nº de personas que presentan trastornos mentales asociados a la violencia de género atendidos en los dispositivos de salud mental.

Nº de pacientes detectados, identificados y derivados con problemas relacionados con la violencia de género.

OBJETIVO 8.6

Intervención en CATÁSTROFES.

Actuación 8.6.1

Definir un Modelo de Intervención Psicosocial en Catástrofes ajustado a las características de la Comunidad Autónoma de Extremadura, a través de una Comisión Técnica Interinstitucional, bajo las directrices y el marco general de actuación de la DG de Protección Civil.

Indicadores

Existencia de un Modelo de Intervención Psicosocial en Catástrofes.

OBJETIVO 8.7

Atención a las personas con DISCAPACIDAD INTELECTUAL que padecen un trastorno mental asociado.

Actuación 8.7.1

Elaborar un Protocolo de Coordinación y Atención a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental.

Actuación 8.7.2

Incremento de la asistencia sanitaria a la salud mental en centros de atención a la discapacidad intelectual.

Actuación 8.7.3

Creación de un servicio especializado para la cobertura de los problemas de salud mental más graves en esta población.

Indicadores

Existencia del Protocolo de Coordinación y Atención a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental.

Nº de personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental atendidas por profesionales de salud mental en los centros de atención a la discapacidad intelectual.

Existencia de un servicio especializado para la cobertura de los problemas de salud mental más graves en esta población.

OBJETIVO 9

Mejorar la coordinación y la calidad de la atención a los problemas de patología dual y potenciar la integración funcional de los dispositivos de salud mental y drogodependencias.

OBJETIVO 9.1

Desarrollar protocolos de coordinación y atención a la patología dual en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Actuación 9.1.1

Desarrollar un Protocolo de Coordinación y Atención a los pacientes con Patología Dual que integre las intervenciones de Atención Primaria, Salud Mental y Drogodependencias.

Actuación 9.1.2

Desarrollar protocolos clínicos para la atención a la Patología Dual en UHB, en UME y en Unidad de Alcoholismo.

Actuación 9.1.3

Desarrollar un protocolo común de atención a la Patología Dual en Centros Residenciales de Drogodependencias.

Actuación 9.1.4

Desarrollar un protocolo de orientación, psicoeducación y asistencia a familiares y cuidadores de pacientes con Patología Dual Grave.

Indicadores

Existencia del Protocolo de Coordinación y Atención a los pacientes con Patología Dual.

Existencia de protocolos clínicos para la atención a la Patología Dual en UHB, en UME y en Unidad de Alcoholismo.

Existencia del Protocolo de Atención a la Patología Dual en Centros Residenciales de Drogodependencias.

Existencia del Protocolo de orientación, psicoeducación y asistencia a familiares y cuidadores de pacientes con Patología Dual Grave.

OBJETIVO 9.2

Mejorar la asistencia de pacientes con patología dual, optimizando la efectividad de las intervenciones.

Actuación 9.2.1

Incrementar los profesionales de los recursos asistenciales en función de necesidades detectadas para la atención y gestión de casos en la Patología Dual Grave.

Actuación 9.2.2

Desarrollar y evaluar una unidad funcional de Patología Dual Grave como experiencia piloto.

Actuación 9.2.3

Mejorar la capacidad de detección y adherencia al protocolo de los pacientes con Patología Dual.

Actuación 9.2.4

Mejorar el conocimiento sobre las necesidades de atención de la población con patología dual en Instituciones penitenciarias, estimando los recursos necesarios.

Indicadores

Nº de profesionales incrementados en los recursos asistenciales.

Memoria del pilotaje de la unidad funcional de Patología Dual Grave.

Nº de pacientes incluidos al año por 100.000 habitantes.

% de pacientes incluidos que abandonan el protocolo.

Existencia de un informe sobre las necesidades de atención de la población con Patología Dual en Instituciones penitenciarias y de la estimación de los recursos necesarios.

OBJETIVO 9.3

Potenciar la integración funcional de las redes de salud mental y drogodependencias.

Actuación 9.3.1

Participación conjunta de profesionales de ambas redes en el diseño de protocolos asistenciales.

Actuación 9.3.2

Participación conjunta de profesionales de ambas redes en la planificación de la formación.

Actuación 9.3.3.

Potenciar vías que permitan coordinar actuaciones y dispositivos de ambas redes en la atención a la Patología Dual Grave.

Indicadores

Nº de protocolos diseñados de forma conjunta entre los profesionales de las redes de salud mental y drogodependencias.

Nº de actividades formativas planificadas de forma conjunta por los profesionales de las redes de salud mental y drogodependencias.

Porcentaje de Comisiones de Salud Mental de Área con presencia de profesionales de la red de drogodependencias.

OBJETIVO 10

Adaptar la oferta asistencial a las necesidades específicas de las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos.



OBJETIVO 10.1

Evitar la institucionalización de personas que pertenezcan a grupos de riesgo.

Actuación 10.1.1

Mejorar la coordinación y mecanismos de derivación de las personas con discapacidad intelectual y alteraciones de la conducta, deterioro cognitivo y trastorno mental grave, a las redes específicas de atención existentes.

Actuación 10.1.2

Evaluar periódicamente la idoneidad de la permanencia en las Unidades de los hospitales psiquiátricos de los pacientes con riesgo de institucionalización.

Indicadores

Nº de personas con discapacidad intelectual y alteraciones de la conducta derivadas a las redes específicas de atención.

Nº de personas con deterioro cognitivo derivadas a las redes específicas de atención.

Nº de personas con trastorno mental grave derivadas a las redes específicas de atención.

Nº y % de pacientes evaluados anualmente sobre el total de pacientes con más de tres años de permanencia en la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.

OBJETIVO 10.2

Externalizar a las personas con capacidad de integración en la comunidad que estén institucionalizadas en los hospitales psiquiátricos.

Actuación 10.2.1

Externalizar a las personas mayores subsidiarias de residencias de tercera edad y a las personas con Trastorno Mental Grave y/o discapacidad intelectual a los servicios residenciales específicos.

Actuación 10.2.2

Crear programas específicos de rehabilitación para facilitar la externalización y habilidades de adaptación de esta población.

Indicadores

Nº de personas mayores y de personas con trastorno mental y/o discapacidad intelectual derivadas a recursos residenciales específicos.

Nº de programas específicos de rehabilitación existentes.

Nº y % de pacientes atendidos en los programas de rehabilitación.

OBJETIVO 10.3

Mejorar la calidad de atención a las personas no externalizables de los hospitales psiquiátricos.

Actuación 10.3.1

Reorganizar asistencialmente los hospitales psiquiátricos según el perfil de los pacientes, teniendo en cuenta su situación psicopatológica y su grado de dependencia.

Actuación 10.3.2

Mejorar las instalaciones e infraestructuras de los hospitales psiquiátricos.

Actuación 10.3.3

Elaborar un Plan Individualizado de Atención para cada paciente que permanezca ingresado en los hospitales psiquiátricos.

Indicadores

Existencia de un nuevo organigrama asistencial según el perfil de los pacientes.

Nº y % de pacientes redistribuidos según el nuevo organigrama asistencial.

Nº de mejoras estructurales realizadas en los hospitales psiquiátricos.

Importe de las inversiones realizadas en los hospitales psiquiátricos.

% de pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos con Plan Individualizado de Atención.

Línea Estratégica 3

FOMENTAR LA EXCELENCIA EN LA ASISTENCIA Y LA GESTIÓN SANITARIA

OBJETIVO 11

Transferir los Hospitales Psiquiátricos a la Junta de Extremadura.

OBJETIVO 11.1

Transferir los recursos materiales y humanos de los dos Hospitales Psiquiátricos a la Junta de Extremadura.

ACTUACIÓN 11.2

Adaptar e integrar la gestión y la asistencia al modelo establecido por la Consejería de Sanidad y Dependencia.

Actuación 11.2.1

Elaborar un Plan Estratégico para cada Hospital Psiquiátrico.

Actuación 11.2.2

Integrar la gestión económica, administrativa, de servicios generales y de servicios clínicos centrales en la del Servicio extremeño de Salud.

Actuación 11.2.3

Mejorar las infraestructuras y las instalaciones.

Actuación 11.3.1

Separar y consolidar en ambos Hospitales, un Área de Salud Mental y un Área de Atención a la Dependencia.

Indicadores

Transferencia de los recursos humanos a la Junta de Extremadura.

Existencia de Planes Estratégicos para los Hospitales Psiquiátricos.

Presupuesto ejecutado en la partida de inversiones.

Nº de servicios con gestión integrada en el Área.

Existencia de criterios de funcionamiento diferenciado para las áreas de salud mental y de atención a la dependencia.

OBJETIVO 12

Consolidar la práctica asistencial basada en la evidencia.

Actuación 12.1

Implantar el Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo en el ámbito de la Salud Mental.

Actuación 12.2

Definir Estándares Específicos de Acreditación para los centros y servicios de Salud Mental en el contexto del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Actuación 12.3

Identificar, implantar y realizar el seguimiento de los procesos más prevalentes, graves y de mayor complejidad asistencial.

Actuación 12.4

Desarrollar y adaptar Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica

Actuación 12.5

Implantar criterios de Uso Racional del Medicamento.

Actuación 12.6

Implantar el Plan Integrado de Atención para pacientes con TMG y el Acuerdo Terapéutico para aquellos con Trastorno Mental Común, fomentando la participación activa del usuario en su elaboración.

Actuación 12.7

Promover el uso de buenas prácticas y el respeto de la dignidad de los pacientes regulando los procedimientos para la contención mecánica y para el tratamiento o internamiento involuntario de personas menores o incapacitadas

ACTUACIÓN 12.8

Crear la Comisión de Calidad, Formación e Investigación en Salud Mental.

Indicadores

Nº de centros y servicios con autoevaluación realizada.

Nº de centros o servicios de SM con estándares específicos de acreditación definidos.

Nº de procesos clave identificados e implantados.

Nº de Guías de Práctica Clínica desarrolladas o adaptadas.

Existencia de criterios de uso racional del medicamento en los contratos de gestión.

% de centros y servicios que han implantado Planes Integrados de Atención y Acuerdos Terapéuticos.

% de centros y servicios que han implantado los procedimientos de contención mecánica y de tratamiento o internamiento involuntario de personas menores o incapacitadas.

Existencia de la Comisión de Calidad, Formación e Investigación en Salud Mental.

OBJETIVO 13

Mejorar la calidad relacional en la atención a la salud mental.

ACTUACIÓN 13.1

Proporcionar información a ciudadanos y profesionales sobre los servicios y prestaciones del sistema público de atención a la salud mental dirigida a su adecuado uso.

ACTUACIÓN 13.2

Proporcionar información a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, servicios y procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones.

ACTUACIÓN 13.3

Asegurar la preservación de la intimidad, el cuidado de los entornos asistenciales y la mejora de las condiciones de habitabilidad de las Unidades Hospitalarias.

