



LOS PSICÓLOGOS/AS CLÍNICOS/AS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Octubre de 2005

Grupo de trabajo

Antonio J. Palacios (coordinador), María Fraga, Begoña Hoyas, Alejandro González de Cárdenas, Nerea Rodríguez, Noa Laíz y Gloria Estebaranz,

Colaboradores: Maite García, Nieves Hermosín, Borja Iglesias, César González-Blanch, David Brugos

Participantes en la primera parte de “Sobre la situación real del Psicólogo Clínico en el Sistema Nacional de Salud: César González-Blanch, Cristian Ochoa, Gloria Estebaranz, Juan Otero, Maite García, Patricia Escrivá, Rafael Espada, Nieves Hermosín, Borja Iglesias, David Brugos, Esther Garrido Quero, Esther González, María Fraga y Antonio J. Palacios

ÍNDICE

Presentación del documento.....	7
PRIMERA PARTE: SOBRE LA SITUACIÓN REAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	9
1. Introducción.....	11
2. Resultados obtenidos.....	13
2.1.1. Criterios que definen que un psicólogo clínico atienda primeras consultas.....	13
2.2.1. cómo se nomina al servicio/dispositivo en los informes de derivación que se reciben	15
2.3.1. ¿Están diseñados los programas informáticos teniendo en cuenta al pc como especialista sanitario en igualdad de condiciones que el resto de especialistas?.....	16
2.4.1. ¿Cuál es el procedimiento de derivación de pacientes hacia otros dispositivos de la red de salud mental?.....	18
2.5.1. En el caso de pacientes tratados por varios profesionales simultáneamente ¿quién realiza habitualmente la derivación hacia otros dispositivos de la red?.....	19
2.6.1. ¿ En los informes de derivación a otros dispositivos cómo se denomina más frecuente al servicio/dispositivo?.....	21
2.7.1. En relación a los diagnósticos que realiza el pc en los informes escritos o documentos oficiales, la norma del servicio/unidad dispone	22
2.8.1. En caso de envío de informes/documentos diagnósticos a otros dispositivos sobre pacientes atendidos tanto por pc y psiquiatra ¿quién los realiza habitualmente?.....	24
2.9.1. ¿Es el pc jefe/coordinador del dispositivo/unidad?.....	25
2.10.1. ¿Participa el Psicólogo Clínico como representante de su dispositivo en la coordinación de su unidad con otros dispositivos de la red?.....	27

2.11.1. ¿El Psicólogo Clínico participa en las reuniones de dirección y gerencia?.....	28
2.12.1 ¿Cómo se designa al profesional de referencia del paciente?.....	30
.....	
2.13.1. ¿Puede ser el Psicólogo Clínico referente de pacientes?.....	31
2.14.1. ¿Decide el Psicólogo Clínico sobre ingresos hospitalarios o de otros dispositivos?.....	33
2.15.1 ¿Escribe informes el Psicólogo Clínico para que el paciente ingrese en los dispositivos pertinentes?.....	34
2.16.1. ¿Da altas el Psicólogo Clínico del dispositivo donde trabaja?.....	36
	37
2.17.1. ¿El Psicólogo Clínico escribe informes de alta?.....	39
2.18.1. ¿El psicólogo clínico atiende urgencias?.....	
2.19.1. ¿Tienen validez los informes del pc para altas y bajas laborales?.....	40
2.20.1. Apreciación subjetiva de la posición del Psicólogo Clínico respecto al psiquiatra.....	42
2.21.1 ¿Este dispositivo está incluido en un área suprasectorial, sector, zona de salud, ect en la que el coordinador /jefe de área, sector, suprasectorial, es un psicólogo clínico ?.....	43
2.22. ¿Existe alguna relación entre el término más frecuente y el hecho de que el psicólogo clínico pueda ser referente del paciente?.....	45
3. Conclusiones.....	47
SEGUNDA PARTE: PLANES DE SALUD MENTAL Y PSICÓLOGOS CLÍNICOS.....	51
1.Introducción.....	53
1. Plan autonómico de salud mental de las Illes Balears (1998-2002).....	55
2. Plan de salud mental de Castilla y León (1998-2007).....	63
3.Asistencia psiquiátrica y salud mental. plan estratégico (2004-2008). servicio vasco de salud.....	71

4. Plan integral de salud mental de Andalucía (2003-2007).....	77
5. Plan de salud mental de Murcia (1999-2001).....	83
6. Plan de salud mental de Aragón (2002-2010)..	87
7. Plan de salud mental de Castilla-La Mancha (2000-2004).....	91
8. Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana, (editado en 2001).....	103
9. Plan de salud mental de las Islas Canarias.....	111
10. Plan de salud mental de Galicia (2002 – 2005.).....	115
11. Plan de salud mental de Cantabria (1998 – 2000).....	121
12. Plan de salud mental de Extremadura.....	131
13. Plan estratégico para el desarrollo de los servicios de salud mental de Asturias (2001-2003).....	137
14. Plan de salud de Cataluña. apartado sobre “problemas de salud mental”.....	141
15. Plan de salud mental de Madrid. (2003 – 2008).....	145
16. Conclusiones de los Planes de Salud Mental	155
TERCERA PARTE: PROPUESTAS.....	159
Anexo	163

PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO

Las publicaciones del RD 2490/1998 y la Orden PRE/1107/2002 constituyeron un hito fundamental en la historia de la psicología española, por cuanto reconocieron a la psicología clínica como una especialidad sanitaria con el mismo modelo de formación y marco legal que el resto de especialidades sanitarias de nuestro país. Desde entonces los psicólogos clínicos son parte integrante y constitutiva del Sistema Nacional de Salud con los mismos derechos y obligaciones que el resto de profesionales sanitarios de nivel facultativo.

La consolidación de una especialidad nueva como es el caso de la psicología clínica en un sistema tan dinámico y complejo como el Sistema Nacional de Salud no sólo requiere de un reconocimiento legal y normativo, que en el caso que nos ocupa no ha hecho sino reconocer una realidad preexistente, como lo era la presencia de psicólogos clínicos en los Servicios Sanitarios Públicos. Es necesario además otro tipo de reconocimiento, que guarda relación no exclusivamente con lo estrictamente legal, sino con su valor y utilidad atribuido por los distintos actores intervinientes en los procesos de salud-enfermedad. Así, la creciente demanda social de asistencia psicológica especializada por parte de los usuarios de los Servicios Sanitarios; el prestigio otorgado a sus intervenciones y procedimientos teórico-prácticos por parte de otros profesionales sanitarios; su capacidad para mejorar el propio sistema sanitario y constituirse en un valor añadido a las intervenciones sanitarias así como la capacidad para desarrollarse dentro del Sistema según las obligaciones y atribuciones reconocidas a los facultativos especialistas se configuran como elementos cruciales para el reconocimiento de los psicólogos clínicos como facultativos especialistas, en definitiva para la puesta en valor de la Psicología Clínica.

El presente documento pretende dar cuenta de las condiciones en que los especialistas en psicología clínica desarrollan su labor profesional con el objeto de comprobar si su ejercicio profesional se adecuaba al esperado para cualquier facultativo especialista del Sistema Nacional de Salud, toda vez que legalmente lo son. Para ello no vamos a detenernos en los marcos legislativos, más bien nos interesa la opinión que tienen los propios psicólogos clínicos de su rol como facultativos especialistas y en el papel otorgado a la psicología clínica en los

distintos planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. La primera parte del documento recoge los resultados de una encuesta realizada en 2004 a psicólogos clínicos del Sistema Nacional de Salud sobre el rol que desempeñaban en su lugar de trabajo. Entendemos que entre las atribuciones del rol de facultativo especialista están la plena capacidad de tomar decisiones (diagnósticas, terapéuticas, de derivación, de altas,...) sobre la salud de los pacientes y asumir las responsabilidades derivadas, así como poder desempeñar si fuera el caso, funciones de coordinación, dirección y representación en un equipo de trabajo. La segunda es una revisión de los planes de salud mental de cada Comunidad Autónoma limitada solamente al papel desempeñado por los psicólogos clínicos en el propio diseño del Plan y a la consideración que de la Psicología Clínica se puede leer en el Plan.

PRIMERA PARTE:

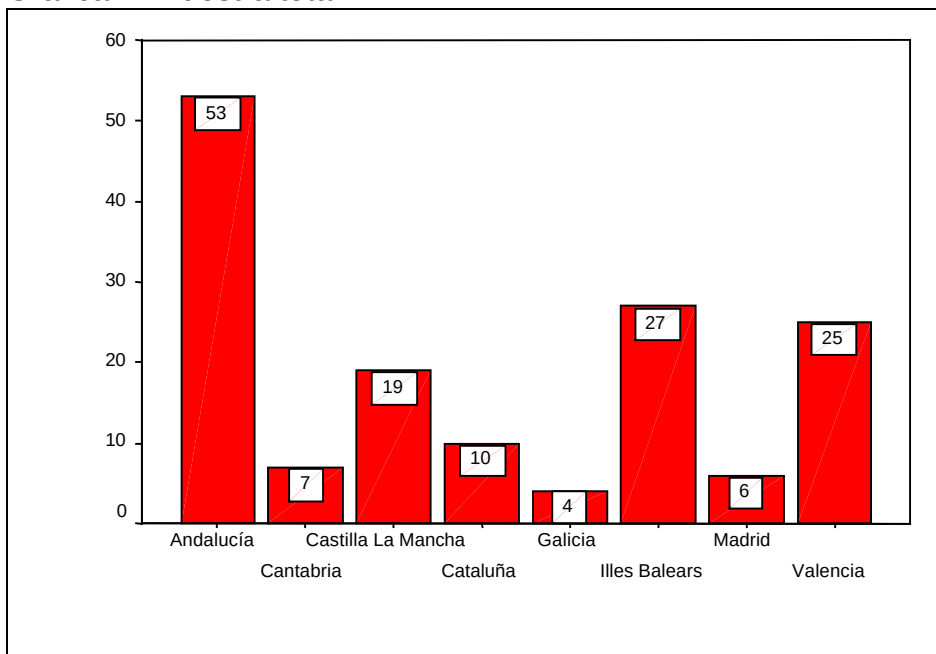
**SOBRE LA SITUACIÓN DEL
PSICÓLOGO CLÍNICO DENTRO DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

1. INTRODUCCIÓN

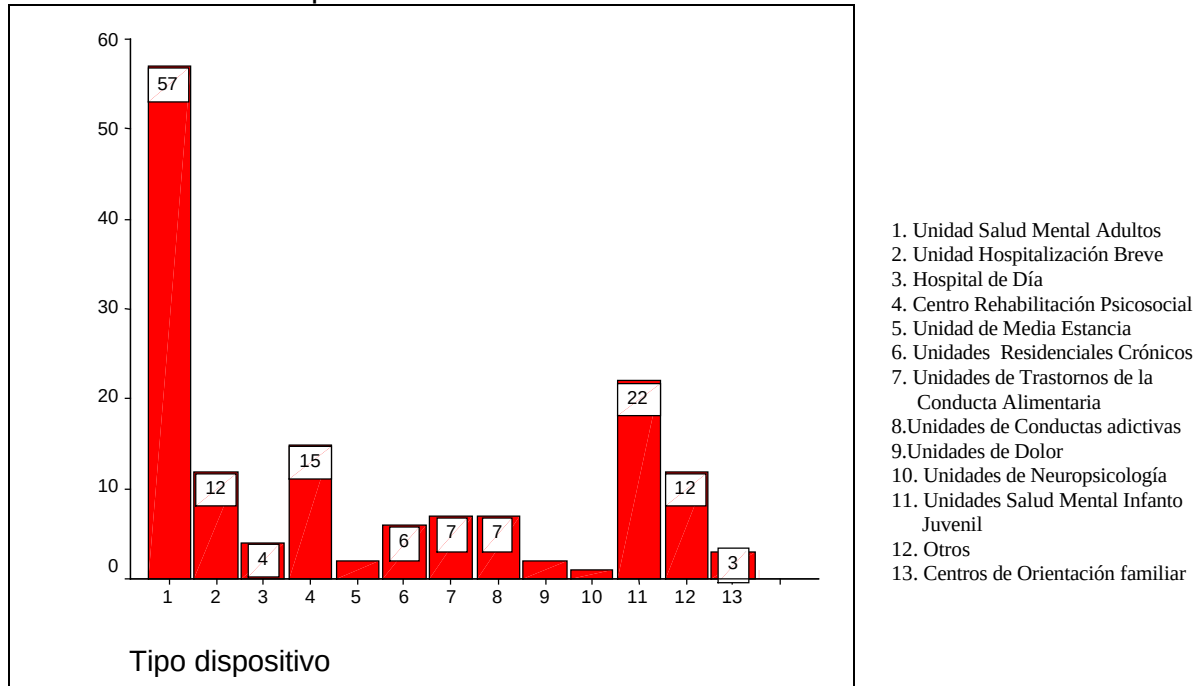
Una vez concluido el proceso de institucionalización legal y formal de la psicología clínica en el ámbito de las profesiones sanitarias se abre otro proceso de puesta en valor de la misma. En este sentido, nos interesa conocer no el rol que como especialistas reconoce la legislación vigente a los psicólogos clínicos, sino el rol efectivamente detentado en los contextos particulares de trabajo. Para ello elaboramos y enviamos por correo una encuesta (anexo) que ha sido contestada durante el primer semestre de 2005.

La muestra total de encuestas es de 151 y como se aprecia en las gráficas 1 y 2, no es representativa ya que faltan muchas de las Comunidades Autónomas y dispositivos asistenciales de salud mental del Estado. Los resultados pues, deben tomarse con precaución y no pueden generalizarse a la situación de los psicólogos clínicos de España. Los sesgos en la selección de la muestra así lo aconsejan. No obstante, en algunas Comunidades Autónomas sí se han obtenido un aceptable número de encuestas que si bien no constituyen una muestra representativa de toda la Comunidad Autónoma, al menos nos sirven para una primerísima aproximación a la realidad y como tal la tomamos.

Gráfica 1: muestra total

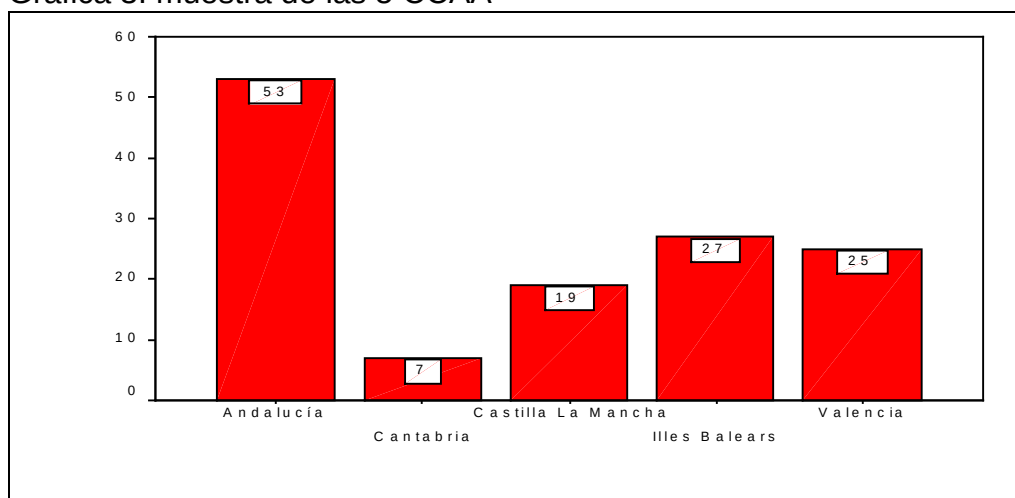


Gráfica 2: total de dispositivos encuestados



Teniendo en cuenta los problemas mencionados anteriormente sobre la falta de representatividad de la muestra obtenida y las dificultades para extrapolar los datos obtenidos al conjunto de psicólogos clínicos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, hemos realizado dos tipos de análisis. Uno en el que únicamente presentamos las tendencias de respuestas de los encuestados tomados en su totalidad, para ello analizamos los resultados de la muestra total sin hacer una diferenciación por variables. Otro, en el que sólo incluimos a las Comunidades Autónomas con un número aceptable de encuestas (gráfica 3) y en el que analizamos los resultados tomando como criterio el tipo de dispositivo asistencial y la propia Comunidad autónoma

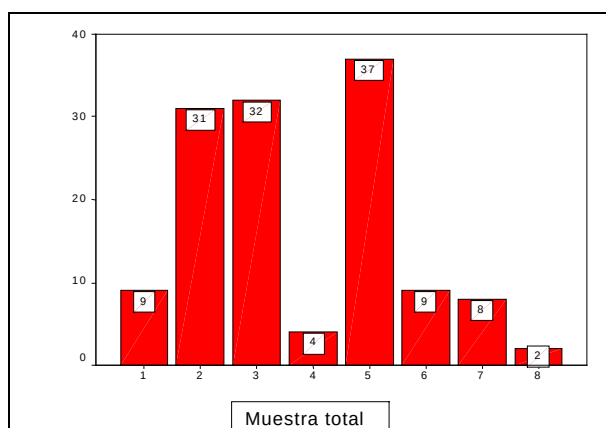
Gráfica 3: muestra de las 5 CCAA



2. RESULTADOS OBTENIDOS

En la exposición de los resultados habrá sistemáticamente tres gráficas, la primera correspondiente a la muestra total (n=151); otra solo con los resultados de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha, Islas Baleares y Comunidad Valenciana y en tercer lugar los resultados de esas cinco CC.AA. según sus dispositivos de atención a la salud mental. Dadas las carencias y limitaciones metodológicas del estudio, entendemos que los tres tipos de gráficos se complementan y contribuyen a una visión más ajustada del rol de los psicólogos clínicos.

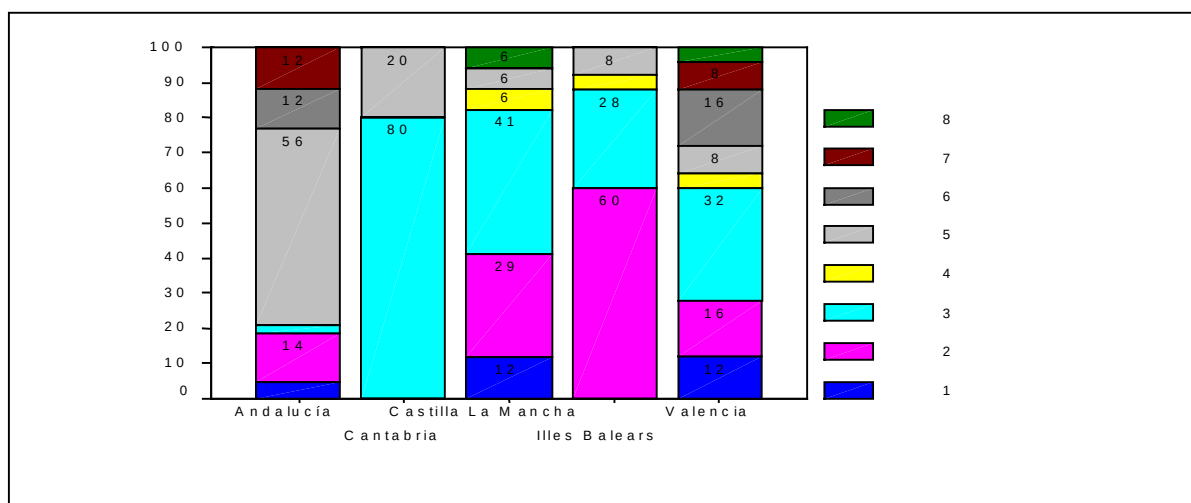
2.1.1. Criterios que definen que un Psicólogo Clínico atienda primeras consultas



1. El profesional derivante lo solicita expresamente
2. Tras decidirse en una reunión de equipo
3. Tras derivación del psiquiatra
4. Tras derivación de otro médico especialista
5. Reparto aleatorio entre psicólogo y psiquiatra
6. Según patologías
7. Derivación tras valoración inicial de enfermería
8. Valoración de todos

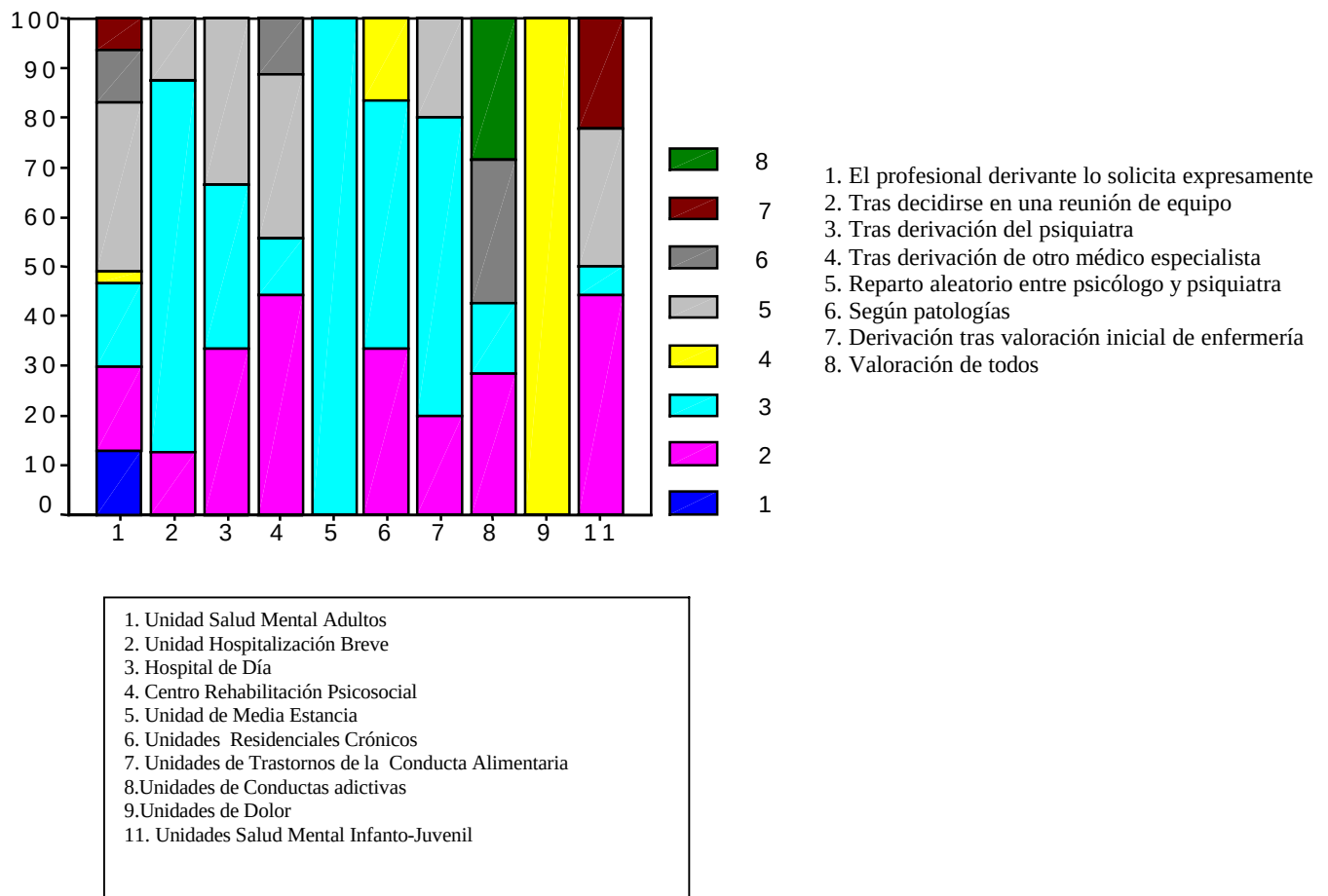
La gráfica muestra que el criterio más frecuente que define que un Psicólogo Clínico (PC) pueda atender una primera consulta es tras un reparto aleatorio entre éste y el Psiquiatra. Otros criterios muy frecuentes son la derivación del psiquiatra y tras decidirse en una reunión de equipo.

2.1.2. Criterios que definen primeras consultas de los PC en 5 CCAA



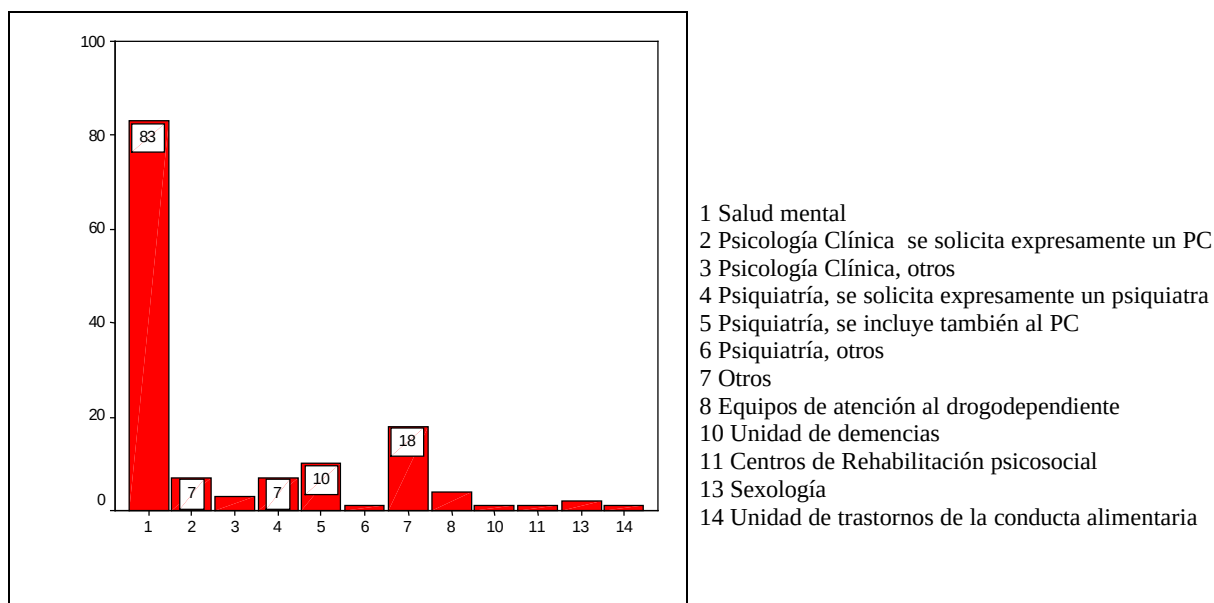
En Andalucía el criterio más frecuente es el que se corresponde con un reparto aleatorio entre el PC y el Psiquiatra. Una situación diferente la observamos en Cantabria, CCAA en la que lo más frecuente es que los pacientes sean derivados al PC por el Psiquiatra. En las otras tres CCAA informadas la situación es muy heterogénea, siendo los criterios predominantes la derivación del Psiquiatra y la decisión tras una reunión de equipo.

2.1.3. Criterios que definen primeras consultas de los PC en 5 CCAA según distintos dispositivos



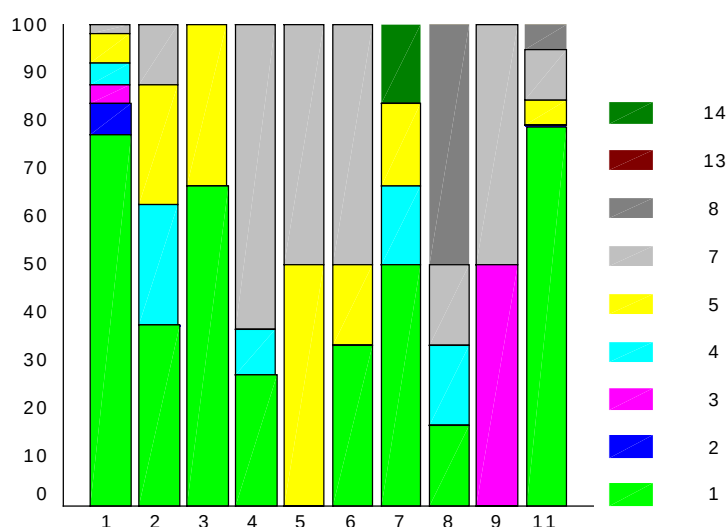
En las Unidades de Media Estancia el único criterio que define primeras consultas para los psicólogos clínicos es la derivación directa del Psiquiatra. Éste es también el criterio más frecuente en las Unidades de Hospitalización Breve, las Unidades de Crónicos y las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En los otros dispositivos la realidad observada es diversa, en los CRPSL y en las USMIJ los criterios predominantes son el reparto aleatorio entre profesionales y la decisión del equipo. En los Hospitales de Día no se observa un criterio predominante y, por último, en las USM en 35 de cada 100 casos se realiza un reparto aleatorio Psicólogo clínico/Psiquiatra.

2.2.1. Cómo se nomina al Servicio/dispositivo en los informes de derivación que se reciben



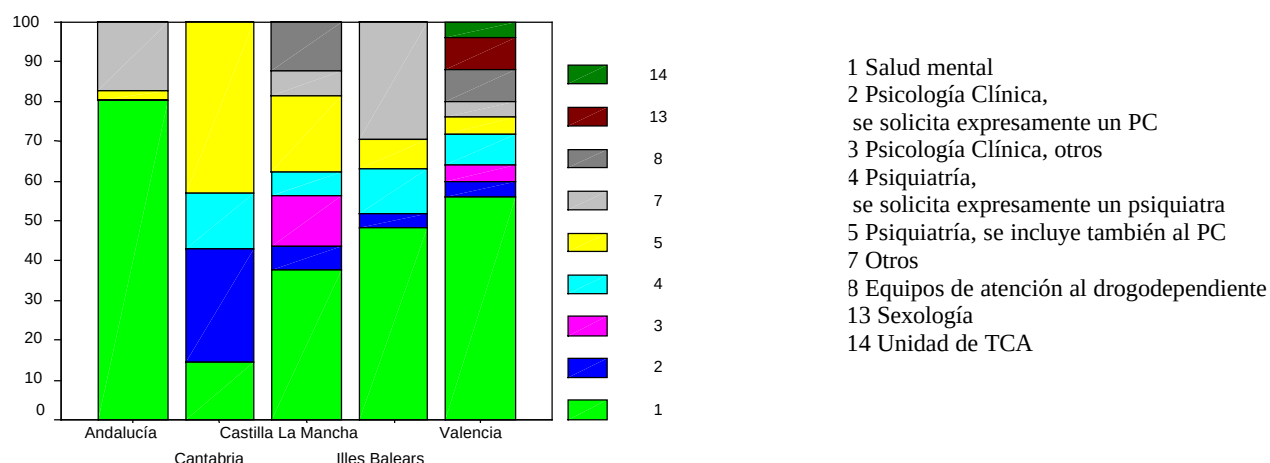
El término más frecuente es Salud Mental.

2.2.2. Nominación más frecuente en los distintos dispositivos en las 5 CCAA



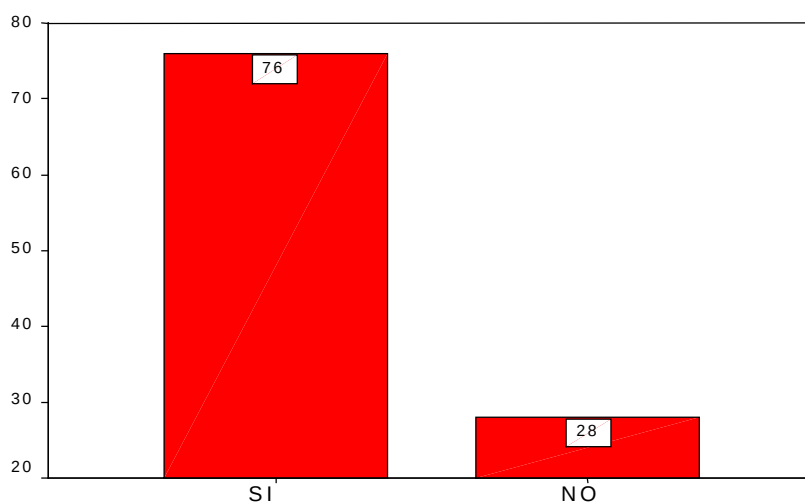
Salud Mental es el término más frecuente en USM, USMIJ, Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Hospitales de Día. En éstos últimos el segundo criterio más frecuente es Psiquiatría, nominación que incluye al PC. También se utiliza el título Psiquiatría, englobando al PC, en las UHB y de forma muy frecuente en las Unidades de Media Estancia.