ACTUACIÓN 13.4

Adoptar medidas de mejora basadas en la información obtenida a través de encuestas de satisfacción de los pacientes y familiares, grupos focales, análisis de sugerencias y reclamaciones u otros métodos debidamente validados y fundamentados.

Indicadores

Nº de campañas de información realizadas sobre los servicios y prestaciones del sistema público de atención a la salud mental.

% de centros y servicios que dispongan de una Carta de Usuarios

% de unidades hospitalarias que han realizado mejoras dirigidas a la preservación de la intimidad, el cuidado de los entornos asistenciales y la mejora de las condiciones de habitabilidad.

Nº y % de mejoras adoptadas basadas en la información obtenida de los usuarios de los servicios de salud mental.

OBJETIVO 14

Desarrollar una organización y gestión eficientes.

ACTUACIÓN 14.1

Definir e implantar un catálogo de prestaciones y cartera de servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios basadas en sus respectivas normativas y competencias autonómicas, en la Ley de Cohesión y Calidad, el Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

ACTUACIÓN 14.2

Implantar las herramientas que se establezcan en el Sistema Sanitario Público Extremeño para la gestión de riesgos sanitarios y seguridad de pacientes.

ACTUACIÓN 14.3

Diseño e implementación de un Cuaderno de Mando integral de salud mental en el marco del sistema de información sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la evaluación continua de la gestión y la atención sanitaria y no sanitaria, que incluya todos los servicios de salud mental, y sea accesible a los distintos niveles de la organización y en especial a los profesionales de la misma.

ACTUACIÓN 14.4

Potenciar el uso de los contratos de gestión como herramienta para el cumplimiento de objetivos de calidad y adecuación de la asistencia de los grupos de atención preferente.

ACTUACIÓN 14.5

Elaborar e implementar los Planes Estratégicos de los hospitales psiquiátricos.

ACTUACIÓN 14.6

Crear un Observatorio de la Salud Mental de Extremadura que recoja y divulgue información internacionalmente estandarizada relativa a:

- Morbimortalidad psiquiátrica y registro de casos.
- Recursos asistenciales y actividad asistencial.
- Calidad asistencial y satisfacción de usuarios y profesionales.
- Derechos de las personas con enfermedad mental.
- Coste de la atención a la salud mental.

Indicadores

Existencia del catálogo de prestaciones y cartera de servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios.

Existencia de un Plan de Seguridad de Pacientes en los recursos hospitalarios de salud mental

Existencia del Cuaderno de Mando integral de salud mental.

% de cumplimiento de los objetivos de los contratos de gestión referidos a calidad y a la adecuación de la asistencia de los grupos de atención preferente.

Existencia de los Planes de Transformación e Integración de los dos hospitales psiquiátricos.

Existencia del Observatorio de la Salud Mental de Extremadura.

OBJETIVO 15

Mejorar la coordinación interinstitucional y la continuidad asistencial.

ACTUACIÓN 15.1

Consolidar la función de las Comisiones de Salud Mental de Área y de los Coordinadores de Salud Mental de Área como eje central de la organización y coordinación asistencial en el Área de Salud.

ACTUACIÓN 15.2

Crear el **Consejo Regional de Salud Mental**, con participación de todos los organismos públicos con responsabilidad en la mejora de la salud mental y presencia de colectivos de ciudadanos, de personas afectadas y sus cuidadores y de asociaciones profesionales. Serán sus funciones las de consulta, participación, seguimiento del Plan y coordinación para el cumplimiento de sus objetivos y de los siguientes protocolos y programas:

- Coordinación con la Administración de Justicia.
- Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental.
- Registro, coordinación y atención a la población inmigrante con trastornos mentales.
- Detección y atención integral de la población transeúnte y sin hogar con trastornos mentales, Detección, derivación e intervención para personas que presentan trastornos mentales
- Asociados a la violencia de género.
- Modelo de Intervención Psicosocial en Catástrofes.

- Coordinación y Atención Integral a personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.
- Prevención y Educación Sanitaria en centros de enseñanza.
- Prevención del Suicidio.
- Atención integral de la Salud Mental del niño y del adolescente.
- Trastorno Mental Grave.
- Prevención y Atención Integral a las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Coordinación y Atención Integral de Psicogeriatría.
- Detección y cobertura de las necesidades de la población penitenciaria, especialmente en el ámbito de los servicios sociales penitenciarios y sistema judicial

ACTUACIÓN 15.3

Crear un marco permanente de coordinación y colaboración entre la Administración Pública y las asociaciones de usuarios y familiares.

ACTUACIÓN 15.4

Firmar y evaluar la aplicación del Protocolo de Coordinación entre la Administración de Justicia y el Sistema Sanitario para la atención de personas con enfermedad mental en cumplimiento de medida de seguridad.

Indicadores

Nº de reuniones anuales de las Comisiones de Salud Mental celebradas en cada Área.

% de Áreas en las que están nombrados los Coordinadores de Área de Salud Mental y los Responsables de ESM

Publicación de la normativa que regule la organización, composición y funciones del Consejo Regional de Salud Mental de Extremadura.

Existencia de un convenio entre la Administración Pública y las asociaciones de usuarios y familiares en el que se defina la forma y contenido de la colaboración y coordinación entre ellas.

Firma por parte de la Junta de Extremadura y el Consejo General del Poder Judicial del Protocolo de Coordinación entre la Administración de Justicia y el Sistema Sanitario para la atención de personas con enfermedad mental en cumplimiento de medida de seguridad.

OBJETIVO 16

Fomentar la gestión del conocimiento y la adquisición y generación de nuevas evidencias.

OBJETIVO 16.1

Promover la formación continuada y participada de profesionales y cuidadores.

Actuación 16.1.1

Desarrollar un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales implicados en la atención a las personas con problemas de salud mental y un Plan de Formación específico para los profesionales de los Hospitales Psiquiátricos. Los contenidos preferentes de ambos serán:

- Factores y estrategias de protección de la salud mental y de prevención de la enfermedad mental, especialmente en grupos de riesgo.
- Abordaje de los trastornos mentales, dando prioridad las siguientes áreas: psicogeriatría, salud mental de niños y adolescentes, inmigración y salud mental, población penitenciaria, patología médica y enfermedad mental, discapacidad intelectual y psicopatología, trastornos de la conducta alimentaria, patología dual y trastornos mentales graves de alta complejidad.
- Aspectos jurídico legales de la práctica asistencial.
- Calidad Asistencial y Gestión Clínica.
- Metodología de investigación.
- Bioética Clínica.
- Habilidades de comunicación y abordaje de situaciones conflictivas.
- Rehabilitación y reinserción de personas con trastornos mentales graves.

Actuación 16.1.2

Potenciar la adquisición de habilidades clínicas (detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) en salud mental de los profesionales de Atención Primaria mediante el sistema de formación presencial en los Equipos de Salud Mental.

Actuación 16.1.3

Aumentar la participación de profesionales en los planes formativos de Salud Mental.

Actuación 16.1.4

Establecer vías de formación y entrenamiento dirigidas a los cuidadores informales de los pacientes para la prevención y resolución de conflictos e intervención en crisis.

Indicadores

Existencia del Plan de Formación Continuada.

Nº de acciones del Plan de Formación Continuada realizadas.

Nº de profesionales de Atención Primaria que participan en el sistema de formación presencial en los Equipos de Salud Mental.

Nº de profesionales que han participado en el diseño y evaluación del Plan de Formación Continuada.

Nº de actividades de formación y entrenamiento realizadas dirigidas a los cuidadores informales de los pacientes.

Nº de cuidadores informales que han participado en las actividades de formación y entrenamiento.

OBJETIVO 16.2

Aumentar la especialización docente en Salud Mental.

Actuación 16.2.1

Crear la categoría de Enfermería de Salud Mental.

Actuación 16.2.2

Potenciar la formación de Médicos Internos Residentes (MIR), Psicólogos Internos Residentes (PIR) y Enfermeros Internos Residentes (EIR) en promoción y prevención, psicogeriatría y en aspectos relacionados con salud mental transcultural e inmigración.

Actuación 16.2.3

Aumentar la oferta docente de MIR Y PIR.

Actuación 16.2.4

Crear Unidades Docentes de Enfermería (EIR).

Actuación 16.2.5

Favorecer la formación académica especializada en Salud Mental.

Indicadores

Existencia de la categoría de Enfermería de Salud Mental.

Nº de acciones contempladas en los planes formativos MIR, PIR, EIR en promoción y prevención, psicogeriatría y en aspectos relacionados con salud mental transcultural e inmigración.

Existencia de Unidades Docentes MIR y PIR en el Complejo Hospitalario de Cáceres.

Existencia de una nueva plaza de MIR y PIR en la Unidad Docente del Complejo Hospitalario de Badajoz.

Existencia de Unidades Docentes EIR en los hospitales de Plasencia y Mérida.

Existencia en la UEX de un Título de Postrado en Enfermería en Salud Mental.

Existencia de otras titulaciones de postgrado en Salud Mental.

OBJETIVO 16.3

Fomentar la Investigación coordinada en Salud Mental.

Actuación 16.3.1

Potenciar la investigación en salud mental a través de la Comisión Calidad, Formación e Investigación en Salud Mental que coordine y priorice las líneas de investigación.

Actuación 16.3.2

Desarrollar estudios epidemiológicos que permitan conocer la incidencia del trastorno mental así como los factores asociados a la enfermedad mental, especialmente en los siguientes grupos de población: ancianos, niños y adolescentes, inmigrantes, personas con trastorno mental grave, población penitenciaria y población con discapacidad intelectual.

Indicadores

Nº de líneas de investigación en Salud Mental existentes.

Nº de estudios epidemiológicos en salud mental realizados.



6.aumento de recursos asistenciales.

Derivado de sus objetivos y actuaciones, el presente Plan prevé el aumento en la dotación de los dispositivos y profesionales dedicados a la atención a la Salud Mental.

En unos casos se trata de recursos asistenciales inexistentes en la actualidad (como es el caso de las unidades de hospitalización infantojuvenil o los hospitales de día, entre otros) y en otros casos se trata del aumento o refuerzo de los ya existentes.

A continuación se detallan todos ellos según su tipo de abordaje asistencial.

6.1 Aumento de recursos ambulatorios

En atención ambulatoria de adultos

Se crea un nuevo Equipo de Salud Mental en Trujillo (con 1 psiquiatra, 1 psicólogo y 1 enfermera).

Se incrementa la dotación en los Equipos de Salud Mental de Coria y Navalmoral de la Mata con 1 psicólogo, 1 enfermera, 1 trabajador social y 1 terapeuta ocupacional en cada Equipo (más 1 psiquiatra en el caso de Coria) para el incremento y diversificación de su actividad asistencial.