2.2.3. Nominación más frecuente en las 5 CCAA



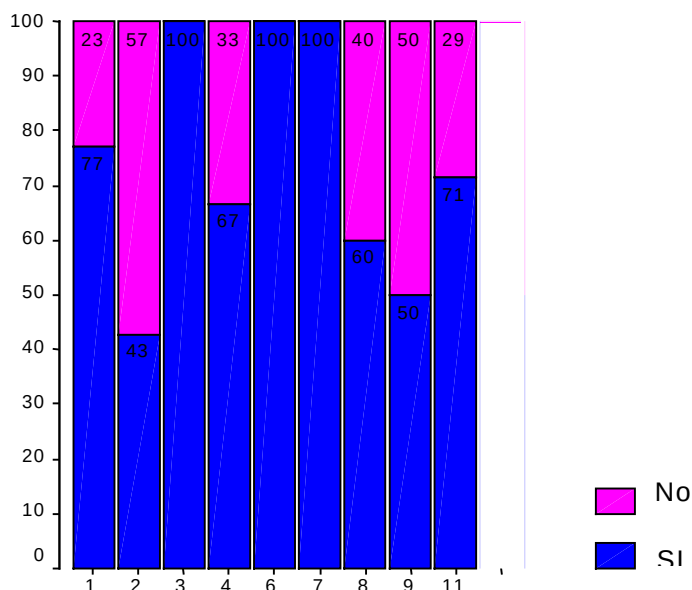
En Andalucía el término más frecuente es SALUD MENTAL. En Cantabria es Psiquiatría englobando con esta nominación al PC. En las otras tres CCAA informadas no se observa una situación definida si bien el término que aparece con más frecuencia es SALUD MENTAL.

2.3.1. ¿Están diseñados los programas informáticos teniendo en cuenta al PC como especialista sanitario en igualdad de condiciones que el resto de especialistas?



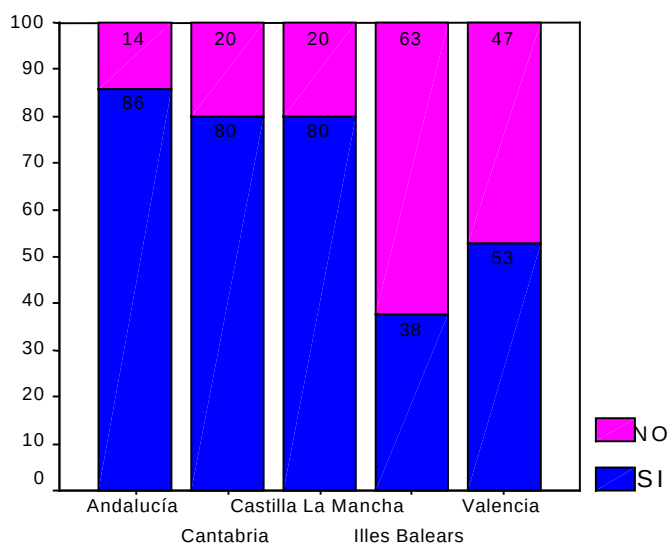
La respuesta mayoritaria es positiva. En 76 de los 104 casos los programas informáticos están diseñados teniendo en cuenta al PC como Especialista Sanitario en igualdad de condiciones a otros Especialistas.

2.3.2 Atendiendo a los distintos dispositivos de las 5 CCAA



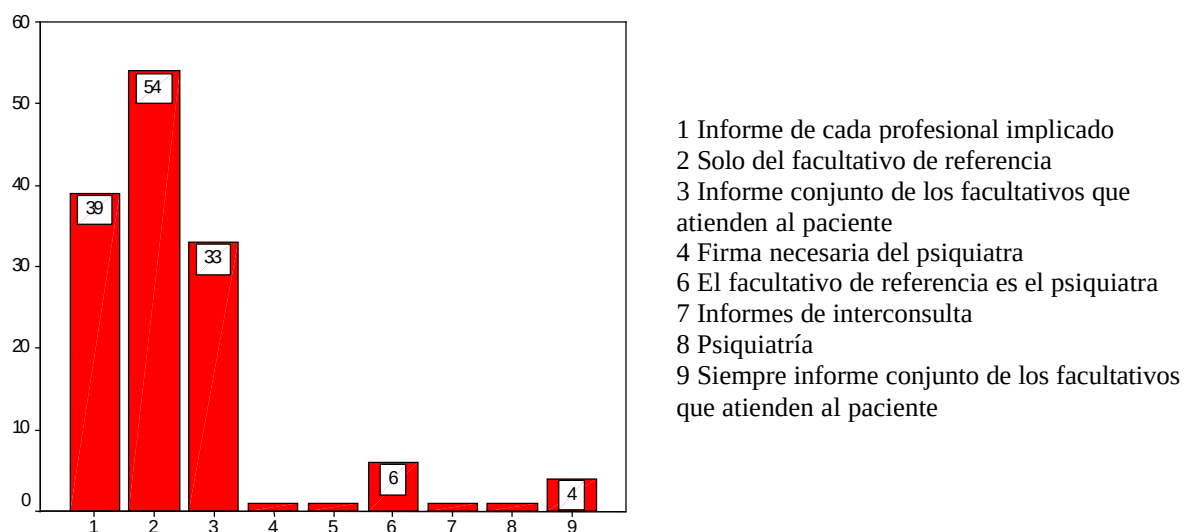
Excepto en las Unidades de Hospitalización Breve y en las Unidades de Dolor, en los dispositivos restantes si existe mayoritariamente la misma consideración para todos los Especialistas en los programas informáticos.

2.3.3. Atendiendo a las 5 CCAA



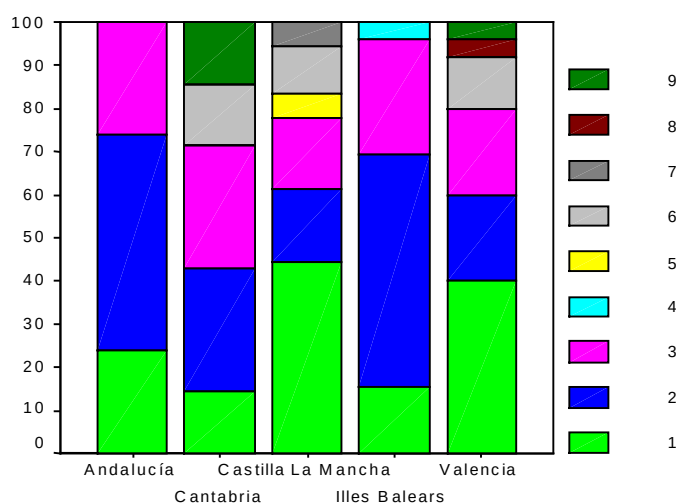
De las cinco CCAA, en Andalucía, Cantabria y Castilla La Mancha se informa de igualdad en los programas informáticos para todos los Especialistas. Las Islas Baleares es la única CCAA en la que no se observa esta igualdad y, por último, en Valencia no podemos hablar de una situación definida.

2.4.1. ¿Cuál es el procedimiento de derivación de pacientes hacia otros dispositivos de la red de salud mental o comunitarios?



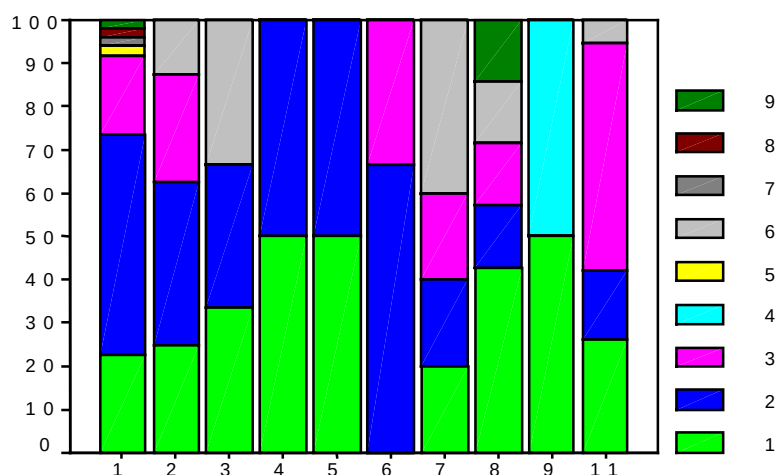
Como se puede observar, lo más frecuente es que el responsable de derivación sea el FACULTATIVO DE REFERENCIA. También es frecuente que la responsabilidad de la derivación recaiga en los dos facultativos que atienden al paciente, a través de un informe conjunto o de un informe de cada uno de ellos.

2.4.2. Procedimiento de derivación en las 5 CCAA



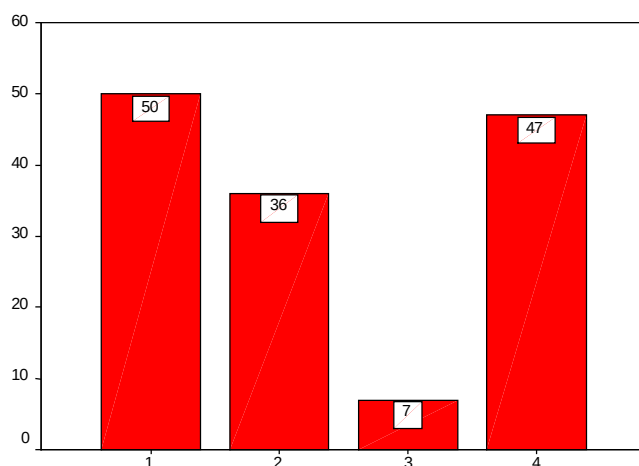
Las cinco CCAA reflejan una situación heterogénea. Podemos observar dentro de esta variedad los criterios predominantes, si en Castilla La Mancha y en Valencia lo más frecuente es que la responsabilidad recaiga en un informe de cada profesional implicado; en Andalucía y las Islas Baleares la responsabilidad de la derivación es del facultativo de referencia.

2.4.3. Procedimiento de derivación en los dispositivos de las 5 CCAA



La gráfica refleja una situación muy heterogénea en la que podemos destacar que en las USM y en las Unidades de Crónicos lo más frecuente es que el responsable de la derivación sea el facultativo de referencia. En las USMIJ la derivación se realiza a través de un informe conjunto de los facultativos que atienden al paciente. En los demás dispositivos no podemos hablar de un criterio predominante.

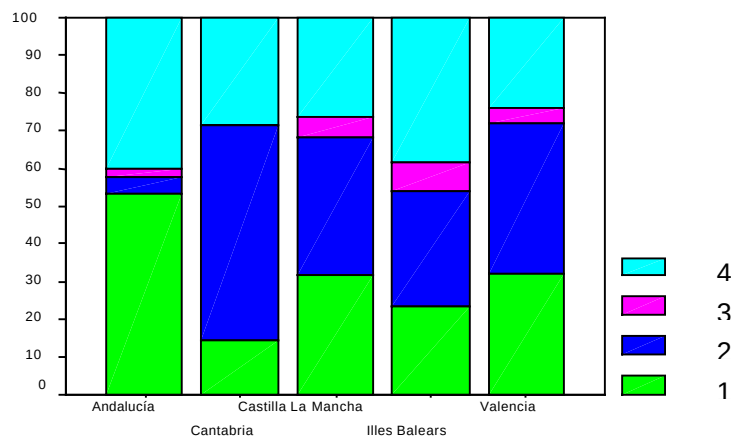
2.5.1. En el caso de pacientes tratados por varios profesionales simultáneamente ¿quién realiza habitualmente la derivación hacia otros dispositivos de la red?



- 1 La derivación se realiza tras una reunión de equipo
- 2. Habitualmente es el psiquiatra quien la realiza
- 3 Habitualmente es el psicólogo clínico quien la realiza
- 4 Indistintamente cualquier facultativo del equipo

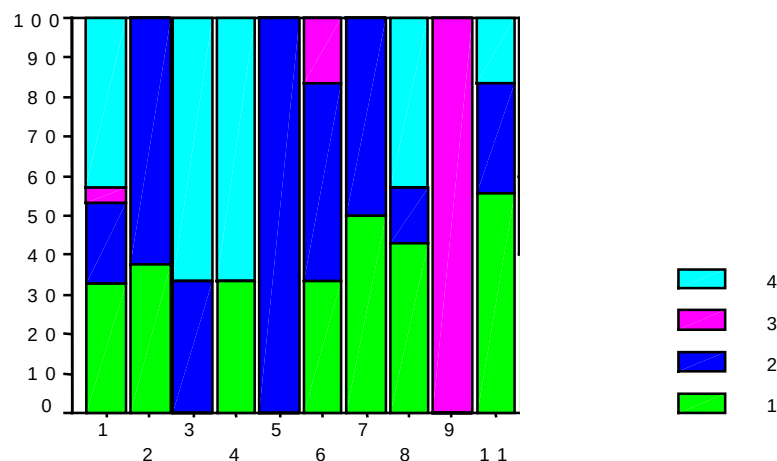
Como se puede observar, lo más frecuente es que la derivación se realice tras una reunión de equipo o que lo haga de forma indistinta cualquier facultativo del mismo. Si bien en la mayoría de los casos no hay ningún facultativo que de antemano realice la derivación hacia otros dispositivos, en los casos en los que sí lo hay, el psiquiatra deriva 5 veces más que el psicólogo clínico.

2.5.2. Quien realiza habitualmente la derivación en las 5 CCAA



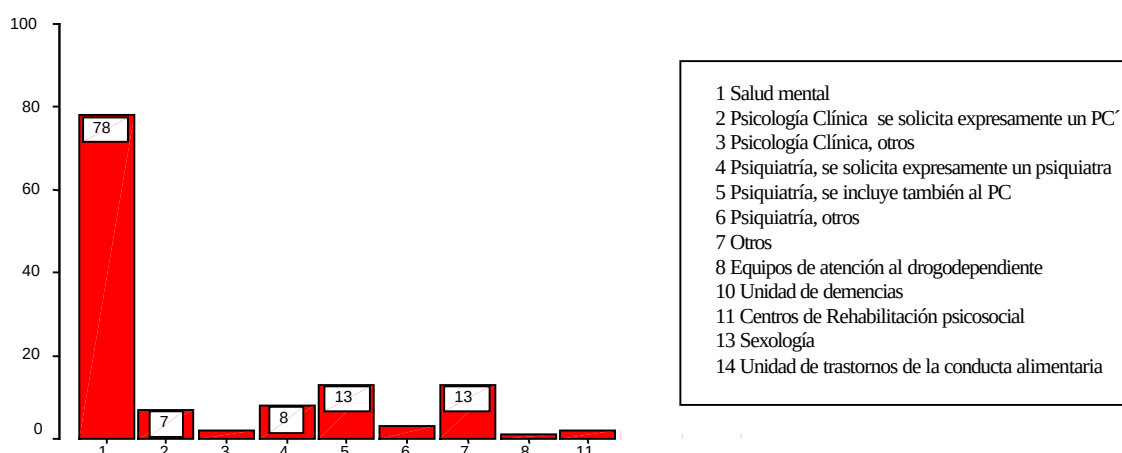
Excepto en Andalucía, en los demás CCAA analizadas se observa un significativo número de casos en los que el Psiquiatra es habitualmente quien realiza habitualmente las derivaciones.

2.5.3. Quien realiza habitualmente la derivación en los dispositivos de las 5 CCAA



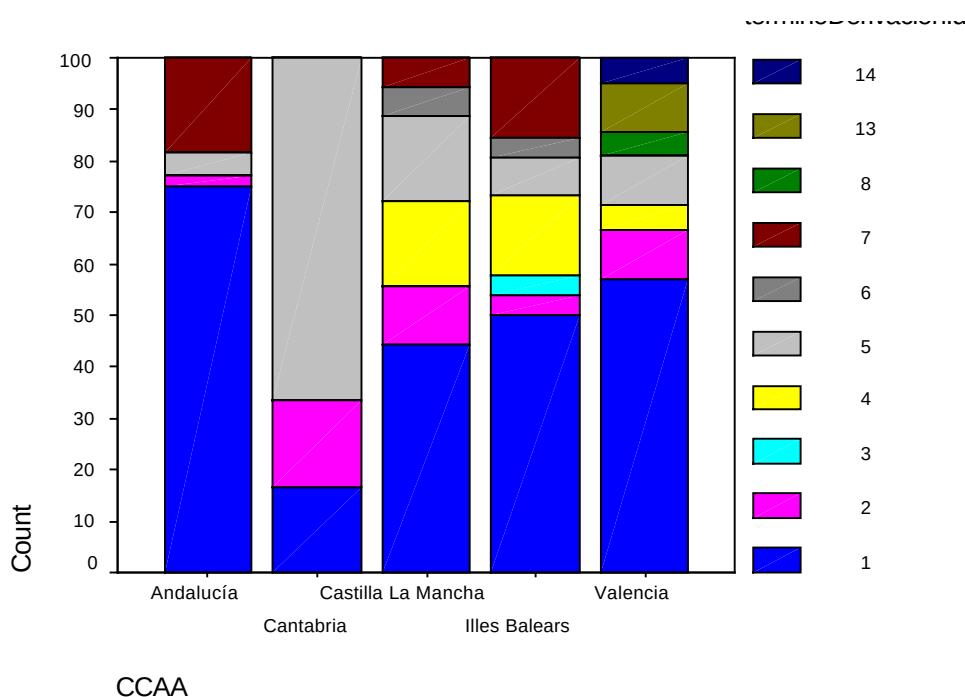
En las Unidades de Media Estancia el responsable de derivación es exclusivamente el Psiquiatra, y es también este facultativo quien con más frecuencia es considerado responsable en las Unidades de Hospitalización Breve. En los Hospitales de Día y en los CRPSL el facultativo de referencia es el responsable de la derivación. En las Unidades de Dolor el responsable es el PC. En los demás dispositivos no se observa un criterio definido.

2.6.1. ¿ En los informes de derivación a otros dispositivos cómo se denomina más frecuente al servicio/dispositivo?



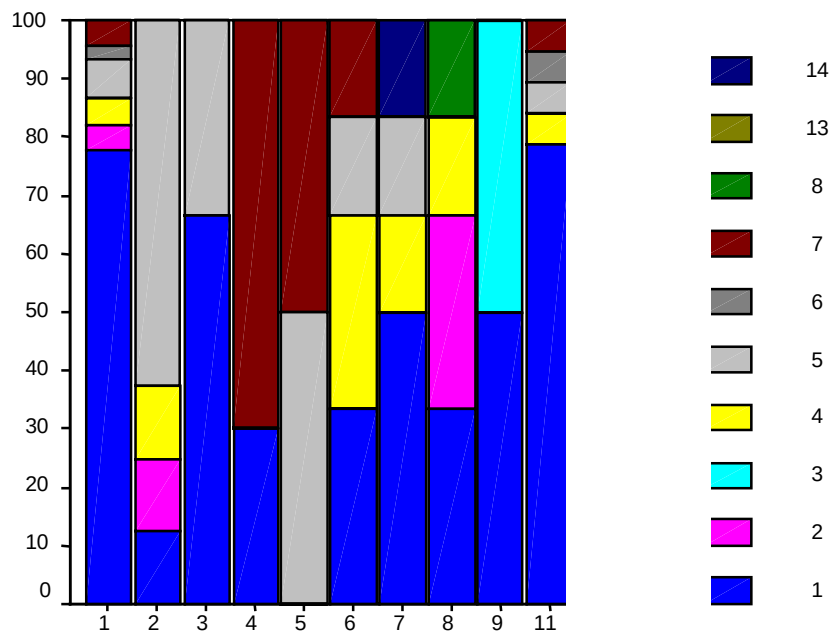
El término más frecuente es SALUD MENTAL

2.6.2. Nominación del servicio/unidad hacia otros dispositivos en las 5 CCAA



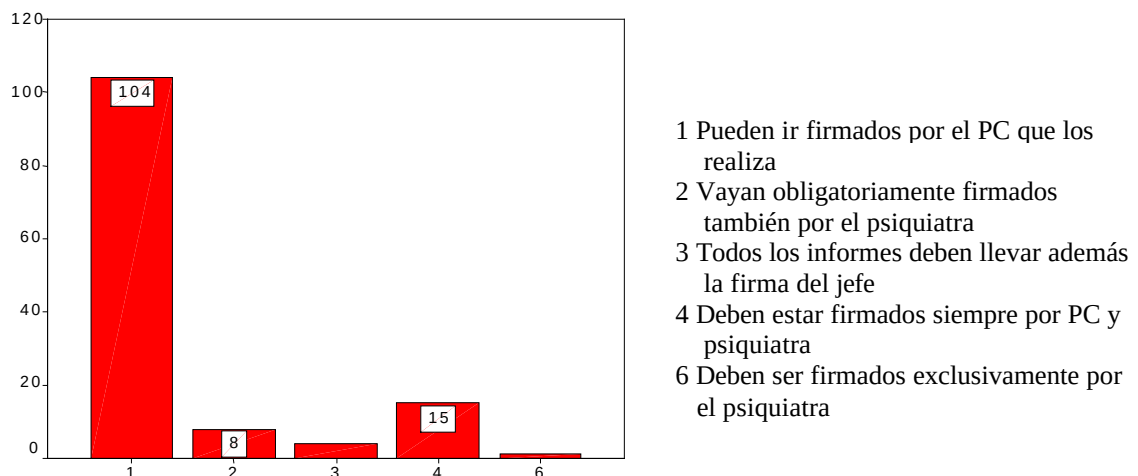
Si en Andalucía el término más frecuente es SALUD MENTAL, en Cantabria es Psiquiatría, término que también engloba al psicólogo clínico. En las otras tres CCAA la realidad reflejada es más indefinida pero el término más frecuente es SALUD MENTAL.

2.6.3. Nominación del servicio/unidad en los dispositivos de las 5 CCAA



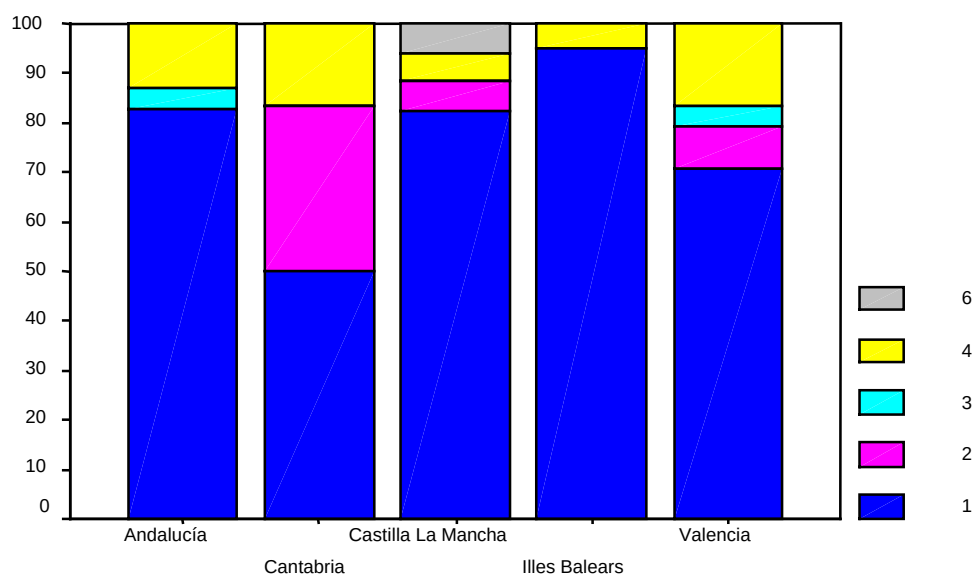
SALUD MENTAL es el término más frecuente en las USM, en las USMIJ y en los Hospitales de Día. El término Psiquiatría es el más frecuente en las Unidades de Hospitalización Breve, en las Unidades de Media Estancia y en las Unidades de Crónicos. En las dos primeras Psiquiatría nombra también a los PC.

2.7.1. En relación a los diagnósticos que realiza el PC en los informes escritos o documentos oficiales, la norma del servicio/unidad dispone que:



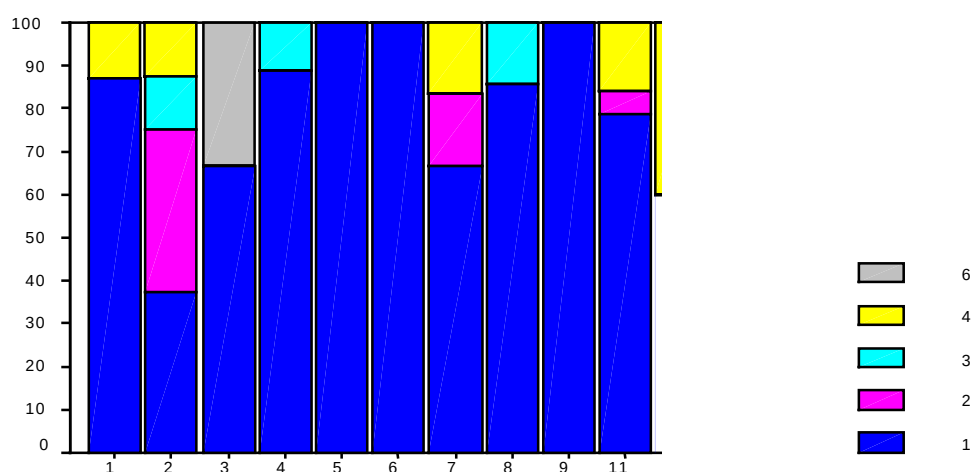
De forma mayoritaria la gráfica refleja que los informes pueden ir firmados por el PC que los realiza.

2.7.2. Firma de los informes diagnósticos en las 5 CCAA



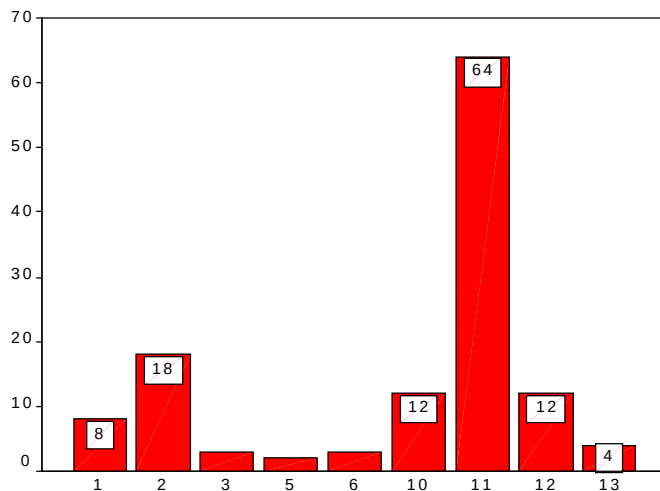
En todas las CCAA se observa de forma predominante que los PC pueden firmar los informes que realizan, si bien en Cantabria en 30 de cada 100 casos los informes deben ir firmados obligatoriamente también por el Psiquiatra.

2.7.3. Firma de los informes diagnósticos en los dispositivos de las 5 CCAA



En la mayor parte de los dispositivos se observa que los informes pueden ir firmados por el PC, si bien las Unidades de Hospitalización Breve deben ir firmados por el Psiquiatra o el jefe del dispositivo en un nº significativo de casos.

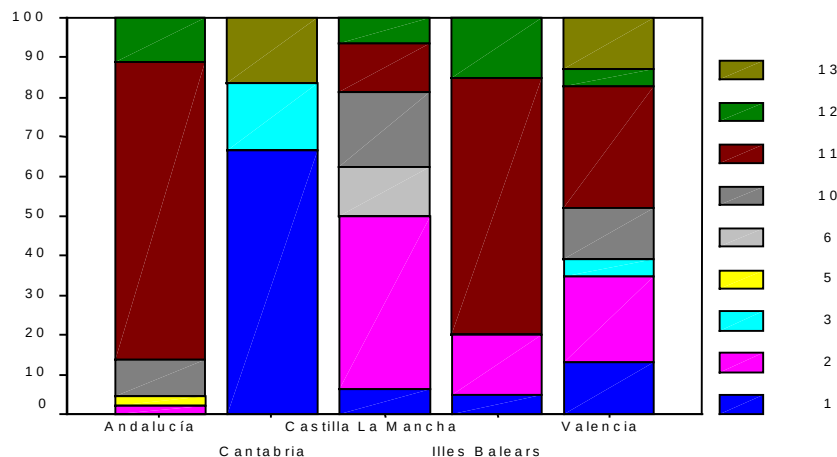
2.8.1. En caso de envío de informes/documentos diagnósticos a otros dispositivos sobre pacientes atendidos tanto por pc y psiquiatra ¿quién los realiza habitualmente?



1. Habitualmente Psiquiatra porque es la norma de equipo
2. El Psiquiatra ya que recibe la petición.
3. El Psiquiatra porque el PC delega en él
5. Habitualmente el PC ya que es la norma del equipo.
6. El PC porque recibe la petición.
10. Indistintamente, ambos facultativos deciden quien lo realiza.
11. Indistintamente, lo realiza el facultativo de referencia.
12. Suelen ir firmados por PC y Psiquiatra.
13. Lo realiza el PC ya que no hay Psiquiatra.

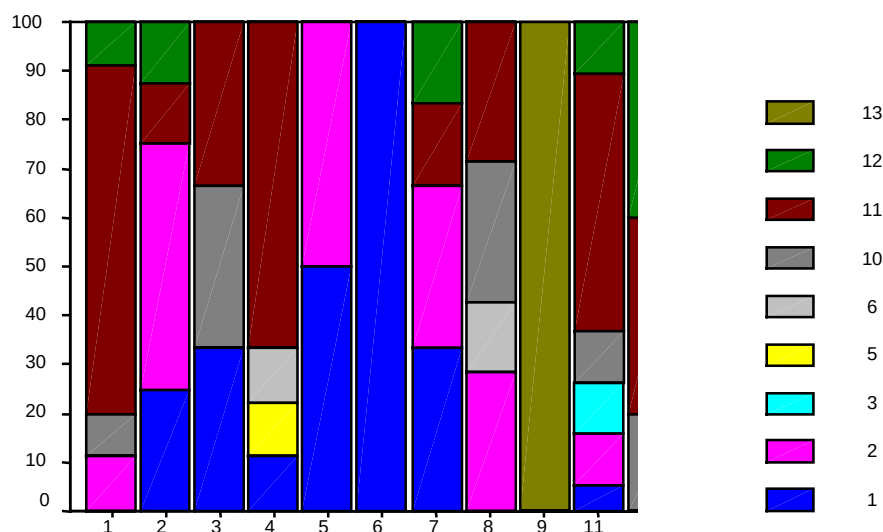
De forma mayoritaria es el FACULTATIVO DE REFERENCIA quien realiza los informes diagnósticos.

2.8.2. ¿Quién firma los informes diagnósticos enviados en las 5 CCAA



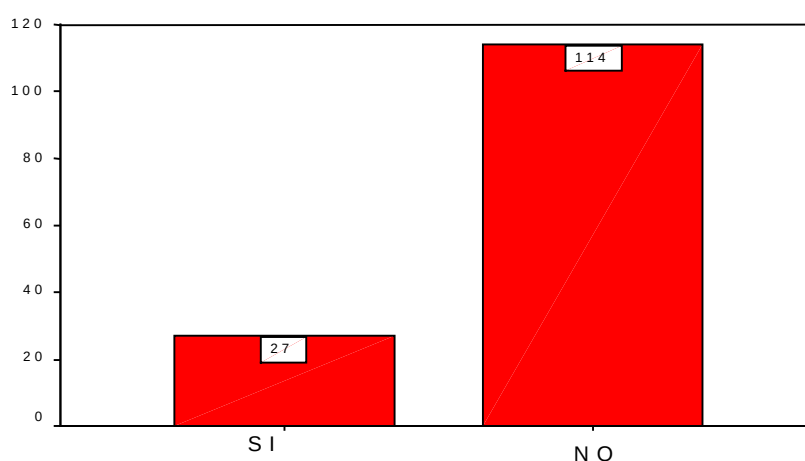
En la mayoría de los casos quien envía el informe es el facultativo de referencia. En Andalucía y Baleares en la gran mayoría de los casos la norma es que sea el facultativo de referencia quien envíe el informe de derivación a otros dispositivos. En Cantabria la norma predominante establece que sea habitualmente el psiquiatra. A diferencia de lo que ocurre en el caso de los psiquiatras, en CLM, Baleares y Valencia es muy infrecuente que sea el psicólogo clínico quien habitualmente envíe los informes

2.8.3. ¿Quién firma los informes diagnósticos enviados en los dispositivos de las 5 CCAA?