Se refuerza el resto de Equipos de Salud Mental con 7 psiquiatras, 7 psicólogos, 5 enfermera y 2 trabajadores sociales.

Se crean 2 Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario con 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermera y 1 trabajador social cada uno.

En atención ambulatoria del niño y adolescente:

Se crean 4 Equipos de Salud Mental Infantojuvenil en las Áreas de Mérida, D. Benito-Villanueva, Llerena-Zafra y Plasencia.

Se refuerzan los de las Áreas de Badajoz y Cáceres con 1 psicólogo cada uno.

Se refuerzan las Áreas de Coria y Navalmoral con 1 psicólogo en cada Equipo de Salud Mental con tareas exclusivas de atención a la Salud Mental de Niños y Adolescentes.

En cuanto a la atención a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, se crea una Unidad específica en el Área de Salud de Cáceres con 1 psiquiatra, 1 psicólogo y 1 enfermera.

Aumento de recursos ambulatorios

	TOTAL	ESM Adultos	ESM InfantoJ.	UTCA	E.T.A.C.
Total recursos nuevos	8	1	4	1	2
Psiquiatras	16	9	4	1	2
Psicólogos	21	10	8	1	2
Enfermeras	15	8	4	1	2
T. Social	6	4			2
Total Profesionales	58	31	16	3	8

Aumento de recursos ambulatorios

por Áreas de Salud

Área de Salud de Badajoz	Nº	Psiq.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM		1	2	1		4
ESM Infantojuvenil			1			1
UTCA						0
ETAC	1	1	1	1	1	4
TOTAL	1	2	4	2	1	9

Área de Salud de Mérida	Nº	Psiq.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM		2	1	1	1	5
ESM Infantojuvenil	1	1	1	1		3
UTCA						0
ETAC						0
TOTAL	1	3	2	2	1	8

Área de Salud de Don Benito-Villanueva	Nº	Psiq.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM		1	1	1		3
ESM Infantojuvenil	1	1	1	1		3
UTCA						0
ETAC						0
TOTAL	1	2	2	2	0	6

Área de Salud de Llerena-Zafra	Nº	Psic.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM		1	1	1	1	4
ESM Infantojuvenil	1	1	1	1		3
UTCA						0
ETAC						0
TOTAL	1	2	2	2	1	7

Área de Salud de Cáceres	Nº	Psic.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM	1	2	2	1		5
ESM Infantojuvenil			1			1
UTCA	1	1	1	1		3
ETAC	1	1	1	1	1	4
TOTAL	3	4	5	3	1	13

Área de Salud de Coria	Nº	Psic.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM		1	1	1	1	4
ESM Infantojuvenil			1			1
UTCA						0
ETAC						0
TOTAL	0	1	2	1	1	5

Área de Salud de Plasencia	Nº	Psic.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM		1	1	1		3
ESM Infantojuvenil	1	1	1	1		3
UTCA						0
ETAC						0
TOTAL	1	2	2	2	0	6

Área de Salud de Navalmoral	Nº	Psic.	Psic.	Enferm.	T.Soc.	TOTAL
ESM			1	1	1	3
ESM Infantojuvenil			1			1
UTCA						0
ETAC						0
TOTAL	0	0	2	1	1	4

6.2 Aumento de recursos hospitalarios

El Plan prevé la apertura de 4 nuevas Unidades de Hospitalización Breve en los Hospitales de Mérida, Plasencia, Don Benito-Villanueva y Llerena-Zafra y la desaparición de las 2 existentes en la actualidad en los hospitales psiquiátricos. El balance total es un aumento de 2 UHB.

Prevé también la creación de una UHB Infantojuvenil con una capacidad de 10 camas y una URH de 40 camas.

En cuanto a la hospitalización parcial, prevé la apertura de 2 Hospitales de Día con una capacidad de 20 plazas cada uno.

Aumento de recursos hospitalarios

	nº	Plazas
UHB Adultos	2	0
UHB Infantojuvenil	1	10
Unidad de Rehabilitación Hospitalaria	1	40
Hospitales de Día	2	40
Total	6	90

6.3 Aumento de recursos de rehabilitación y apoyo social

El Plan prevé la creación de 35 nuevos dispositivos de rehabilitación.

De estos 35 dispositivos, 27 son nuevos recursos residenciales:

5 nuevos Centros Residenciales de Rehabilitación, con una capacidad de 30 plazas cada uno y un total de 150 nuevas plazas.

20 pisos supervisados, con 4 plazas cada uno y un total de 80 plazas.

2 nuevos pisos de apoyo, con una capacidad de 4 plazas cada uno.

Este incremento de recursos supone la creación de 238 nuevas plazas en dispositivos residenciales de tipo rehabilitador.

En cuanto a otros recursos de rehabilitación, contempla la creación de:
6 Centros Ocupacionales.

2 Programas de Rehabilitación Laboral.

Aumento de recursos rehabilitadores

	nº	Plazas
Recursos Residenciales	27	238
Centros Residenciales de Rehabilitación	5	150
Pisos de Apoyo	2	8
Pisos Supervisados	20	80
Otros Recursos	8	30
Centros Ocupacionales	6	
Programas de Rehabilitación Laboral	2	
Total	35	

7.cronograma, evaluación y seguimiento.

7.1 Cronograma

7.1.1 2007-2008

Desde este año y con carácter, al menos bianual se pondrán en marcha campañas de concienciación sobre la enfermedad mental.

Desde este año y con carácter bianual, se realizará una encuesta de satisfacción de usuarios de los servicios de salud mental.

Estará evaluado y revisado el Programa de Coordinación con Atención Primaria.

Existirá un Protocolo de Atención al Trastorno Mental Grave.

Existirá una revisión y una actualización del Protocolo de Atención a la Demanda No Programada e Intervención en Crisis.

Se abrirá el ESM Infantojuvenil de Plasencia.

Se aplicarán los criterios de derivación entre los ESM Infantojuveniles en función de perfiles y niveles de complejidad.

Estarán disponibles datos de las necesidades de la población con trastorno mental grave.

Existirá un Manual de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Media Estancia y Rehabilitación Hospitalaria.

Se creará una nueva Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Existirá un Protocolo de Coordinación y Atención a los pacientes con patología dual.

Existirá un Plan Estratégico para cada uno de los Hospitales Psiquiátricos.

Se firmará el Protocolo de Coordinación con la Administración de Justicia.

Se suscribirá el Pacto por la Salud Mental en Extremadura.

Se abrirá el ESM de Trujillo.

Las prestaciones de salud mental estarán adaptadas a las contempladas en la cartera de servicios del SNS.

Estará evaluada la demanda de servicios de salud mental atendida y derivada por los Equipos de Atención Primaria.

Existirá un Manual de Organización y Funcionamiento de los ESM.

Existirá un modelo estandarizado de derivación entre el EAP y el ESM.

Se abrirá el ESM Infantojuvenil de Mérida.

Se abrirá la Unidad de Hospitalización Breve de Niños y Adolescentes en Badajoz.

Estará elaborado un Programa de Atención Integral a la salud mental del Niño y Adolescente.

Se promoverá el acceso de personas con enfermedad mental a viviendas sociales y/o de bajo alquiler.

Existirá una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria en Mérida.

Estará en funcionamiento el Programa de Rehabilitación Laboral de Mérida.

El Servicio Extremeño Público de Empleo pondrá en marcha medidas específicas de fomento y acceso al mercado laboral de las personas con enfermedad mental.

Comenzará a implantarse el Programa de Trastornos Mentales Graves.

Los ESM dispondrán de indicadores específicos para el control del seguimiento de la atención a los Trastornos Mentales Graves.

Estará incluido en la cartera de servicios de AP, el seguimiento de los trastornos mentales graves.

Existirá un Protocolo de Atención a los TCA en las Unidades de Hospitalización Breve.

Existirá un estudio sobre las necesidades de la población inmigrante con Trastorno Mental.

Existirá un protocolo de atención a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental asociados.

Existirán protocolos de atención a la patología dual en los dispositivos de hospitalización y en los servicios residenciales.

Existirán mecanismos de coordinación entre los profesionales de salud mental y de la red de drogodependencias en todas las Áreas de Salud.

No habrá ingresos de personas con discapacidad intelectual, deterioro cognitivo o trastorno mental grave en las Unidades de Larga Estancia de los Hospitales Psiquiátricos.

Existirán programas de rehabilitación en ambos Hospitales psiquiátricos.

La totalidad de los centros de internamiento tendrán implantados procedimientos de contención mecánica y para el tratamiento o internamiento involuntario.

Existirá un Cuaderno de Mando de salud mental.

Se creará el Consejo Regional de Salud Mental.

Se incrementará la oferta de MIR, PIR y EIR.

Se firmará un Convenio con las Asociaciones de Afectados.

Estarán transferidos los dos Hospitales Psiquiátricos a la Junta de Extremadura.



Existirán los Planes Estratégicos de los dos Hospitales Psiquiátricos.

7.1.2 2009-2010

La Encuesta de Salud de Extremadura incorporará items que permitan conocer el estado de salud mental de su población.

Se habrán impulsado y apoyado a los Comités de Salud Laborales para la puesta en marcha de estrategias dirigidas a la prevención del estrés, desgaste profesional y de los trastornos mentales asociados al trabajo.

Existirán al menos dos programas de prevención y educación sanitaria en el entorno educativo.

Se habrán puesto en marcha los programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el suicidio.

No existirán normativas que impidan el acceso de las personas con enfermedad mental a los servicios y prestaciones por el hecho de serlo.

Los ESM de Coria y Navalmoral habrán incrementado su oferta asistencial y dispondrán de la dotación de personal acorde a la misma.

Existirán Protocolos de Atención de los Trastornos Adaptativos, del Estado de Ánimo y de Ansiedad.

Se abrirán los ESM Infanto-Juveniles de Don Benito y Llerena.

Estará en funcionamiento el Centro Terapéutico Residencial de Niños y Adolescentes.

Al menos cinco Equipos de Salud Mental contarán con programas de rehabilitación en funcionamiento.

Estarán abiertos los Centros Residenciales de Plasencia y Mérida.

Estarán disponibles 12 nuevos pisos supervisados en Coria, Plasencia y Badajoz.

Estará en funcionamiento el Programa de Rehabilitación Laboral de Plasencia.

Todas las Áreas dispondrán de al menos, un Centro de Ocio.

Existirán en las UHB intervenciones psicoeducativas y programas ocupacionales.

Existirá un Programa Integral de Atención a los TCA.

Existirá un estudio sobre necesidades de la población anciana con Trastorno Mental.

Existirá un estudio sobre necesidades de la población penitenciaria con trastorno mental.

Existirá un Protocolo de Coordinación y Atención a la población con patología médica que precise intervenciones en salud mental.

Existirá un Modelo de Intervención Psicosocial en Catástrofes y Situaciones de Emergencia.

Existirá un servicio especializado en la atención de a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental asociados.