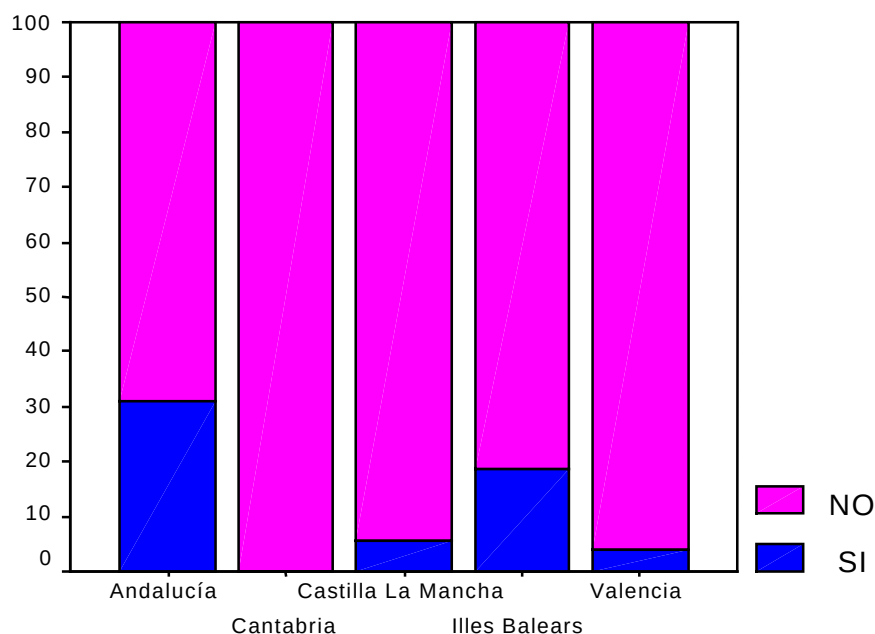
Mientras en las USM, USMIJ y CRPSL predomina que los informes sean firmados por el facultativo de referencia; en las Unidades de Hospitalización Breve, Unidades de Media Estancia, Unidades de Crónicos y Unidades de TCA predomina que sea firmado por el psiquiatra.

2.9.1. ¿Es el Psicólogo Clínico jefe/coordinador del dispositivo/unidad?



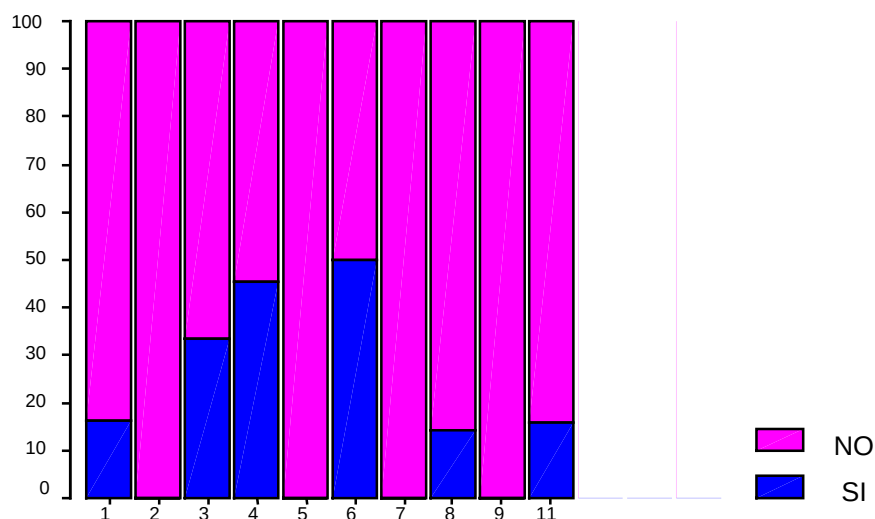
En 114 casos de los encuestados el PC no es coordinador de ese dispositivo.

2.9.2. Atendiendo a las 5 CCAA



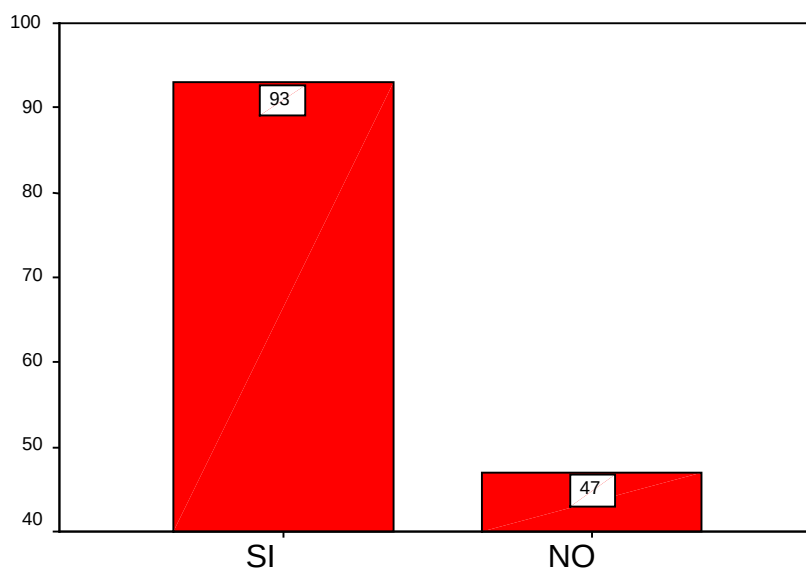
Andalucía y las Islas Baleares son las dos CCAA en las que se produce con más frecuencia la posibilidad de que el PC sea coordinador del dispositivo.

2.9.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



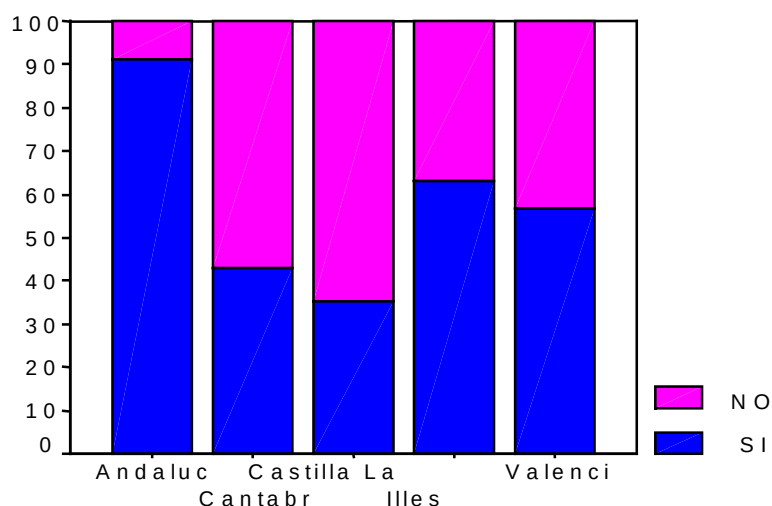
En la mitad de las Unidades Residenciales de Crónicos encuestadas y CRPS, y en menor nº en los Hospitales de Día, los PC son coordinadores del dispositivo.

2.10.1. ¿Participa el PC como representante de su dispositivo en la coordinación de su unidad con otros dispositivos de la red?



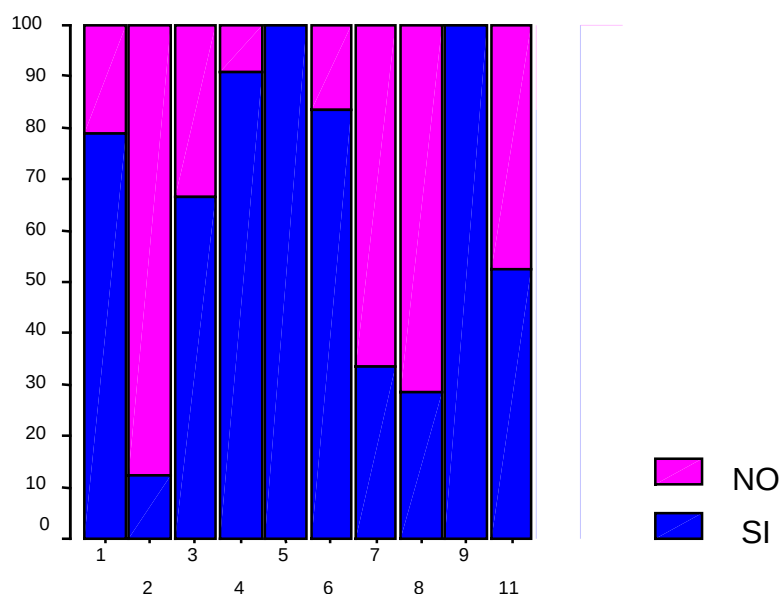
La respuesta es mayoritariamente afirmativa, el PC representa a su dispositivo en la coordinación con otros.

2.10.2. Atendiendo a las 5 CCAA



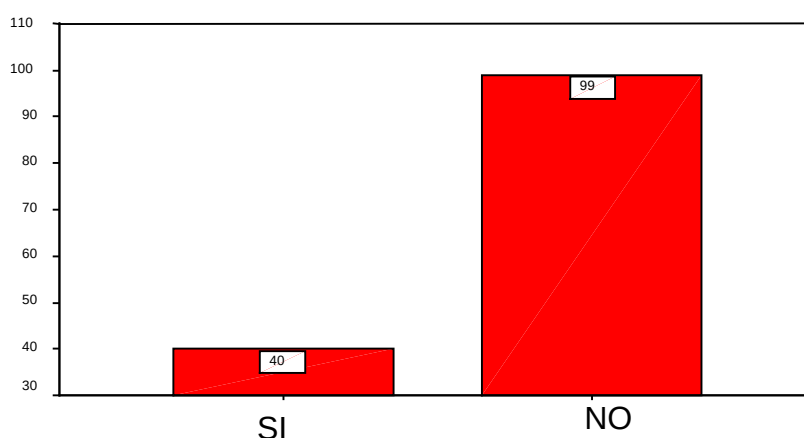
Andalucía es la CCAA en la que la respuesta afirmativa se produce de forma más significativa. En Cantabria y Castilla La Mancha los PC representan con menor frecuencia a sus dispositivos en la coordinación con otros.

2.10.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



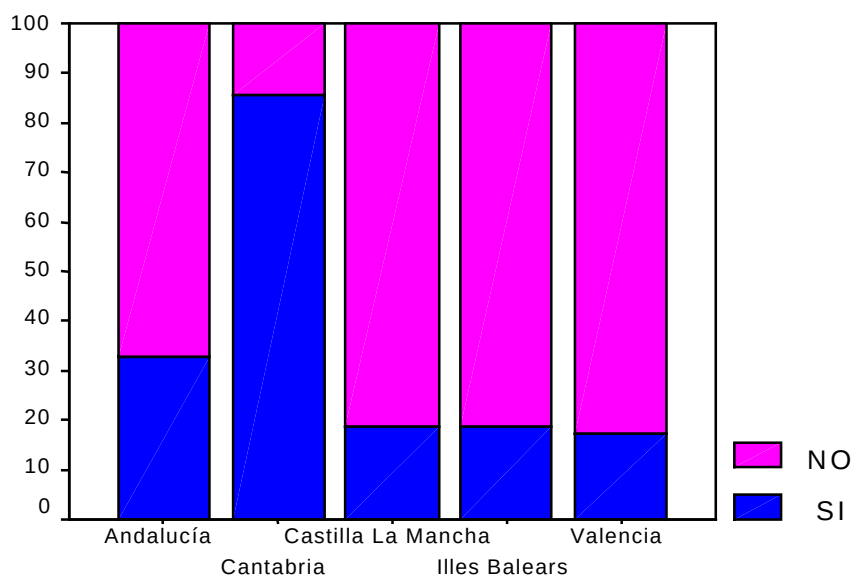
Las Unidades de Hospitalización Breve, las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria y las Unidades de Conductas Adictivas son aquellas en las que es poco frecuente que el PC participe como representante de las mismas en la coordinación con otros dispositivos.

2.11.1. ¿El PC participa en las reuniones de dirección y gerencia?



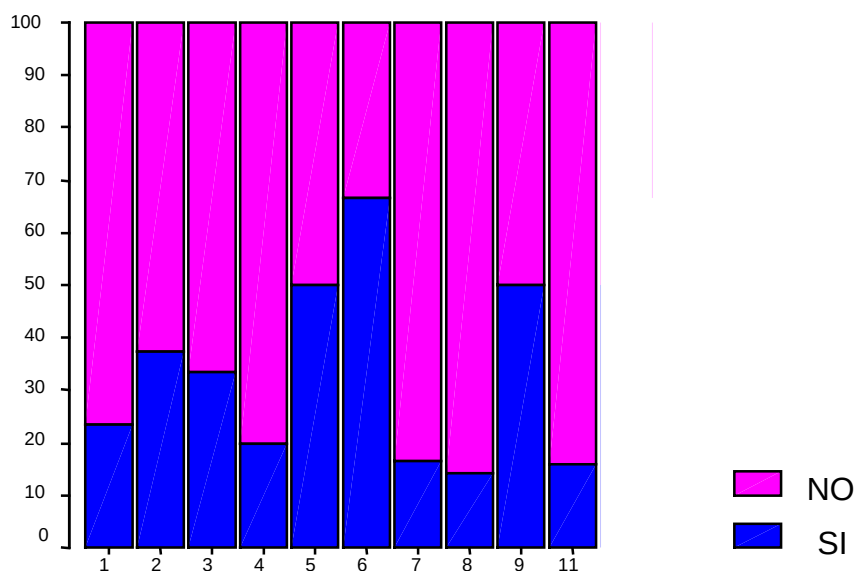
La respuesta es mayoritariamente negativa, el PC no participa en las reuniones de Dirección/ Gerencia

2.11.2. Atendiendo a las 5 CCAA



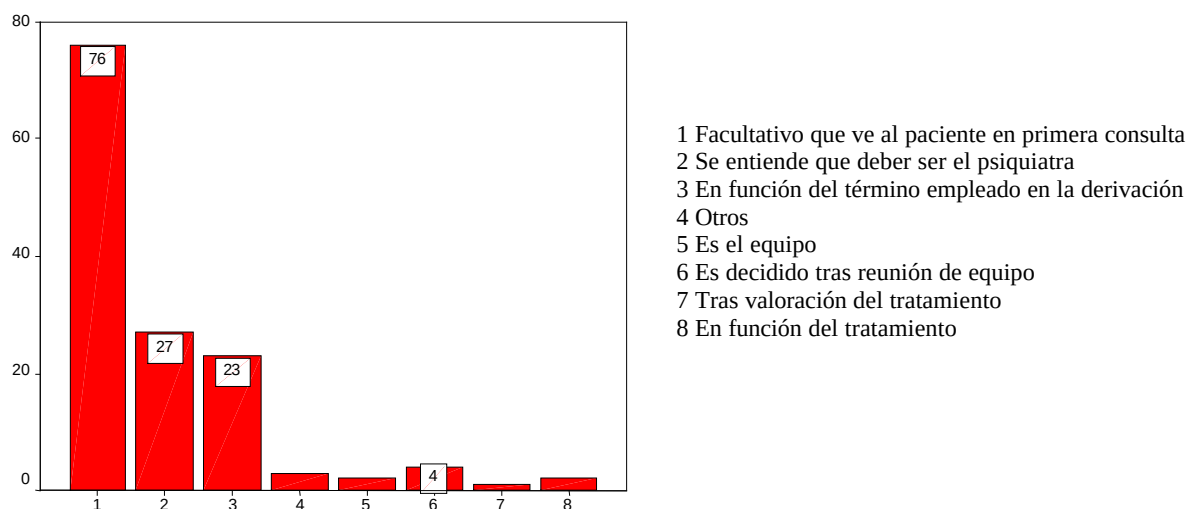
Cantabria es la única CCAA donde el PC participa de forma significativa en las reuniones de Dirección y Gerencia.

2.11.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



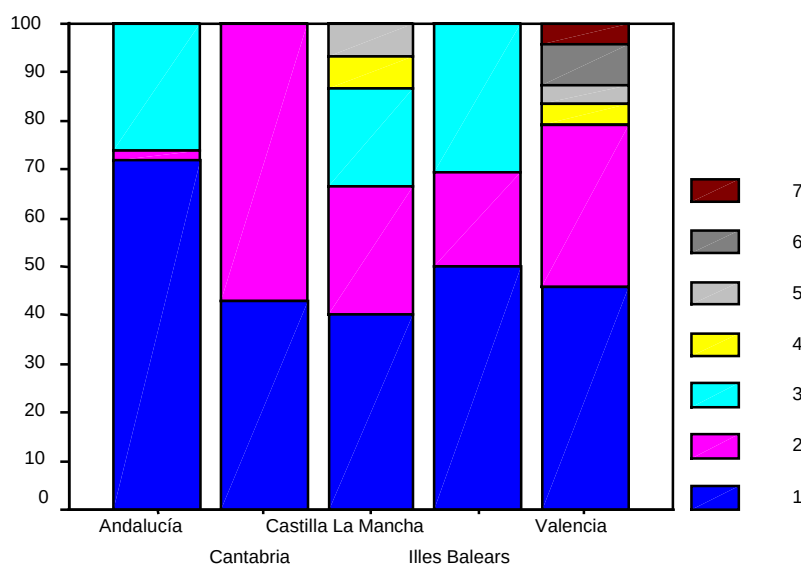
En las Unidades de Crónicos, en las Unidades de Dolor y en las Unidades de Media Estancia se observa la mayor probabilidad de que el PC participe en tareas de Dirección y Gerencia.