Estará evaluada la unidad funcional de patología dual grave.

Los profesionales participarán de manera conjunta en el diseño de las actuaciones formativas y de los protocolos asistenciales.

Ambos Hospitales Psiquiátricos estarán organizados según los perfiles de necesidad de los pacientes.

Todos los pacientes que permanezcan en el Hospital Psiquiátrico dispondrán de su Plan Individualizado de Atención.

Todos los centros, servicios y establecimientos de salud mental de gestión privada estarán acreditados según el modelo de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Al menos el 70% de los centros dispondrán de Planes Integrados de Atención y Acuerdos Terapéuticos.

Se habrán realizado al menos dos campañas de información a los ciudadanos sobre servicios, prestaciones y uso adecuado y a los afectados sobre derechos y obligaciones.

Se creará un Observatorio de Salud Mental de Extremadura.

Existirá un Manual de Buena Práctica para el tratamiento de las noticias relacionadas con la enfermedad mental, acordado con los medios de comunicación.

7.1.3 2011-2012

Se habrán realizado al menos tres actuaciones de divulgación sobre hábitos de vida saludable y promoción de la salud mental dirigidas a grupos específicos y entornos vulnerables.

Se habrán establecido criterios de identificación de al menos tres grupos de riesgo de padecer un trastorno mental y se habrán identificado personas dentro de estos grupos.

Existirá un Programa Psicoeducativo dirigido a la “patología del malestar”.

Existirá responsable del programa de salud mental en al menos dos Centros de Salud de cada Área.

Se dotará de un psicólogo para niños y adolescentes a los ESM de Coria y Navalmoral.

Se habrán creado dos Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario.

Estarán abiertos los Centros Residenciales de Zafra y Navalmoral.

Existirá un Protocolo de Atención a la población penitenciaria, que incluya la atención a la patología dual.

Todas las unidades hospitalarias de salud mental dispondrán de un Plan de Seguridad para pacientes.

Existirán al menos dos títulos de postgrado universitarios sobre salud mental.

Se informará de manera habitual de todas las normativas que puedan tener un impacto directo sobre la salud mental de los ciudadanos.

Existirán al menos tres programas de intervención precoz en grupos de riesgo y en población vulnerable.

Se habrán puesto en marcha el programa de prevención de problemas de salud mental en cuidadores.

Existirán las siguientes ratios de profesionales por cien mil habitantes en atención ambulatoria a la salud mental: 4,5 psiquiatras; 4 psicólogos, 3,5 enfermera y 1,2 trabajadores sociales.

Todas las Unidades de Hospitalización Breve de la región estarán ubicadas en Hospitales Generales.

Estarán abiertos los dos Hospitales de Día.

Estará abierto el Centro Residencial de Don Benito.

Estarán disponibles 8 nuevos pisos supervisados en Cáceres, Llerena-Zafra y Don Benito-Villanueva.

Existirán 6 Centros Ocupacionales.

Existirán al menos 2 Unidades Funcionales de TCA.

Existirá un Programa de Coordinación y Atención Integral en Psicogeriatría.

Se habrán desarrollado equipos hospitalarios de interconsulta y enlace.

Al menos el 75% de las personas consideradas externalizables habrán salido de los Hospitales Psiquiátricos.

Existirán estándares de calidad para todos los centros.

Existirá una Comisión de Calidad, Formación e Investigación en salud mental.

Se habrán adoptado las medidas estructurales de mejora de la condiciones de habitabilidad de los servicios hospitalarios y residenciales.

7.2 Evaluación y seguimiento

Para el seguimiento y evaluación del Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 se prevé la creación del Consejo Regional de Salud Mental.

Este Consejo estará formado por representantes de las entidades con responsabilidad en la mejora de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma y velará por el adecuado cumplimiento del Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 y la correcta coordinación entre todas las entidades implicadas en su desarrollo.

Para ello determinará los objetivos y el presupuesto anuales en coherencia con lo establecido en el propio Plan; mantendrá las reuniones de seguimiento de los mismos y creará las Comisiones Técnicas que estime oportunas para el desarrollo y correcta ejecución de los protocolos y actuaciones de carácter intersectorial que se prevén en el Plan. Asimismo, desarrollará los instrumentos de evaluación que considere necesarios, emitirá informes anuales de seguimiento y evaluación del Plan y supervisará la evolución de los diferentes objetivos, actuaciones y compromisos que en él se establecen.

Al igual que ocurre con otros Consejos Regionales de Extremadura, se le dotará de estructura orgánica y funcional suficiente a través de la correspondiente normativa que regule su organización, composición y funciones.



anexos

The image features a solid green background. In the lower-left quadrant, there are two white, curved lines that sweep upwards and to the right, creating a dynamic, abstract graphic element.

DECRETO 92/2006,

POR EL QUE SE ESTABLECE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA.

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la «normalidad», sino fenómenos claramente anormales o patológicos.

Las enfermedades mentales constituyen uno de los principales problemas de salud por su impacto epidemiológico, por la discapacidad que conllevan, la carga social y económica que suponen y por la elevada dependencia y utilización de los servicios sanitarios, especialmente en los casos de trastornos graves y prolongados. Se da además la circunstancia de que este tipo de patologías, tal vez como ninguna otra, ha estado asociada tradicionalmente a procesos de marginación y estigmatización, afortunadamente en declive.

Como tal patología compleja y de larga evolución, el abordaje de los problemas derivados de la enfermedad mental requiere la provisión de un sistema integral de atención que haga énfasis en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de las personas afectadas, lo que exige disponer de una sólida red sanitaria para la

enfermedad mental junto a un red de dispositivos sociales que proporcionen protección a la dependencia y a las situaciones de ausencia de red social de apoyo. En definitiva, una oferta diversificada de servicios polivalentes y flexibles en función a las necesidades de la población.

En este contexto, conseguir la continuidad asistencial en el proceso de atención mediante la regulación adecuada del flujo de pacientes y la coordinación entre dispositivos resulta esencial, por lo que, la estructuración en función de niveles de complejidad, y la delimitación de competencias coordinadas entre niveles y sectores se convierten en la base organizativa de la atención integral.

El tradicional estigma y exclusión asociado a las enfermedades mentales necesita asimismo ser superado, fomentando un modelo de atención comunitario, que impulse alternativas a la institucionalización y potencie la permanencia y la reinserción social del ciudadano a su medio, evitando situaciones de exclusión social.

En este sentido, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la Salud Mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general. Esta integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general ha quedado refrendada en la reciente Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo de 2003, cuyos artículos 12 y 13, incluyen en el catálogo de prestaciones correspondientes a la atención primaria y la atención especializada, la atención a la salud mental.

Por su parte, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece en su artículo 7 que son competencias de la Junta de Extremadura en relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura, entre otras, el establecimiento de las directrices de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma, la planificación y

ordenación de las actividades, programas y servicios sanitarios y sociosanitarios y desarrollar, en el ámbito de sus competencias, la normativa básica sanitaria. La misma Ley incluye en su artículo 42 dentro de las actividades de asistencia sanitaria, la asistencia psiquiátrica como una actividad de asistencia sanitaria.

Por otra parte, la Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura, tiene como fin garantizar un sistema público de Servicios Sociales mediante un conjunto de actuaciones que tiendan a la prevención y eliminación de las causas que conduzcan a la marginación. En esta misma Ley se atribuye a la Junta de Extremadura, a través de su Consejo de Gobierno y de la Consejería competente en materia de Acción Social, las competencias en materia de reglamentación, planificación general, coordinación de las actuaciones y gestión de los Servicios Sociales de los que sea titular.

Por todo ello, entendemos que el contexto resulta idóneo para llevar a cabo la organización de los dispositivos y servicios de salud mental, que, contribuyendo a la definitiva integración de los mismos en el sistema sanitario y social, consolide el modelo de atención comunitario y desarrolle nuevos mecanismos de gestión y dirección que garanticen la efectividad clínica y la eficiencia de los servicios en el nuevo contexto asistencial y organizativo.

Conscientes de esta necesidad de coordinar los aspectos de atención a la patología y a la dependencia de las personas con enfermedad mental y regular el funcionamiento de la red de atención de la Comunidad Autónoma, a propuesta de los Consejeros de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 16 de mayo de 2006,

DISPONGO

Capítulo I

DISPOSICIONES GENERALES.

Artículo 1. Objeto

El presente Decreto tiene por objeto establecer el modelo general de atención y actuación de los dispositivos y servicios de prevención, promoción de la salud, asistencia, rehabilitación y reinserción social, que intervienen en la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Artículo 2. Principios generales

1. Promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social que garantice una intervención integral, coherente e integrada en la red de recursos del Sistema Sanitario Público y del Sistema Social de Extremadura.
2. Potenciación de los recursos cercanos a la población y participación de la familia y del entorno.
3. Promoción de la continuidad de cuidados, coordinación de actuaciones entre dispositivos de diversos ámbitos y máxima integración funcional de los dispositivos en el marco del área de salud.

Capítulo II

RECURSOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

Artículo 3. Niveles de atención

1. La atención a la salud mental en el Sistema Sanitario Público de Extremadura se realizará conforme a la cartera de servicios establecida en el Área y se llevará a cabo en los dos niveles de atención: atención primaria y atención especializada.

2. Corresponderá al nivel de atención primaria, la atención a la salud mental de la población de su Zona de Salud mediante el desarrollo de las actividades incluidas en su cartera de servicios.

3. En el nivel de atención especializada, los dispositivos específicos de salud mental se ubicarán tanto en el ámbito hospitalario, como en el extrahospitalario. Comprenderá las siguientes funciones:

La asistencia, diagnóstico, terapia o rehabilitación de aquellas patologías o situaciones de mayor complejidad, cuyo abordaje requiera atención especializada hasta que puedan ser reintegradas al primer nivel de atención.

Los cuidados sanitarios de larga duración y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

4. La dirección de los dispositivos de salud mental del Servicio Extremeño de Salud corresponderá a la Dirección de Atención Sanitaria del Área de Salud, quien garantizará una adecuada coordi-

nación e integración funcional de sus actuaciones. En los casos en los que no exista Dirección de Atención Sanitaria del Área de Salud, esta función corresponderá al Gerente de Área.

Artículo 4. Equipos de Atención Primaria

1. Los Equipos de Atención Primaria asumirán la atención a la salud mental de la población a través las siguientes funciones:

Identificación y seguimiento de las necesidades sanitarias y sociales de las personas con enfermedad mental de su Zona de Salud.

Detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, con derivación al nivel especializado, en caso necesario.

Seguimiento de las personas con trastorno mental severo en la comunidad.

2. Para la adecuada realización de las actividades descritas y aquellas que se especifiquen en la correspondiente cartera de servicios, contarán con el apoyo y el asesoramiento del Equipo de Salud Mental correspondiente.

Artículo 5. Dispositivos de salud mental especializados

1. El Sistema Sanitario de Extremadura contará con los siguientes dispositivos de atención a la salud mental especializados:

- Equipo de Salud Mental.
- Equipo de Salud Mental Infantojuvenil.
- Unidad de Hospitalización Breve.

- Hospital de Día.
- Unidad de Media Estancia.
- Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.
- Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- Centro Residencial de Rehabilitación.

2. Podrán existir programas orientados al cumplimiento de objetivos diferenciados en función de las demandas y de las necesidades de la comunidad en general, con carácter temporal o permanente.

Artículo 6. Equipos de Salud Mental

1. Los Equipos de Salud Mental son servicios especializados, de orientación comunitaria y composición multidisciplinar, que actúan como Unidad de Apoyo a la Atención Primaria.

2. Atienden a personas con trastornos mentales que por su complejidad, duración o intensidad desbordan la capacidad de atención de los Equipos de Atención Primaria y requieran atención en un dispositivo especializado de manera ambulatoria.

3. Sus funciones principales son:

- Apoyo y asesoramiento a los Equipos de Atención Primaria.
- Diagnóstico y evaluación, así como el tratamiento y seguimiento a través de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras.
- Derivación de pacientes al resto de los dispositivos de la

red de salud mental y la potenciación de la continuidad de cuidados, mediante el seguimiento de determinados pacientes a lo largo del proceso asistencial.

- Realización de interconsultas hospitalarias y funciones de psiquiatría de enlace, en aquellos centros que carezcan de Unidades de Hospitalización Breve o no se preste este servicio.
 - Participación en la realización de guardías psiquiátricas en el Hospital de referencia.
 - Apoyo a las Urgencias y a la Intervención en crisis.
 - Formación, investigación y docencia.
 - Detección e intervenciones sobre grupos de riesgo, así como labores de prevención y promoción de la salud mental.
 - Coordinación, asesoramiento y colaboración con otras unidades asistenciales, sociales, educativas y judiciales.
4. En cada Área de Salud existirá al menos un Equipo de Salud Mental. Dependiendo de las características del Área, ésta podrá contar con más de uno, al que se le asignará una serie de Zonas de Salud.
 5. El acceso se realizará, prioritariamente, a través de los Equipos de Atención Primaria, si bien podrán acceder pacientes desde otros servicios especializados. Excepcionalmente y de manera protocolizada, podrán acceder pacientes desde otros dispositivos ajenos al sistema sanitario.
 6. Contarán con psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social

y apoyo administrativo. La dotación y organización de los mismos se realizará en función de las características y necesidades del Área.

7. Los Equipos de Salud Mental se ubican preferentemente en dispositivos externos al Hospital. Por ello se considera idónea su ubicación en los propios Equipos de Atención Primaria o en otros dispositivos de atención ambulatoria.

Artículo 7. Equipos de Salud Mental Infantojuvenil

1. Los Equipos de Salud Mental Infantojuvenil son dispositivos de atención ambulatoria destinados a la atención de las necesidades de salud mental que presentan las personas en edad infantil o juvenil.

2. Atienden a personas que por razón de su complejidad, especificidad de la patología o programación terapéutica no puedan ser atendidas en los Equipos de Atención Primaria o en los de Salud Mental. Con carácter general atenderá la demanda de pacientes con edad inferior a 18 años.

3. Tienen las mismas funciones que los Equipos de Salud Mental, de acuerdo con los criterios de derivación previamente establecidos. Sin embargo, dado su carácter de dispositivo especializado en el ámbito infantil y juvenil, se incidirá además en las siguientes:

- Apoyo y asesoramiento a las Unidades de Hospitalización Pediátrica.
- Apoyo y asesoramiento a las instituciones educativas y tutelares.
- Coordinación con otros dispositivos no sanitarios de los ámbitos educativo, judicial, y social.

4. El acceso de los pacientes a estos equipos se realiza tanto a

través de los Equipos de Salud Mental como de los Equipos de Atención Primaria, en función de la situación del paciente.

Artículo 8. Unidades de Hospitalización Breve

1. Las Unidades de Hospitalización Breve son dispositivos destinados al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de pacientes con psicopatología aguda con el objeto de conseguir una reducción de la sintomatología.

2. El ingreso generalmente se realiza por imposibilidad de abordaje de la patología de manera ambulatoria y siempre que se prevea un beneficio potencial del ingreso.

3. Sus funciones serán las siguientes:

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.
- Atención de la interconsulta generada por el resto de los servicios hospitalarios así como de la psiquiatría de enlace.
- Atención a la urgencia que no haya podido ser atendida en los Equipos de Salud Mental.
- Coordinación con el resto de los dispositivos de salud mental del área o áreas de influencia.
- Formación, docencia e investigación.

4. A las Unidades de Hospitalización Breve se accede a través del

Servicio de Urgencias del Hospital donde se ubica la Unidad. Al alta los pacientes podrán ser derivados al Equipo de Salud Mental o la Unidad de Media Estancia de referencia.

5. Las Unidades de Hospitalización Breve estarán ubicadas e integradas en el Hospital, adaptando su estructura, recursos y funcionamiento a las características de su especialización.

Artículo 9. Hospitales de Día

Los Hospitales de Día son servicios ambulatorios que proporcionan un tratamiento intensivo y estructurado en régimen diurno, con el fin de evitar la hospitalización y aumentar el nivel de autonomía en pacientes con enfermedades graves.

Está dirigido a pacientes en los que persiste sintomatología activa, sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas y que tengan garantizados su alojamiento y cuidados.

Su función principal es garantizar una adecuada transición entre el Hospital y la comunidad y, más concretamente, tendrán las siguientes:

- a. Sustitución de la hospitalización completa.
- b. Disminución y afrontamiento de la patología psiquiátrica.
- c. Prevención y disminución de recaídas.
- d. Prevención del deterioro.

El acceso de los pacientes se realizará a través de la Unidad de Hospitalización Breve y la derivación del mismo se realizará al Equipo de Salud Mental.

Se procurará que el Hospital de Día esté ubicado en un Hospital y adscrito a una Unidad de Hospitalización Breve.

Artículo 10. Unidades de Media Estancia

1. Las Unidades de Media Estancia son dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Breve, y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas.

2. Atienden pacientes con las siguientes características:

- Pacientes cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Hospitalización Breve.
- Pacientes que presentan desadaptación social o familiar que requiere una intervención terapéutica específica complementada con programas de rehabilitación.
- Pacientes con factores de riesgo de recaída por falta de conciencia y/o conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento u otros factores clínicos que aumenten la probabilidad de recaída.

3. Sus funciones son las siguientes:

- Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.
- Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.
- Proporcionar la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.

4. A las Unidades de Media Estancia se accede a través de las Unidades de Hospitalización Breve o bien de las Comisiones de Salud Mental del Área donde se ubique la Unidad. Al alta podrá ser derivado al Equipo de Salud Mental.
5. Sus características físicas son semejantes a las de las Unidades de Hospitalización Breve.

Artículo 11. Unidades de Rehabilitación Hospitalaria

1. Las Unidades de Rehabilitación Hospitalarias son dispositivos de internamiento destinados a pacientes en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada que permita un abordaje terapéutico a más largo plazo.
2. Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria atienden a pacientes con las siguientes características:
 - Largos años de hospitalización que presentan déficits psicosociales susceptibles de rehabilitación.
 - Riesgo de institucionalización debido a su evolución crónica y/o persistencia de su psicopatología o problemática clínica disruptiva que dificulta su abordaje en el medio comunitario.
 - Ingreso no motivado fundamentalmente por problemas en su red social de apoyo.
3. Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria persiguen la recuperación e integración del paciente, mediante el incremento de las habilidades necesarias para su vida en comunidad y el abordaje dentro de un entorno integrador y terapéutico de la psicopatología productiva.

4. A las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria se accede a través de las Unidades de Media Estancia y de las Comisiones de Salud Mental de Área.

Artículo 12. Centros de Rehabilitación Psicosocial

1. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) son dispositivos destinados a ofrecer a las personas con trastorno mental grave, programas asistenciales dirigidos a la recuperación y fomento de sus habilidades y competencias, con el fin último de potenciar su nivel de autonomía e integración social.

2. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial tienen como finalidad esencial favorecer la rehabilitación e integración social, así como apoyar a las familias de los usuarios.

Artículo 13. Centros Residenciales de Rehabilitación

1. Los Centros Residenciales de Rehabilitación (CRR) son recursos intermedios entre las unidades hospitalarias y los dispositivos de rehabilitación ambulatorios, destinados a proporcionar a las personas con trastorno mental grave, tratamiento rehabilitador con alojamiento y supervisión e intervención activa en su psicopatología, que facilite la integración en su entorno comunitario.

2. Está destinado a aquellos pacientes con las siguientes características:

- a. Presencia de alteración psicopatológica después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y en las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas.

- b. Déficit en sus capacidades psicosociales, que sean recuperables a medio/largo plazo.
 - c. Carencia de apoyo comunitario suficiente.
3. A ellos se accede a través de la Comisión de Salud Mental de Área donde se ubica el Centro.

Artículo 14. Programas específicos

1. Se consideran programas específicos en salud mental el conjunto de actuaciones orientadas al cumplimiento de objetivos diferenciados en función de las demandas y de las necesidades de la comunidad en general.
2. Los programas específicos se establecerán, con carácter temporal o permanente, para resolver situaciones como:
 - Las que presenten carácter episódico, tales como situaciones de crisis o emergencias.
 - Las de pertenencia a colectivos o grupos de riesgo por la propia condición de las personas implicadas, como la infancia, adolescencia o ancianidad
 - Las que presentan una alta incidencia o relevancia social y sanitaria, como los trastornos mentales graves, la patología dual o los trastornos de la conducta alimentaria.
 - Las que impliquen un grave sufrimiento para las personas afectadas, como las propias de personas con graves afecciones sanitarias.
3. En general, los programas se desarrollarán a través de los dispositivos básicos ya existentes, aunque se podrán establecer,

de manera excepcional, unidades específicas para desarrollar determinados programas que por sus características así lo requieran.

4. La disponibilidad de unidades específicas no supondrá, en ningún caso, la creación de redes paralelas dotadas de recursos especiales que desarrollen su actividad al margen de las actuaciones generales en salud mental por lo que se articulará su relación con los dispositivos básicos en el marco del propio Programa.

Capítulo III

RED SOCIAL DE APOYO COMUNITARIO POR DISPOSITIVOS SOCIALES DE APOYO COMUNITARIO.

Artículo 15. De la Red social de apoyo comunitario

1. Con independencia del acceso de las personas con enfermedad mental a las prestaciones que, con carácter general, existan y a las que se hagan acreedores en virtud de su dependencia o situación social, existirán una serie de recursos y actuaciones destinadas a proporcionar apoyo social específico a las personas con enfermedad mental.