2.12.1 ¿Cómo se designa al profesional de referencia del paciente?



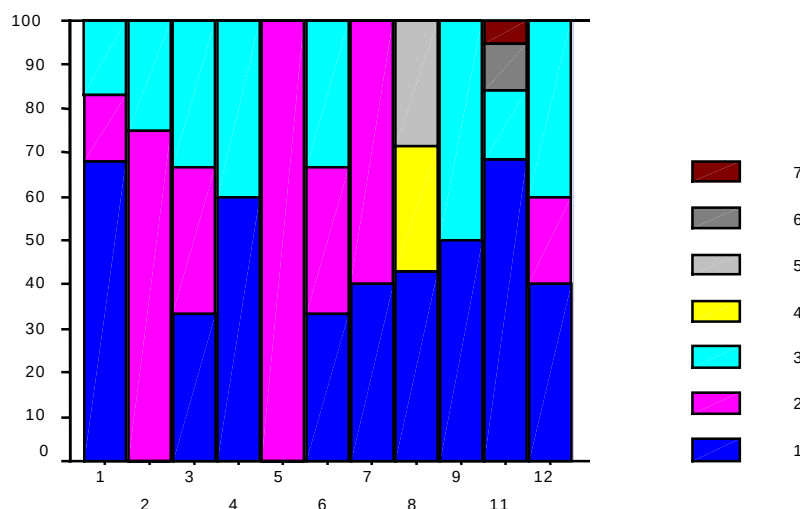
Normalmente el profesional referente del paciente es aquel que lo atiende en la primera consulta.

2.12.2. Atendiendo a las 5 CCAA



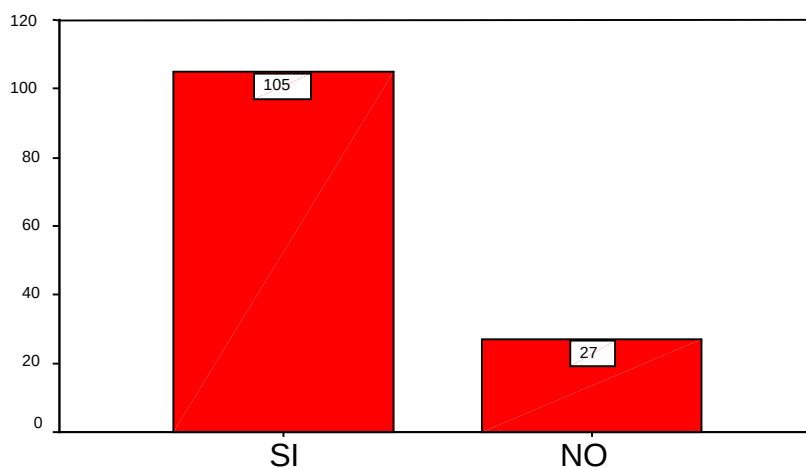
Si en Andalucía el profesional de referencia del paciente es aquel que lo atiende en la primera consulta, en Cantabria se entiende con más frecuencia que el profesional de referencia es habitualmente el Psiquiatra. En las otras tres CCAA la situación es más indefinida.

2.12.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



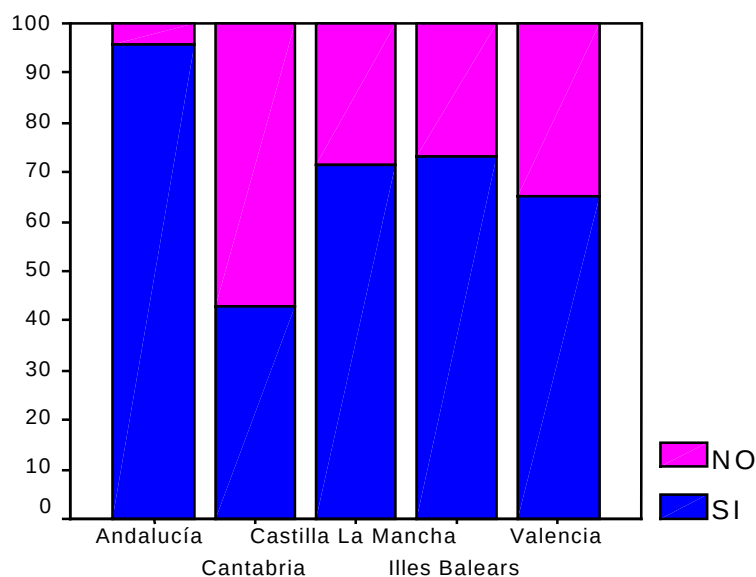
En todas las Unidades de Media Estancia encuestadas el profesional de referencia es el Psiquiatra. Este criterio también es el más predominante en las Unidades de Hospitalización Breve y en las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En las USM y en las USMIJ el profesional de referencia es quien atiende al paciente en primera consulta.

2.13.1. ¿Puede ser el Psicólogo Clínico referente de pacientes?



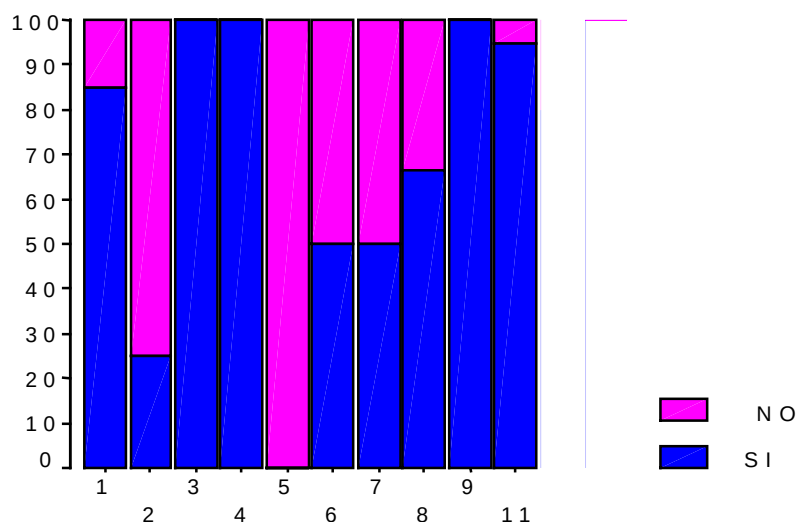
En la mayor parte de los casos el Psicólogo Clínico puede ser referente de pacientes.

2.13.2. Atendiendo a las 5 CCAA



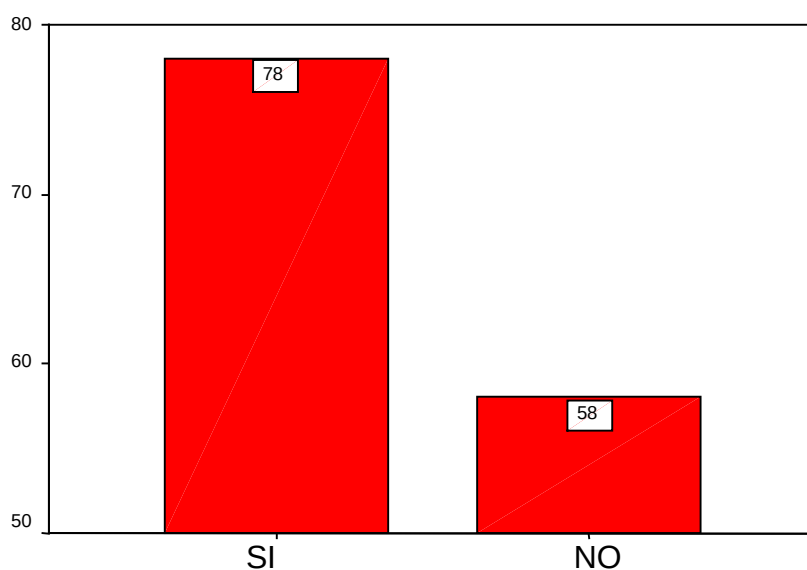
Cantabria es la única CCAA en la que en menos de la mitad de casos encuestados el PC no es referente de pacientes. En Andalucía casi exclusivamente pueden ser referentes

2.13.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



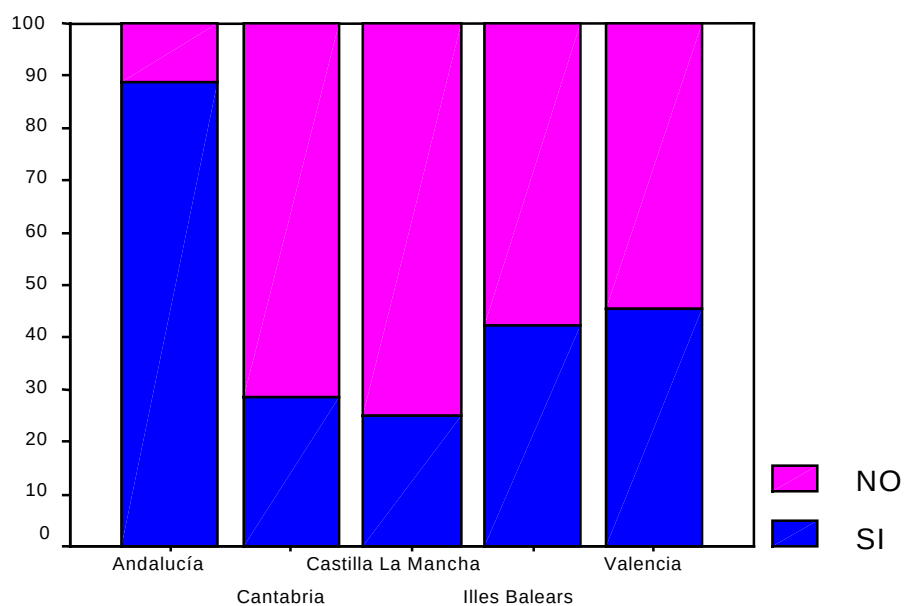
En ninguna de las Unidades de Media Estancia encuestadas el PC es referente de pacientes. También es poco probable que en las Unidades de Hospitalización Breve lo sea. En cambio en los CRPSL; HD, USM y USM IJ puede serlo habitualmente.

2.14.1. ¿Decide el PC sobre ingresos hospitalarios o de otros dispositivos?



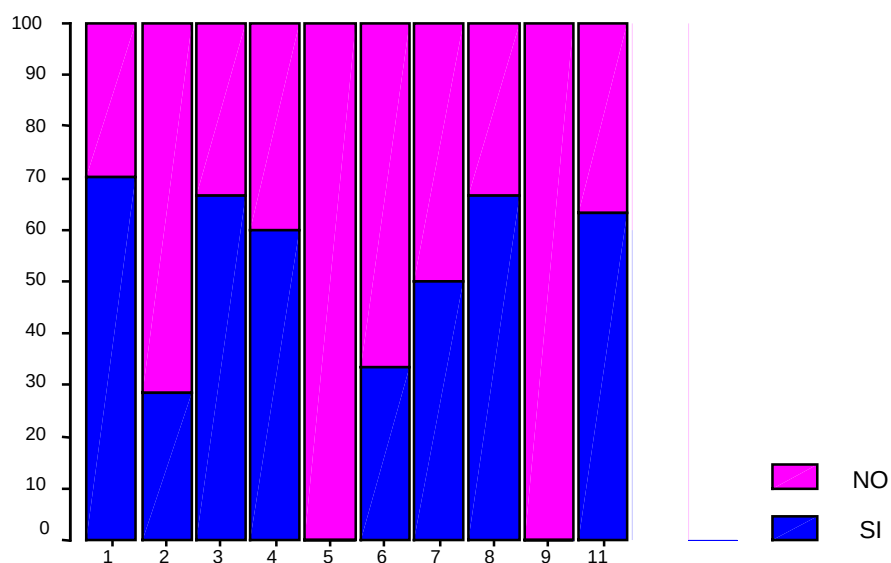
El PC sí decide sobre ingresos en un número mayoritario de casos.

2.14.2. Atendiendo a las 5 CCAA



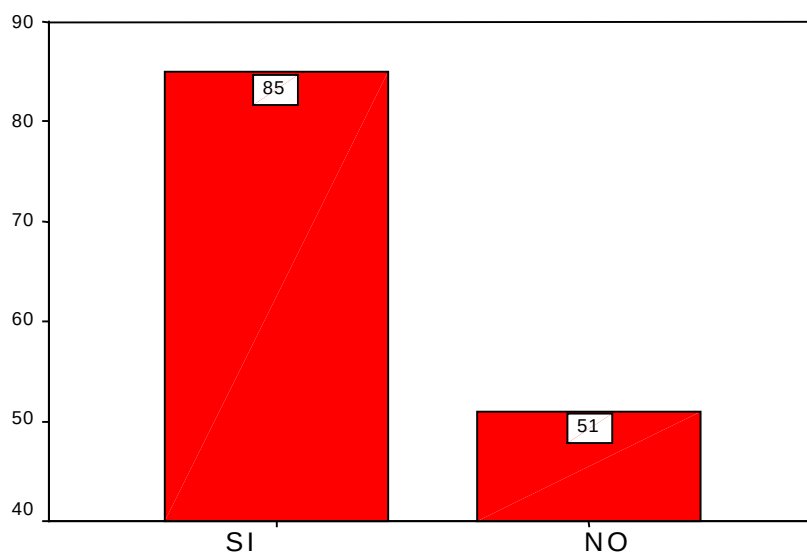
Andalucía es la única CCAA en la que de forma mayoritaria el PC puede decidir sobre ingresos en otros dispositivos.

2.14.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



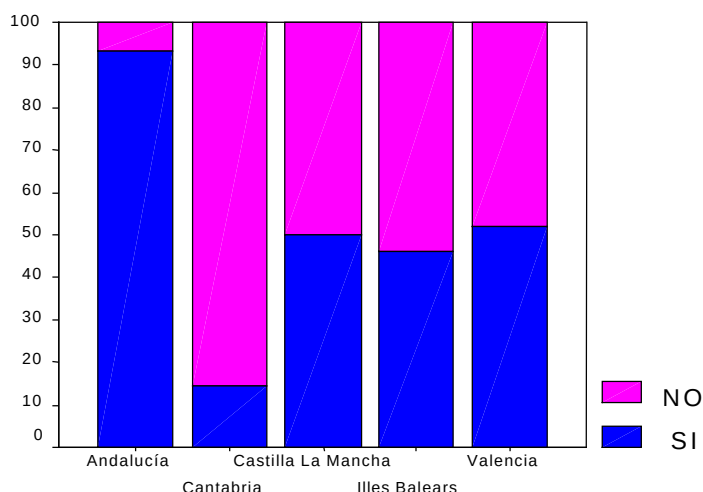
El PC no decide sobre ingresos en las Unidades de Media Estancia y en las Unidades de Dolor encuestadas. Tampoco lo hace de forma significativa en las Unidades de Hospitalización Breve y en las Unidades de Crónicos. Sí lo hace en las USM, USMIJ, HD, CRPSL y UCA.

2.15.1 ¿Escribe informes el PC para que el paciente ingrese en los dispositivos pertinentes?



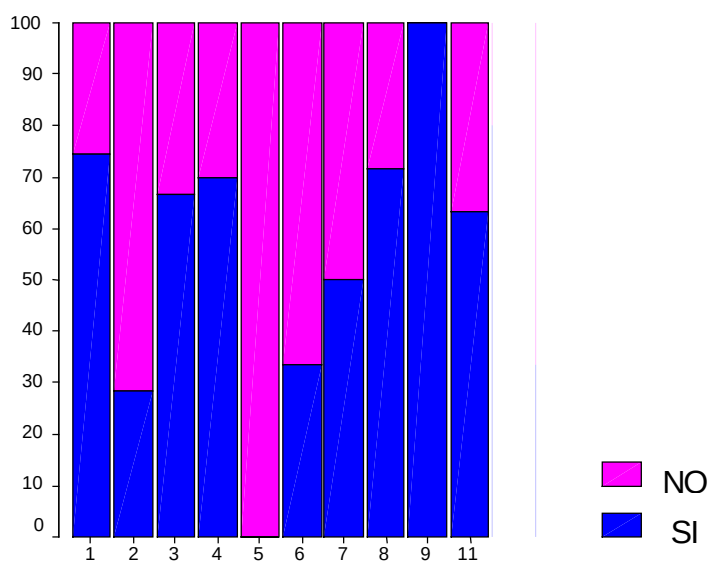
Mayoritariamente sí escribe informes para que los pacientes ingresen en otros dispositivos de la red.

2.15.2 Atendiendo a las 5 CCAA



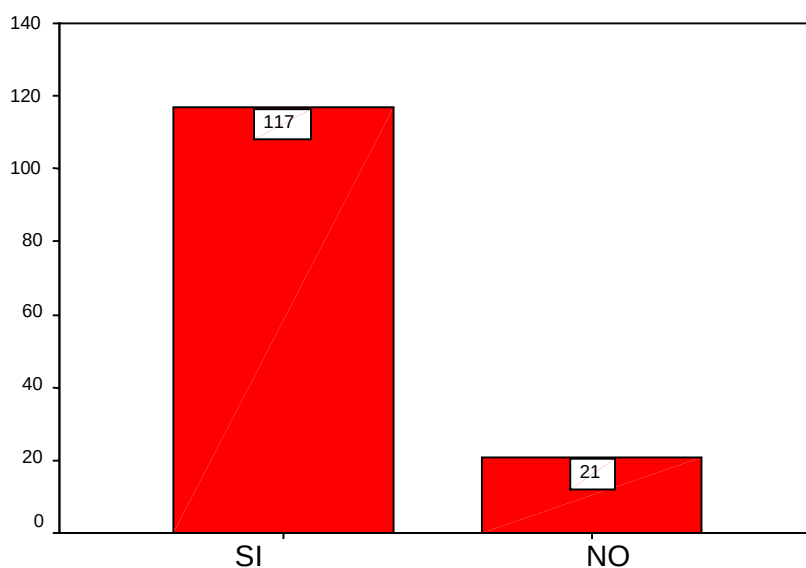
En Andalucía se realizan prácticamente en todos los casos informes de ingreso para otros dispositivos; situación que contrasta con la de Cantabria donde se realizan muy poco. En un punto intermedio estarían las otras CCAA encuestadas.

2.15.3 Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



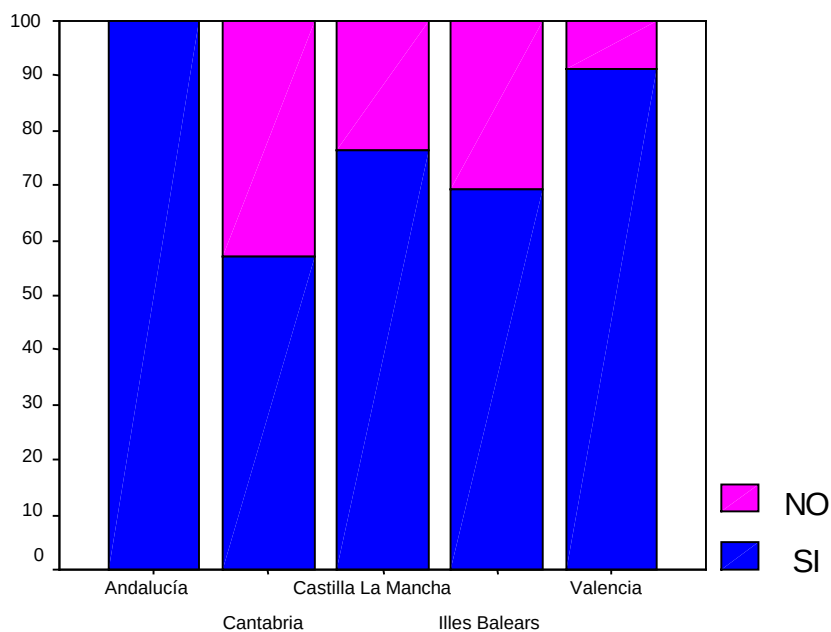
En las UHB, UME y Unidades Residenciales de Crónicos no suele el PC escribir informes de ingreso a otros dispositivos, en cambio si suele hacerlo con frecuencia en las USM, USMIJ; CRPSL, HD y UCA.

2.16.1. ¿Da altas el PC del dispositivo donde trabaja?



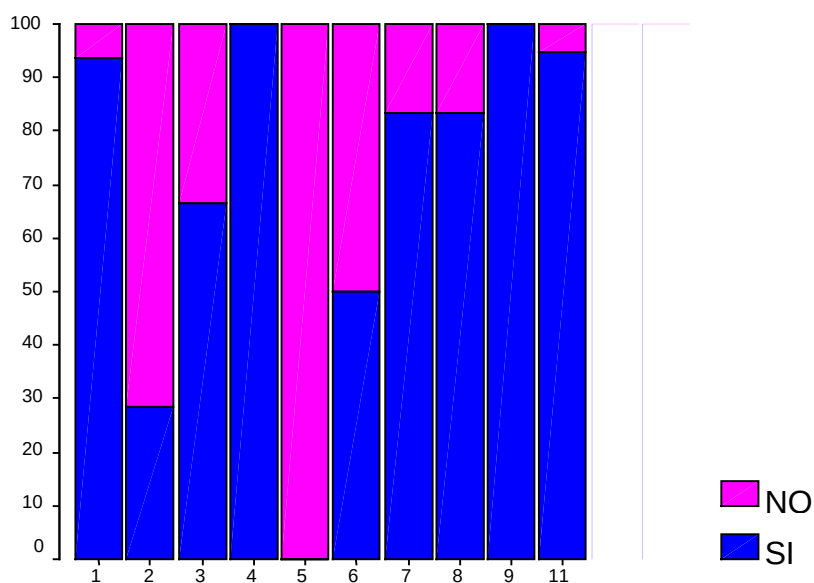
De manera muy mayoritaria el PC da altas.

2.16.2. Atendiendo a las 5 CCAA



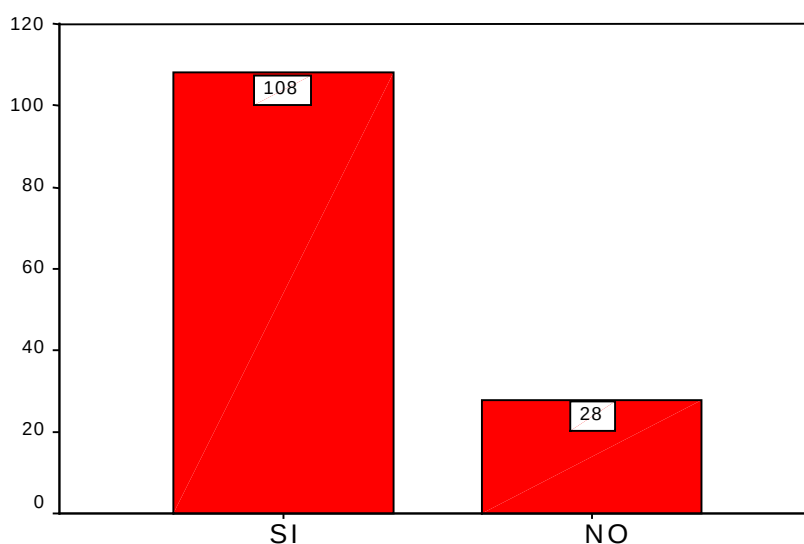
En todas las CCAA encuestadas el PC da altas, siendo en Andalucía en todos los casos.

2.16.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



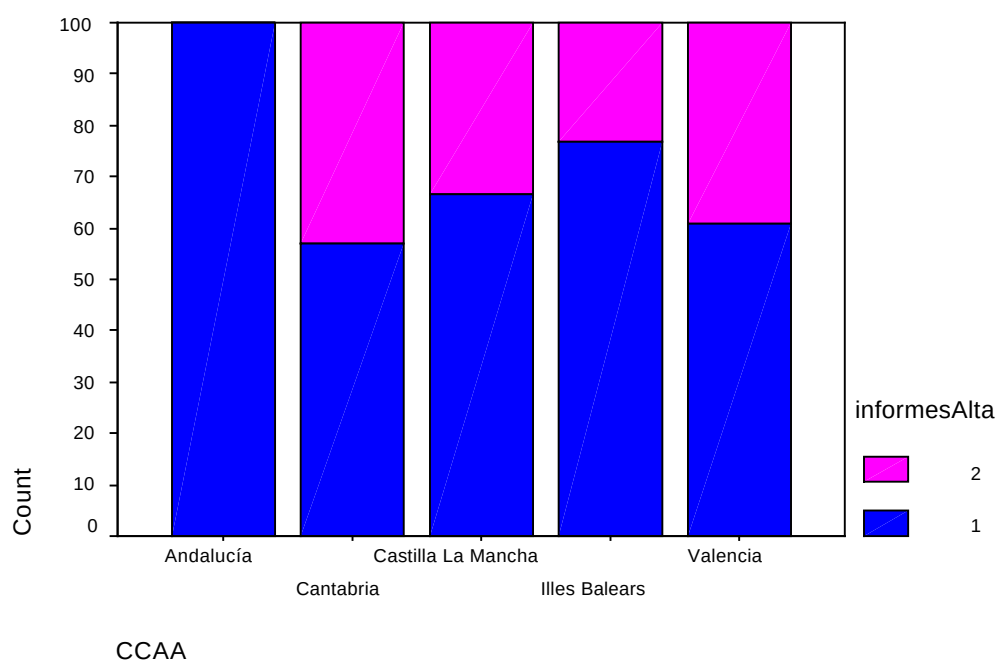
A excepción de las UHB, Unidades residenciales de crónicos y UME, en los demás dispositivos el PC da altas en frecuentemente,

2.17.1. ¿El PC escribe informes de alta?



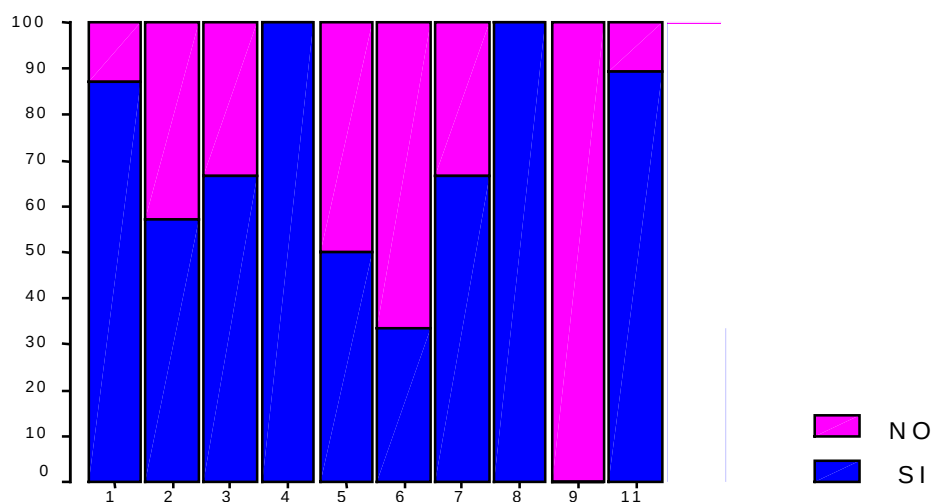
El PC si escribe informes de alta en la mayor parte de los casos encuestados.

2.17.2. Atendiendo a las 5 CCAA



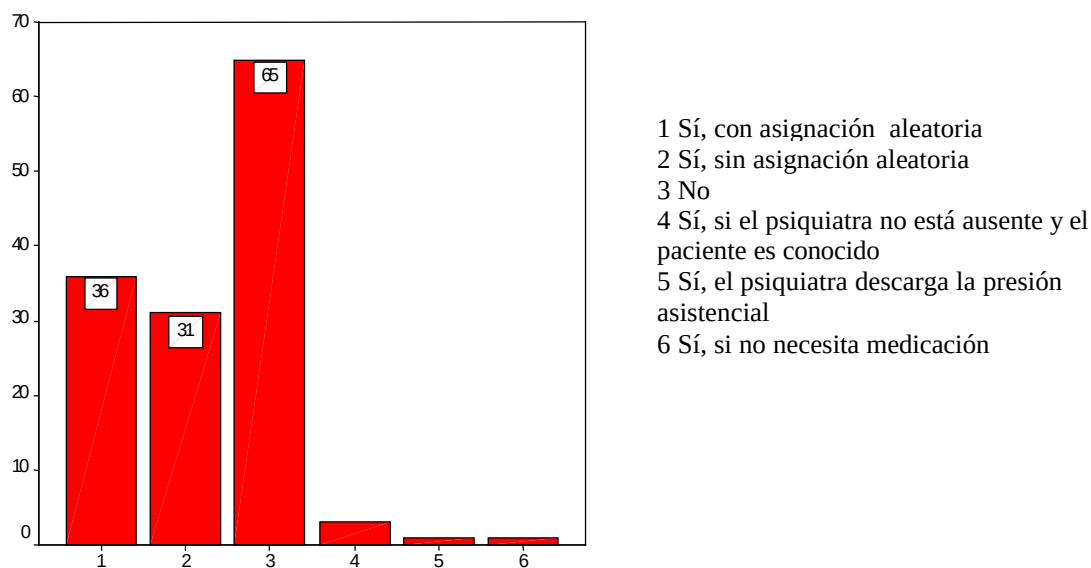
En todos los casos encuestados en la Comunidad Andaluza el PC escribe informes de Alta. En las otras comunidades la respuesta es también mayoritariamente positiva.

2.17.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



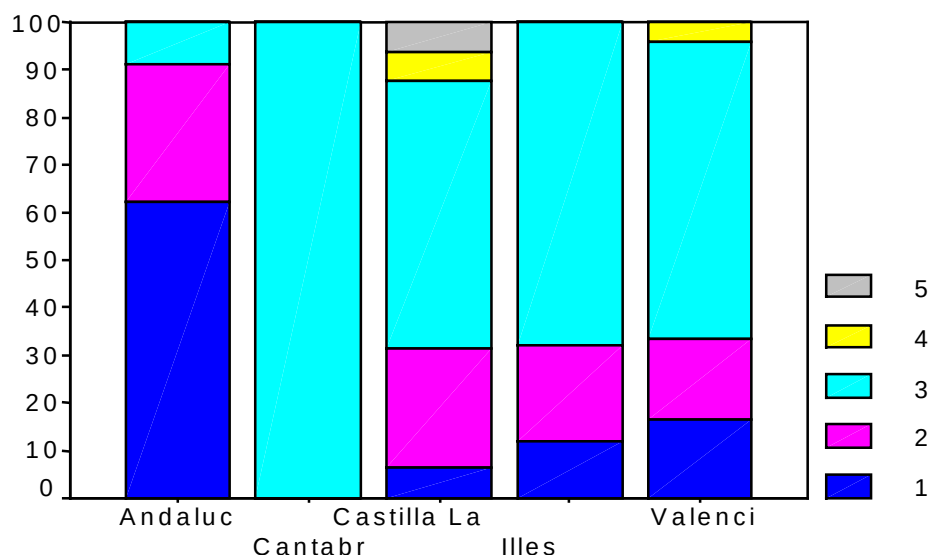
En las Unidades de Dolor encuestadas el PC no escribe informes de alta. En las Unidades de Crónicos y en las Unidades de Media Estancia el número de respuestas negativas es significativo.

2.18.1. ¿El psicólogo clínico atiende urgencias?