2. Su función principal será garantizar la permanencia del individuo en su entorno, la rehabilitación de sus déficits y su reincorporación social en adecuadas condiciones de autonomía y dignidad.

Artículo 16. Articulación en programas

Los dispositivos de apoyo comunitario se articularán en tres programas:

- De apoyo residencial.
- De integración laboral
- De integración social.

Artículo 17. Programa de Apoyo Residencial

1. El Programa de Apoyo Residencial estará compuesto por varias modalidades de atención residencial y distintos grados de supervisión y apoyo, en función de las condiciones de autonomía y dependencia de sus usuarios, que se ubicarán necesariamente en la comunidad.

2. Ofertarán una estancia transitoria o definitiva para enfermos mentales de evolución crónica, con deterioro psicosocial y déficit funcional, de manera que puedan acceder progresivamente a una mayor integración social y laboral, así como a fórmulas residenciales que proporcionen mayor nivel de autonomía

3. Tendrán como objetivo incrementar la autonomía del paciente y facilitar su reinserción social y se dirigirán a aquellos pacientes con un alto grado de discapacidad y que presenten dificultades para permanecer en su red social y familiar de apoyo o que carezcan de ella.

4. El acceso de los pacientes se realizará a través de los dispositivos de la red de salud mental. Corresponderá a la Comisión de Salud Mental de Área velar por la adecuada canalización y

selección de las demandas a los dispositivos ubicados en su ámbito de actuación.

5. Se procurará en todo momento la adecuada coordinación de la red de dispositivos de apoyo residencial con el resto de la red de salud mental, de manera que se garantice la continuidad de cuidados y la atención sanitaria de los pacientes acogidos al Programa.

Artículo 18. Programa de Integración Laboral

1. La red de salud mental contará con una serie de actuaciones dirigidas a fomentar la integración laboral de las personas con enfermedad mental. Para ello impulsará las actuaciones dirigidas a la adquisición o recuperación de los conocimientos y habilidades necesarios para el acceso al empleo, así como las tendentes a la promoción de iniciativas de empleo.

2. Con el fin de procurar una integración lo más normalizada posible, se promoverá tanto la utilización de los servicios y programas destinados a la formación, promoción e incorporación laboral ya existentes en los servicios de promoción del empleo de la Comunidad Autónoma, como el impulso por parte de este área de iniciativas específicas dirigidas a las personas con enfermedad mental.

3. Se velará en todo momento por la adecuada coordinación de las actuaciones del Programa con la red de salud mental, para garantizar la continuidad de cuidados, la integración funcional de todas las actuaciones de rehabilitación e integración social y la eficiencia en la gestión de los dispositivos, procurando la máxima inserción funcional de dichas actuaciones en el marco de los dispositivos ya descritos.

Artículo 19. Programa de Integración Social

Con el fin de facilitar y promover la participación de las personas con trastornos mentales graves en la comunidad, se establecerá un programa dirigido al fomento de la utilización de los recursos de la comunidad, ya sean de tipo educativo, social o recreativo.

Capítulo IV

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN.

Artículo 20. Coordinador de Salud Mental del Área de Salud

1. Para garantizar la correcta articulación de dispositivos de salud mental, en el Área de Salud podrá existir un Coordinador de Salud Mental.
2. Dependerá de la Dirección de Atención Sanitaria de la misma o en su defecto, de la Gerencia del Área. Tendrá rango de Jefe de Sección y los nombramientos, vías de acceso y otras características del mismo, se regularán de acuerdo a la normativa general existente para los citados puestos.
3. Sus funciones serán las siguientes:
 - El desempeño de las tareas asistenciales que le sean propias.
 - La gestión, organización y coordinación de los dispositivos y programas de salud mental ubicados en el Área y

de estos con el resto de los dispositivos sanitarios y sociales.

- La dirección del funcionamiento de los programas transversales en su ámbito territorial.
- La promoción de actividades de formación, prevención y educación sanitaria en el ámbito de la salud mental.

Artículo 21. Comisión de Salud Mental del Área de Salud

1. Para promover la continuidad asistencial y la participación de los profesionales, las Gerencias de las Áreas de Salud pondrán en marcha la Comisión de Salud Mental.

2. Serán funciones de dicha Comisión las siguientes:

- Evaluar, facilitar y promover la coordinación entre los dispositivos de salud mental, garantizando el acceso adecuado de los pacientes a los dispositivos y la continuidad de la asistencia en el marco del Área de Salud.
- Garantizar la atención multidisciplinar y coordinada de determinadas problemáticas que son objeto de atención por distintos sectores y servicios.
- Analizar el funcionamiento de los programas de atención, promoviendo cuantas medidas contribuyan a su mejora.

3. Será convocada y presidida por el Gerente del Área de Salud, que podrá delegar esta función en el Coordinador de Salud Mental en caso de existir, y en otro caso, en el profesional de salud mental que estime oportuno. Su composición será la siguiente:

- El Coordinador de Salud Mental de Área o en su defecto, el profesional de salud mental en quien delegue la Gerencia del Área.
- Un representante de cada uno de los dispositivos asistenciales, rehabilitadores y de apoyo social específicos de salud mental que se encuentren ubicados en el Área, con independencia de su ámbito territorial de actuación.
- Un miembro de la Dirección de Atención Sanitaria del Área.
- Un representante de los dispositivos de atención a las drogodependencias existentes en el Área.
- Un representante de los servicios sociales generales.
- Podrán asistir de manera extraordinaria o regular, si así lo establece la propia Comisión, otros profesionales en función de los temas o necesidades a tratar.

Capítulo V

DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

Artículo 22. Promoción de la salud mental

La Consejería de Sanidad y Consumo fomentará aquellas actuaciones orientadas a la promoción y la prevención de la salud mental y a la educación sanitaria, mediante programas dirigidos a la

población general o a colectivos sociales específicos y de manera permanente, a través de los dispositivos que integran la red de salud mental.

Artículo 23. Docencia e Investigación

1. Se establecerán programas de formación continuada en salud mental tanto para los profesionales del nivel especializado como del nivel primario.
2. En la actividad docente se utilizarán de manera prioritaria, los recursos humanos propios de los dispositivos de salud mental en coordinación con los organismos competentes de la Comunidad Autónoma.
3. La Consejería de Sanidad a través del Servicio Extremeño de Salud estimulará la investigación en el área de salud mental y en el marco de los planes generales de investigación que en cada momento diseñe la Comunidad Autónoma.

Artículo 24. Evaluación y calidad

1. Todos los programas y actuaciones en materia de salud mental serán evaluados para adecuarlos a las necesidades reales de la Comunidad Autónoma. La evaluación de los servicios se orientará progresivamente hacia la medición del resultado y del impacto en la salud de los ciudadanos, potenciando los sistemas de información que favorezcan dicho objetivo.
2. Se potenciará la acreditación de los dispositivos y unidades de salud mental dentro del Plan Marco de Calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Disposición adicional única

La ordenación de los dispositivos de salud mental previstos en el presente Decreto se llevará a cabo gradualmente, en función de la prioridad de objetivos y programas de actuación que establezca el Servicio Extremeño de Salud, de acuerdo con las dotaciones que anualmente se consignan en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Disposición transitoria primera

Las Unidades de Hospitalización Breve ubicadas en los actuales hospitales psiquiátricos podrán permanecer en los mismos, en una primera fase del desarrollo de este Decreto, hasta su integración en los Hospitales Generales.

Disposición transitoria segunda

Parte de los dispositivos regulados habrán de provenir de la transformación de los actuales hospitales psiquiátricos, por lo que, mientras no se complete el proceso de transferencia de éstos a la Comunidad Autónoma, se podrán establecer vías de coordinación con las Administraciones responsables de los mismos, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 5/1990, de 30 de noviembre, de relaciones entre las Diputaciones Provinciales y la Comunidad Autónoma de Extremadura y en la Disposición Transitoria Tercera de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

Disposición final primera

Se faculta a la Consejería de Sanidad y Consumo y a la Consejería de Bienestar Social para dictar cuantas disposiciones fueran necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto.

Disposición final segunda

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

Mérida a 16 de mayo de 2006

ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Líneas Estratégicas y Objetivos

Aprobada por el Consejo Interterritorial del
Sistema Nacional de Salud en diciembre
de 2006

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.

Objetivos específicos

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.

Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones orientadas a asesorar e informar a los y las responsables institucionales de las administraciones central, autonómicas y locales, sobre la relación existente entre las actuaciones de carácter institucional y la salud mental.

Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas, un conjunto de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.

OBJETIVO GENERAL 2

Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general.

Objetivos específicos

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

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.

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

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

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

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

OBJETIVO GENERAL 3

Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

Objetivos específicos

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

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

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.

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 Comunidades Autónomas adecuarán progresivamente las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de este objetivo.

El Ministerio de Sanidad y Consumo 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.

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.

Objetivos específicos

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

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

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

Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles.

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

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.

Proporcionar a los y las pacientes con trastorno mental grave, un adecuado cuidado de su salud general.

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

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

El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará junto con las Comunidades Autónomas, un modelo de colaboración con los Órganos de Justicia 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.

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

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

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

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 tendrá en cuenta, tanto la perspectiva de género como la problemática específica de determinados colectivos de riesgo.

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

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

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.

Objetivos específicos

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.

Definir o actualizar, por las Comunidades Autónomas un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria.

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 Estratégica 3

COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL

OBJETIVO GENERAL 6

Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

Objetivos específicos

Implantar por las Comunidades Autónomas, mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garantice la atención integral de las personas.

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

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

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 específicos

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.

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.

Establecer, por las Comunidades Autónomas, los mecanismos y vías de participación de las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental, en la planificación y evaluación de los servicios.

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

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

Línea Estratégica 5

INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

OBJETIVO GENERAL 9

Potenciar la investigación en salud mental.

Objetivos específicos

El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.

Las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.

Línea Estratégica 6

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

OBJETIVO GENERAL 10

Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud.

Objetivos específicos

Obtener información acerca del nivel de salud mental general de la población.

Disponer, a nivel del Sistema Nacional de Salud, de información sobre las principales causas de morbilidad atendida.

Disponer, a nivel del Sistema Nacional de Salud, de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos específicos dedicados a la atención de la salud mental.





PLAN DE ACCIÓN EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL.

Objetivos y Acciones

1. Promoción de la Salud Mental para todos

Desarrollar estrategias globales de promoción de la Salud Mental dentro del contexto de la Salud Mental, de la Salud Pública y de otras políticas públicas que establezcan la promoción de la Salud Mental durante todas las etapas de la vida.

Considerar la promoción de la Salud Mental como una inversión a largo plazo y desarrollar programas de información y educación a largo plazo.

Desarrollar y ofrecer programas efectivos de apoyo y educación a la paternidad y maternidad que tengan su inicio en el embarazo.

Desarrollar y ofrecer programas basados en la evidencia que fomenten habilidades, proporcionen información y se centren en la inteligencia emocional y funcionamiento psicosocial en niños y jóvenes.

Mejorar el acceso a la alimentación sana y la actividad física para los mayores.

Promover acciones a múltiples niveles dentro del ámbito comunitario que impliquen concienciación pública, al personal de atención primaria y a los mediadores en la comunidad como profesores, sacerdotes y medios de comunicación.

Integrar la promoción de la Salud Mental dentro de una promoción global de salud y de los programas y políticas de salud pública, como las que son apoyadas por las redes de promoción sanitaria de la OMS.

Promocionar el consumo de productos sanos y reducir la ingesta de productos nocivos.

Crear lugares de trabajo saludables, fomentando actividades como el ejercicio, cambios en los esquemas de trabajo y horarios apropiados.

Ofrecer actividades de promoción de la Salud Mental efectivas, dirigidas a grupos de riesgo tales como personas que padecen problemas de salud físicos o psíquicos y sus cuidadores.

Identificar mecanismos claros para la capacitación de la población, procurando que adquiera responsabilidad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, por ejemplo mediante el aumento de la conciencia pública sobre la importancia de la elección del estilo de vida.

2. Demostración del papel central de la Salud Mental

Convertir la Salud Mental en una parte inseparable de la salud pública.

Añadir una perspectiva desde la Salud Mental a las políticas nacionales y a la legislación, tanto a las nuevas como a las ya existentes.

Incluir a la Salud Mental en aquellos programas que se ocupan de salud ocupacional y seguridad.

Evaluar el impacto potencial de cualquier nueva normativa sobre el bienestar de la población antes de su introducción, y valorar sus resultados posteriormente.

Considerar especialmente el impacto relativo que puedan tener estas políticas en aquellos que padecen problemas de Salud Mental o bien en los grupos de riesgo.

3. Erradicar el estigma y la discriminación

Promover actividades que contrarresten la estigmatización y la discriminación, enfatizando la ubicuidad de los problemas de Salud Mental, su posible tratamiento, buen pronóstico en general, y el hecho de que rara vez se asocian a violencia.

Revisar la legislación de los derechos de los discapacitados y asegurar que esta cubre la Salud Mental de modo equitativo.

Desarrollar y establecer políticas nacionales, sectoriales y de empresa para eliminar la estigmatización y discriminación en el empleo, asociado con problemas de Salud Mental.

Fomentar la implicación de la comunidad en los programas locales de Salud Mental apoyando las iniciativas de organizaciones no gubernamentales.

Desarrollar un programa legislativo coherente que trate la estigmatización y la discriminación, incorporando los estándares internacionales y regionales sobre los derechos humanos.

Establecer un diálogo constructivo con los medios de comunicación y proporcionarles de modo sistemático toda la información disponible.

Establecer estándares de representación para los usuarios y para sus cuidadores, en comités y grupos responsables de la planificación, asignación e inspección de las actividades sobre Salud Mental.

Estimular la creación y el desarrollo de organizaciones dirigidas por los propios usuarios, tanto locales como nacionales, no gubernamentales, que representen a las personas con problemas de Salud Mental, a los cuidadores y a las comunidades donde residen.

Promover la integración de los niños y jóvenes con problemas de Salud Mental y discapacidades en el sistema educacional normalizado.

Establecer programas de formación para personas con problemas de Salud Mental y favorecer la adaptación de los locales y de las actividades laborales a sus necesidades especiales con el objetivo de asegurar su incorporación al empleo competitivo.

4. Promoción de actividades en etapas críticas de la vida

Asegurar que las políticas de Salud Mental tengan como prioridad la Salud Mental y el bienestar de niños, adolescentes y ancianos.

Incorporar los derechos internacionales de niños, adolescentes y ancianos a la legislación sobre Salud Mental.

Implicar en la medida en la que sea posible, tanto a jóvenes como a ancianos en el proceso de toma de decisiones.

Prestar especial atención a aquellos grupos marginados, incluyendo niños y ancianos de familias inmigrantes.

Desarrollar servicios de Salud Mental sensibles a las necesidades de los jóvenes y ancianos, que operen en estrecha colaboración con familias, escuelas, centros de día, vecinos y amigos.

Promover el desarrollo de centros comunitarios para ancianos y aumentar así el apoyo social y el acceso a las intervenciones realizadas.

Asegurar que los servicios de Salud Mental que se ocupan de problemas relacionados con la edad y el género son provistos tanto por los servicios de atención primaria como por los servicios especializados y de atención social, y que éstos funcionan como redes integradas.

Restringir el tratamiento institucional de niños, adolescentes y ancianos que promueve la exclusión social y el abandono.

Mejorar la calidad de los servicios de Salud Mental, mediante la mejora o el establecimiento de la capacidad para realizar interven-

ciones especializadas en la infancia, la adolescencia y el paciente anciano, y mediante la formación y el empleo del suficiente número de especialistas.

Mejorar la coordinación entre organizaciones implicadas en programas de alcohol y drogas y aquellas otras implicadas en salud de niños y adolescentes y en salud mental, tanto a nivel nacional como internacional, así como aumentar la colaboración entre sus respectivas redes.

Asegurar la paridad de recursos económicos en relación con otros servicios sanitarios comparables

5. Prevención de problemas de salud mental y suicidio

Concienciar a la población de la prevalencia, los síntomas y la posibilidad de tratamiento del stress, la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia.

Establecer los grupos de riesgo y ofrecerles programas de prevención para la depresión, ansiedad, stress, suicidio y otras áreas de riesgo, desarrollados sobre la base de sus necesidades específicas y de acuerdo con su cultura y sus antecedentes.

Establecer grupos de autoayuda, líneas telefónicas de ayuda, y sitios en la web para reducir el suicidio, enfocados especialmente a los grupos de alto riesgo.

Establecer políticas que reduzcan la accesibilidad a los medios necesarios para el suicidio.

Introducir la valoración rutinaria, por los ginecólogos, de la salud mental de las mujeres que acaben de dar a luz y realizar intervenciones en el caso de que sean necesarias.

Facilitar actividades educativas en el propio hogar para las familias de alto riesgo, con el fin de ayudar a mejorar las técnicas y habilidades en el cuidado de los hijos, las conductas saludables y la interacción entre padres e hijos.

Establecer programas educativos basados en la evidencia en relación con otros Ministerios que se ocupen de temas como el suicidio, la depresión, alteraciones relacionadas con el alcohol y con el uso de otras sustancias, especialmente dedicados a jóvenes en escuelas y universidades, que incluyan patrones de comportamiento y jóvenes en el diseño de las campañas.

Apoyar el establecimiento de programas de desarrollo comunitario en áreas de alto riesgo y capacitar a las agencias no gubernamentales, especialmente a aquellas que representan a grupos marginales.

Asegurar un adecuado apoyo profesional y servicios suficientes para aquellas personas que se enfrenten a grandes crisis y violencia, incluyendo guerras, desastres naturales y ataques terroristas, con el fin de prevenir el síndrome de stress postraumático.

Concienciar al personal empleado en sectores relacionados con el cuidado de la salud, respecto a sus propias actitudes y prejuicios hacia el suicidio y hacia los problemas de Salud Mental.

Monitorizar la Salud Mental relacionada con el trabajo a través del desarrollo de instrumentos e indicadores apropiados.

Desarrollar la protección y promoción de la Salud Mental en el trabajo, a través del establecimiento del riesgo y del manejo del stress y los factores psicosociales, del entrenamiento del personal y del aumento de la conciencia del problema.

Implicar a las agencias responsables de empleo, vivienda y educación en el desarrollo de programas de prevención.

6. Asegurar el acceso a la atención primaria para problemas de Salud Mental

Conseguir que toda la población tenga buen acceso a los servicios de Salud Mental en atención primaria.

Desarrollar servicios de atención primaria con la capacidad de detectar y tratar problemas de Salud Mental, incluyendo depresión, ansiedad, alteraciones relacionadas con el stress, mal uso de sustancias y alteraciones psicóticas, de modo apropiado a través del aumento en el número y en las habilidades del personal de atención primaria.

Proporcionar el acceso a la medicación psicotrópica y a las acciones psicoterapéuticas en el área de atención primaria, tanto para alteraciones mentales leves como para las graves, especialmente para aquellos individuos con alteraciones mentales estables y de larga evolución que residan en la comunidad.

Motivar al personal de atención primaria para el desarrollo de la promoción de la Salud Mental y de las actividades de prevención centrándose especialmente en aquellos factores que determinen o mantengan la enfermedad.

Diseñar y establecer protocolos de tratamiento y derivación en atención primaria, realizando una buena práctica y definiendo de modo claro las respectivas responsabilidades dentro de las redes de la atención primaria y de los servicios especializados en Salud Mental.

Creación de centros de aptitud y promoción de redes en cada región, que puedan ser consultadas tanto por profesionales, como usuarios, cuidadores y medios de comunicación.

Proporcionar e instaurar el cuidado de la Salud Mental en servicios de atención primaria y otros servicios fácilmente accesibles, tales como centros comunitarios y hospitales generales.

7. Ofrecer a la población con problemas graves de Salud Mental un cuidado efectivo en los servicios de la propia comunidad

Capacitar a los usuarios y a los cuidadores, para el acceso a los servicios de Salud Mental y para responsabilizarse de su propio cuidado con la ayuda de aquellos que se lo prestan.

Planificar y establecer servicios especializados en la propia comunidad, accesibles 24 horas al día, siete días a la semana, con personal multidisciplinar, para cuidar a aquellos con problemas graves como esquizofrenia, alteración bipolar, depresión severa o demencia.

Proporcionar ayuda en casos de crisis, ofreciendo servicios en el hogar y el trabajo, intentando prevenir el deterioro y el ingreso hospitalario siempre que sea posible, y sólo ingresando aquellos con necesidades muy importantes o aquellos que suponen un riesgo para ellos mismos o para otros.

Ofrecer tratamientos efectivos y completos, psicoterapia y medicación con los menores efectos secundarios posibles dentro de la comunidad, particularmente en el caso de jóvenes que experimentan su primer episodio de alteración de la Salud Mental.

Garantizar el acceso a las medicinas necesarias para aquellos con problemas de Salud Mental a un coste tal que pueda ser soportado tanto por el individuo como por el sistema de salud, con el fin de hacer un correcto uso de estos fármacos.

Desarrollar servicios de rehabilitación que tengan como objetivo mejorar la inclusión social de esta población, y evaluar el impacto de las discapacidades sobre los problemas de Salud Mental.

Ofrecer servicios para aquellos con problemas de Salud Mental que se encuentran en medios no especializados tales como hospitales generales o prisiones.

Ofrecer a las familias y a los cuidadores la valoración de sus necesidades económicas y emocionales y la implicación en los programas de cuidados.

Diseñar programas para el desarrollo de habilidades y competencias para las familias y los cuidadores.

Comprobar si los programas de beneficencia se hacen cargo del coste económico de la atención.

Planificar y financiar programas modelo que sean susceptibles de generalización.

Identificar y apoyar expertos para liderar los cambios.

Desarrollar normas para una práctica correcta y controlar su aplicación.

Introducir derechos legales para las personas sujetas a cuidado involuntario para elegir su asesor legal independiente.

Introducir o reforzar la legislación o las reglamentaciones que protejan los estándares del cuidado de pacientes, incluyendo el abandono de las prácticas inhumanas y degradantes.

Establecer métodos de inspección para reforzar la buena práctica y para disminuir el abandono y el abuso en el cuidado de la Salud Mental.

8. Establecer relaciones con otros sectores

Organizar servicios de atención y servicios preventivos que den respuesta a las necesidades de los usuarios y en estrecha cooperación con ellos.

Crear redes de colaboración a través de los diferentes servicios que serán esenciales para la calidad de vida de los usuarios y de sus cuidadores, tales como la atención social, la educación, el trabajo, la justicia, el transporte y la salud.

Responsabilizar al personal de los servicios de Salud Mental en la identificación y el apoyo de las necesidades en las actividades de la vida diaria, bien a través de acción directa o a través de coordinación con otros servicios.

Educar al personal en otros servicios relacionados, sobre las necesidades específicas y los derechos de las personas con problemas de Salud Mental y de aquellos con riesgo de desarrollarlos.

Identificar y modular aquellos obstáculos financieros y burocráticos que dificultan la colaboración, incluso a nivel gubernamental.

9. Creación de un contingente de profesionales competentes

Reconocer la necesidad de nuevos retos y responsabilidades, tanto en el personal especializado, como en el gran grupo de profesionales del sector sanitario y en otras áreas como la atención social y la educación.

Incluir, la experiencia en medios comunitarios y el trabajo multidisciplinar, en la formación de todo el personal de Salud Mental.

Desarrollar la formación en el reconocimiento, prevención y tratamiento de los problemas de Salud Mental en todo el personal de atención primaria.

Planificar y financiar en asociación con instituciones educativas, programas que valoren y establezcan las necesidades formación y aprendizaje tanto del personal nuevo como del ya existente.

Promover la incorporación de nuevos profesionales a la Salud Mental y reforzar la permanencia de los ya existentes.

Asegurar una distribución equitativa de los profesionales de Salud Mental en la población, especialmente entre los grupos de riesgo por medio de un sistema de incentivos.

Reconocer la falta de experiencia del personal actual en relación con las nuevas tecnologías, y apoyar el establecimiento de los programas “Educa al Educador”.

Educar y entrenar al personal de Salud Mental acerca de la relación entre la promoción, la prevención y el tratamiento.

Educar a los profesionales del sector público para reconocer el impacto de sus políticas e intervenciones en la Salud Mental de la población.

Crear un grupo de profesionales expertos, mediante el diseño y establecimiento de un adecuado programa de formación especializada en Salud Mental, para todos aquellos que trabajen en Salud Mental.

Desarrollar actividades de formación especializada en áreas que requieran alto nivel de experiencia tales como el cuidado y tratamiento de niños, ancianos y personas que padecen problemas de Salud Mental y alteraciones por uso de sustancias (comorbilidad).

10. Establecer una buena información sobre Salud Mental

Desarrollar o reforzar un sistema de vigilancia nacional basado en indicadores y sistemas de recogida de datos comparables e internacionalmente estandarizados para la monitorización del progreso que se realice en relación a los objetivos locales, nacionales e internacionales de mejora de la Salud Mental y del bienestar.

Desarrollar nuevos indicadores y métodos de recogida de datos para información aún no disponible, incluyendo indicadores de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de Salud Mental.

Apoyar la realización de encuestas periódicas sobre Salud Mental basadas en la población, utilizando metodología aceptada en la Región Europea de la OMS.

Medir los índices basales de incidencia y prevalencia de alteraciones específicas incluyendo factores de riesgo en la población y en los grupos de riesgo.

Controlar los programas, servicios y sistemas ya existentes.

Apoyar el desarrollo de un sistema integrado de bases de datos a lo largo de la Región Europea de la OMS que incluya información sobre el estado de las políticas sobre Salud Mental, estrategias, establecimiento y desarrollo de la promoción basada en la evidencia, de la prevención, tratamiento, cuidado y recuperación.

Apoyar la divulgación de la información sobre el impacto de la buena práctica nacional e internacionalmente.

11. Proporcionar financiación justa y adecuada

Esclarecer si la proporción del presupuesto sanitario asignado a Salud Mental refleja de forma justa la necesidad y prioridad de las personas con necesidades.

Asegurar que las personas con aquellos problemas más graves y aquellos más pobres de la sociedad reciban los mayores beneficios.

Establecer si la financiación es asignada de modo eficiente, considerando los beneficios sociales, incluyendo aquellos generados por la promoción, la prevención y el tratamiento.

Evaluar si la cobertura es completa y justa en los sistemas de seguros privados y públicos y equiparable a la que existe para otros problemas sanitarios, sin excluir ni discriminar ningún grupo y tratando de proteger a aquellos más vulnerables.

12. Evaluar la eficacia. Generar nuevas evidencias

Apoyar las estrategias de investigación nacional que identifican, desarrollan y establecen la mejor práctica para evaluar las necesidades de la población, incluyendo los grupos de riesgo.

Evaluar el impacto de los sistemas de Salud Mental a lo largo del tiempo y aplicar las experiencias obtenidas para la formulación de nuevas prioridades y de la investigación necesaria.

Apoyar la investigación que facilite el desarrollo de programas preventivos dirigidos a la población general incluyendo grupos de

riesgo. Se necesita profundizar en el estudio de las interrelaciones existentes entre diversos problemas mentales, físicos y sociosanitarios para la planificación de programas de prevención efectivos.

Promocionar la investigación enfocada a estimar los impactos de la salud en otras políticas del sector no sanitario, dado que existe una clara posibilidad de mejora de la Salud Mental a través de tales políticas.

Crear un puente de conocimiento entre la investigación y la práctica a través de la colaboración y de las relaciones entre investigadores, políticos y médicos, mediante el acceso a seminarios y publicaciones.

Procurar que los programas de investigación incluyan evaluaciones a largo plazo del impacto no sólo sobre la Salud Mental sino también sobre la salud física, así como los efectos económicos y sociales.

Establecer relaciones estables entre los médicos y los investigadores para la aplicación y evaluación de nuevas acciones o de las ya existentes.

Realizar inversiones en actividad investigadora en el campo de la Salud Mental en otras disciplinas académicas, incluyendo antropología, sociología, psicología, y economía, y crear incentivos para estas relaciones académicas a largo plazo.

Ampliar la colaboración europea en investigación de Salud Mental a través del aumento de las redes entre los centros europeos colaboradores de la OMS y otros con actividades de investigación en el campo de la prevención.

Invertir en la colaboración regional en temas informativos y en la divulgación de los mismos, con el fin de evitar la duplicación de información y el desconocimiento de aquellas actividades que sí han resultado relevantes y exitosas.

abreviaturas.

- AVAD.** Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad.
- DDD.** Dosis Diarias Definidas.
- DHD.** Dosis Diarias por 1.000 Habitantes.
- EDDES.** Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.
- ESEMED.** European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.
- ESM.** Equipo(s) de Salud Mental.
- GBD.** Global Burden of Disease.
- SES.** Servicio Extremeño de Salud.
- TMG.** Trastorno Mental Grave.
- UHB.** Unidad(es) de Hospitalización Breve.
- UME.** Unidad(es) de Media Estancia.
- URH.** Unidad(es) de Rehabilitación Hospitalaria.

bibliografía.

- ¹ Proyecciones sobre el censo de 2001. INE.
- ² Encuesta de condiciones de vida 2004. INE 2005.
- ³ Censo de población y viviendas. INE 2001.
- ⁴ Encuesta de población activa. INE 2006.
- ⁵ Encuesta de calidad de vida en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003.
- ⁶ Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas 2001-2004.
- ⁷ Encuesta escolar de consumo de drogas 2002-2004.
- ⁸ Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión Europea. Bruselas, 2005.
- ⁹ World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001>)
- ¹⁰ Mortalidad registrada en Extremadura y sus áreas de salud. Junta de Extremadura 2006.

- ¹¹ Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neurospsychopharmacology*, Volume 15 (2005), Number 4, pp. 357-376.
- ¹² Murray, CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assesment of mortality ans disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and prejected to 2020*. Harvard University Press. Cambridge. 1996
- ¹³ ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psych Scand* 2004; 109 Suppl 420: 1-64.
- ¹⁴ The European Opinion Research Group (2002). *The Mental Health Status of the European Population*. Eurobarometer 58.2. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_euro_baro.pdf)
- ¹⁵ Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 442-451.)
- ¹⁶ Gómez Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, et al. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 352-357.
- ¹⁷ *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- ¹⁸ B. Moreno, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, Madrid. AEN, 2005.

- 19 Llerena, A et al. 2006. Datos no publicados.
- 20 Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur J Psychiatry* 2005; 20: 173-178.
- 21 Morande G, Celada J, Casas J. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population.
- 22 Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.
- 23 Llerena A., Sánchez Vega J., Kiivet R. Use of psychotropic drugs in the wards of general hospitals in Spain and Estonia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 3: 98. 1994.
- 24 Llerena A., Kiivet Ra, De la Rubia A., Sánchez Vega J. Differences in the treatment of schizophrenia between Spain and Estonia. *Methods and Findings in Experimental and Clinical Pharmacology* 16:94. 1994.
- 25 Llerena A., Kiivet Ra, Dahl M- L, Sánchez Vega J., Rootslane L., Wettermark B. Psychotropic drug use in non- psychiatric departments of three European university hospitals. *Nordic Journal of Psychiatry* *Nordic Journal of Psychiatry* 54:61-65.2000.
- 26 Sánchez Vega J., Kiivet Ra, Llerena A. Increase of the use of antidepressants and neuroleptics in Spain. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 3:90. 1994.
- 27 Fernandez F, Elvira L, Agustín G. Epidemiología del consumo de los psicofármacos en Extremadura 2005. Datos no publicados.
- 28 Encuesta de Salud de Extremadura 2001. Junta de Extremadura 2002.

²⁹ Encuesta de Salud de Extremadura 2005. Junta de Extremadura 2006.

³⁰ Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo 2004.

³¹ Base Estatal de Personas con Discapacidad. IMSERSO 1999.

³² Orihuela T. Población con enfermedad mental grave y prolongada. Madrid: IMSERSO, Fundación INTRAS, 2003.

³³ Economics Aspects of the Mental System. World Health Organization, 2006.

³⁴ S.E.P. y S.E.P.B. El coste social de los trastornos de salud mental en España. Smithkline Beecham Pharmaceuticals, Madrid. 1998.



A series of 20 horizontal dotted lines, evenly spaced, spanning the width of the page, intended for writing.