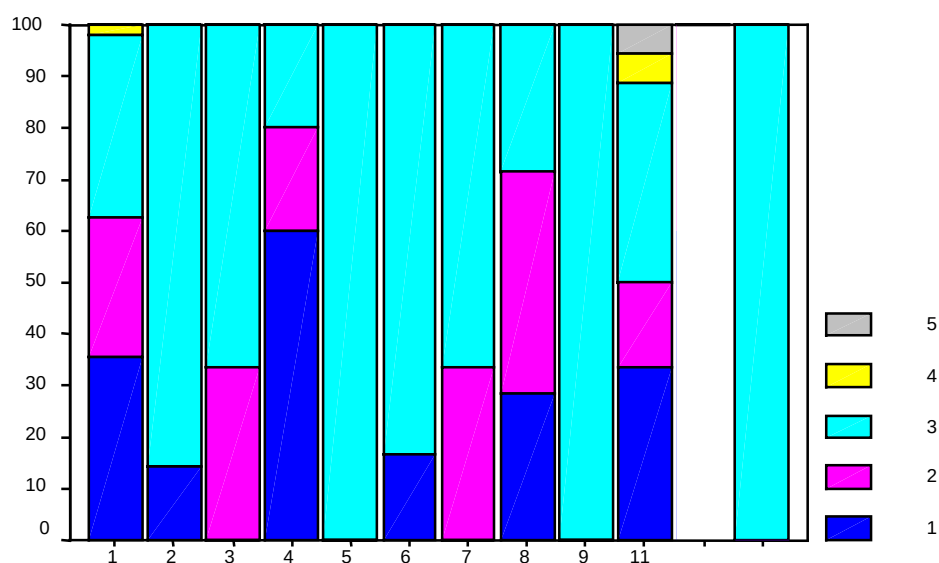
En 66 de los casos encuestados el PC no atiende Urgencias, lo hace en 67 casos en los que la diferencia entre asignación aleatoria o no aleatoria de las urgencias entre facultativos no parece significativa.

2.18.2. Atendiendo a las 5 CCAA



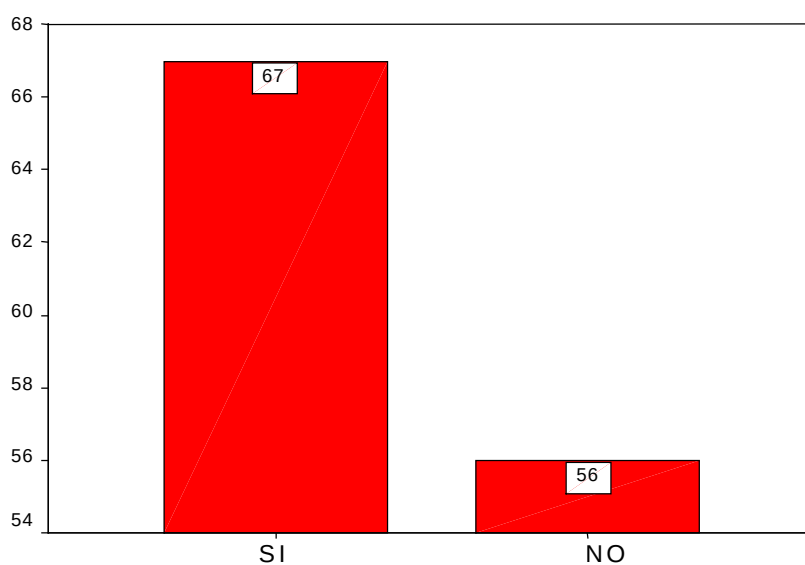
La respuesta positiva es mayoritaria en Andalucía, CCAA en la que la gráfica refleja que en pocos dispositivos el PC no atiende Urgencias. Por el contrario, en Cantabria no se informa de ningún dispositivo en el que los PC puedan hacerlo. En las otras tres CCAA la respuesta más significativa es negativa.

2.18.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



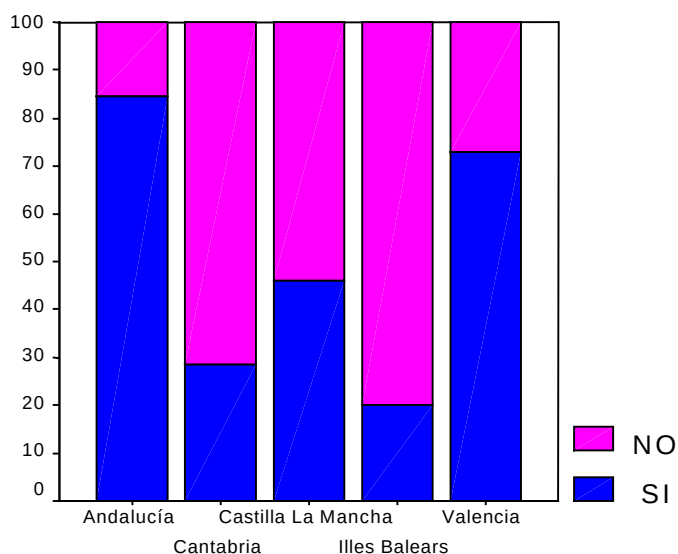
Las respuestas positivas a la pregunta sobre si el PC atiende Urgencias predominan en las USM, los CRPSL y las Unidades de Conductas Adictivas.

2.19.1. ¿Tienen validez los informes del PC para altas y bajas laborales?



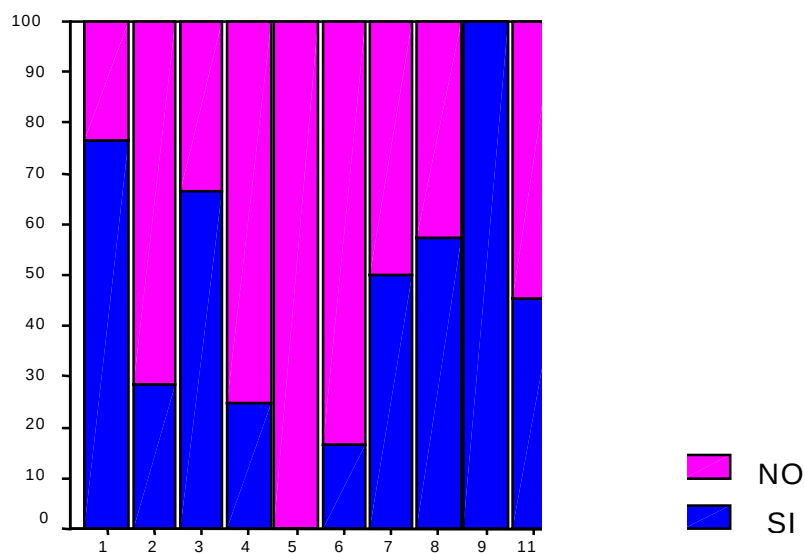
En la mayor parte de los casos los informes del PC tienen validez para determinar altas y bajas laborales.

2.19.2. Atendiendo a las 5 CCAA



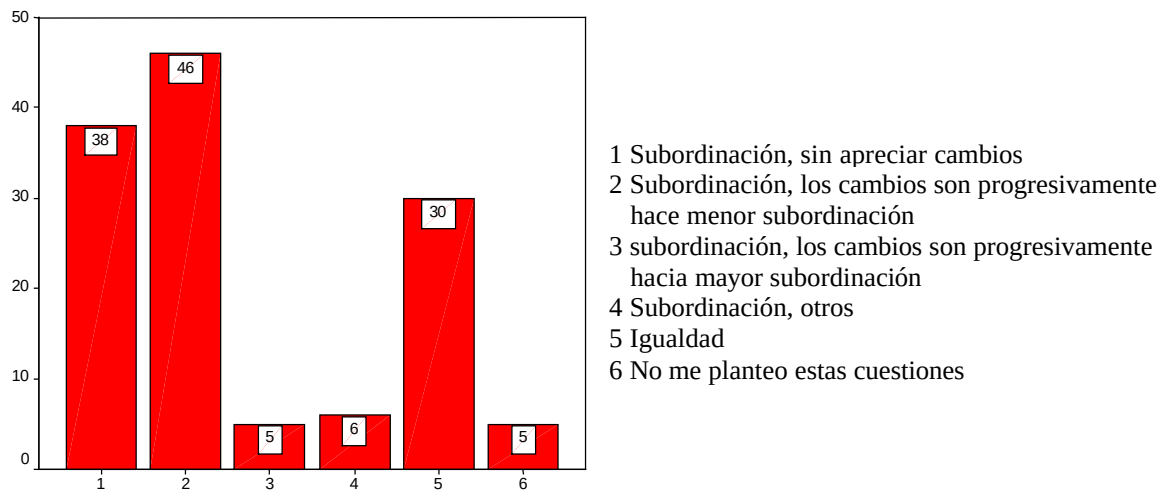
Andalucía y Valencia son las CCAA en las que en la mayor parte de los casos los informes de los PC tienen validez para determinar altas y bajas laborales.

2.19.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



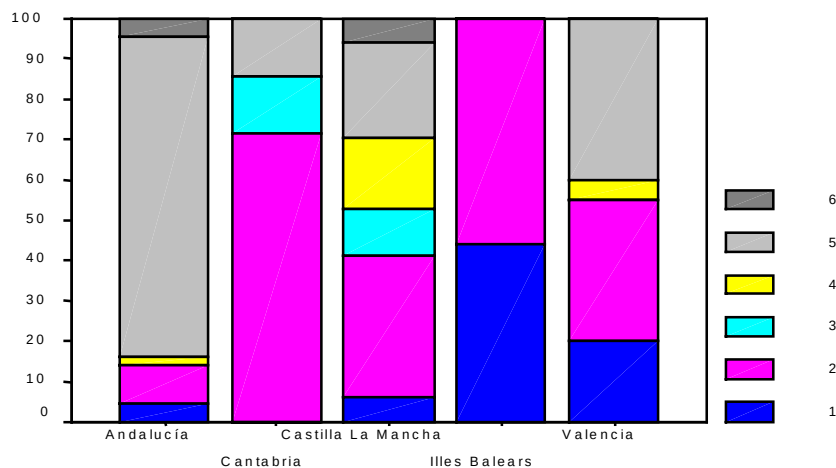
Las Unidades de Dolor, las USM y los Hospitales de Día son los dispositivos en los que de forma significativa la gráfica refleja que los informes de los PC tienen validez para altas y bajas laborales.

2.20.1. Apreciación subjetiva de la posición del PC respecto al psiquiatra



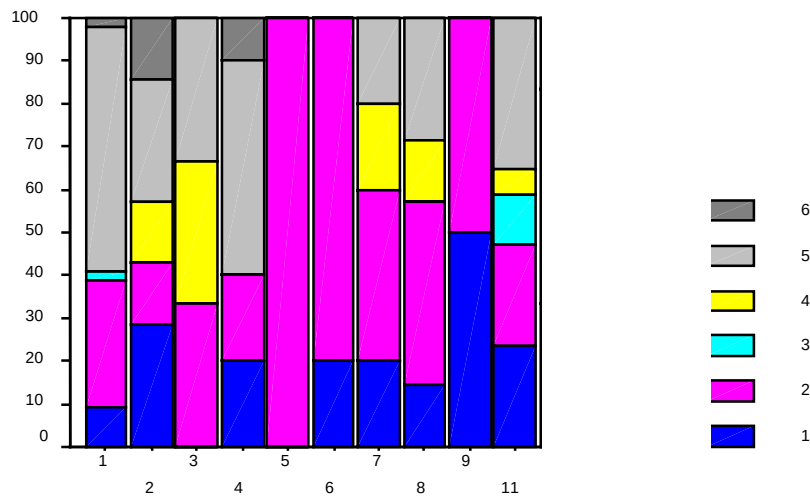
En 46 casos los encuestados informan de que aprecian cambios hacia una progresiva menor subordinación. 38 de los encuestados informan de que tienen la apreciación subjetiva de subordinación matizando que no perciben cambios sobre esta posición en los últimos años. Por último, 30 de los informantes afirman sentirse en una posición de igualdad respecto a sus compañeros Psiquiatras.

2.20.2. Atendiendo a las 5 CCAA



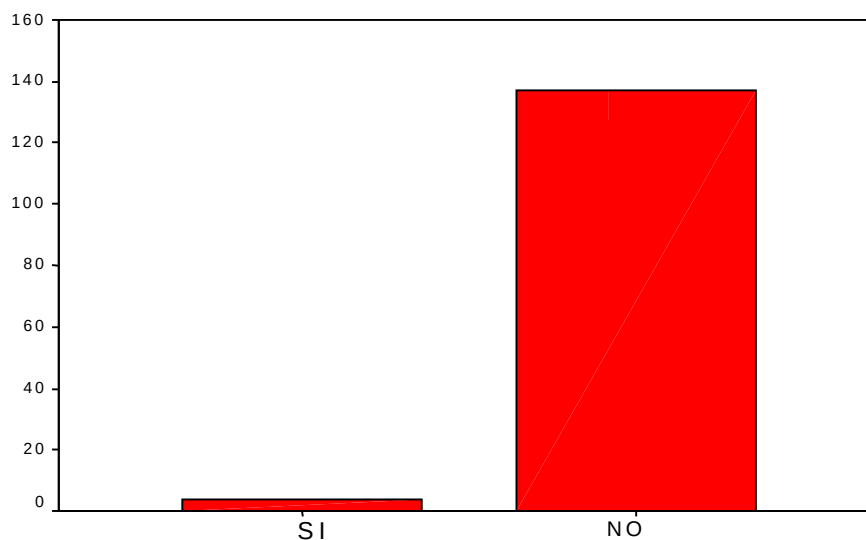
Andalucía es la CCAA donde los encuestados informan de forma más significativa de una apreciación de igualdad respecto a sus compañeros Psiquiatras. La respuesta mayoritaria en Cantabria, Castilla La Mancha y las Islas Baleares es de subordinación aunque matizando que se perciben cambios hacia una menor subordinación. En Valencia las respuestas más frecuentes son las que apuntan igualdad y una tendencia hacia una menor subordinación.

2.20.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



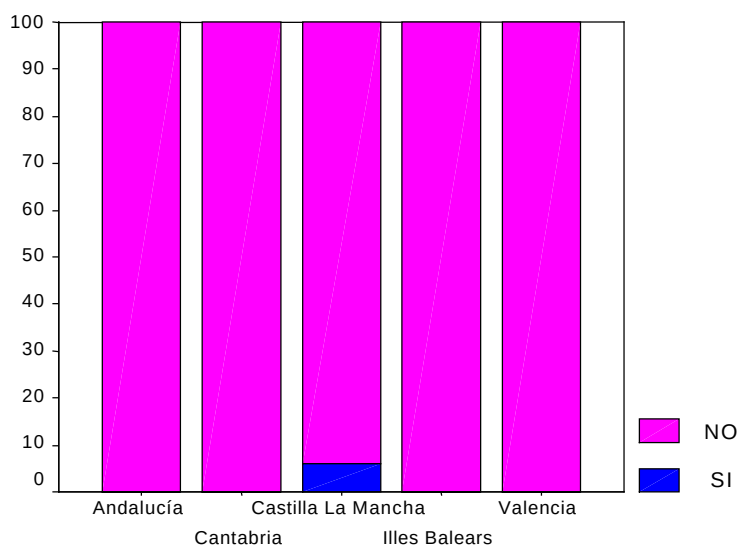
Las respuestas mayoritarias en todos los dispositivos son las que reflejan igualdad y una progresiva menor subordinación.

2.21.1 ¿El dispositivo está incluido en un área suprasectorial, sector, zona de salud, ect en la que el coordinador /jefe de área, sector, suprasectorial, es un psicólogo clínico?



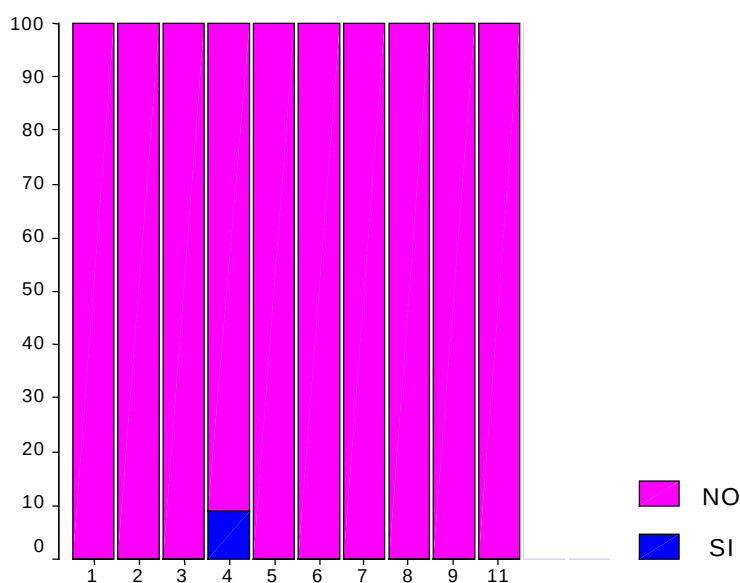
En casi ningún caso los PC son jefes de área/ sector suprasectorial,

2.21.2. Atendiendo a las 5 CCAA



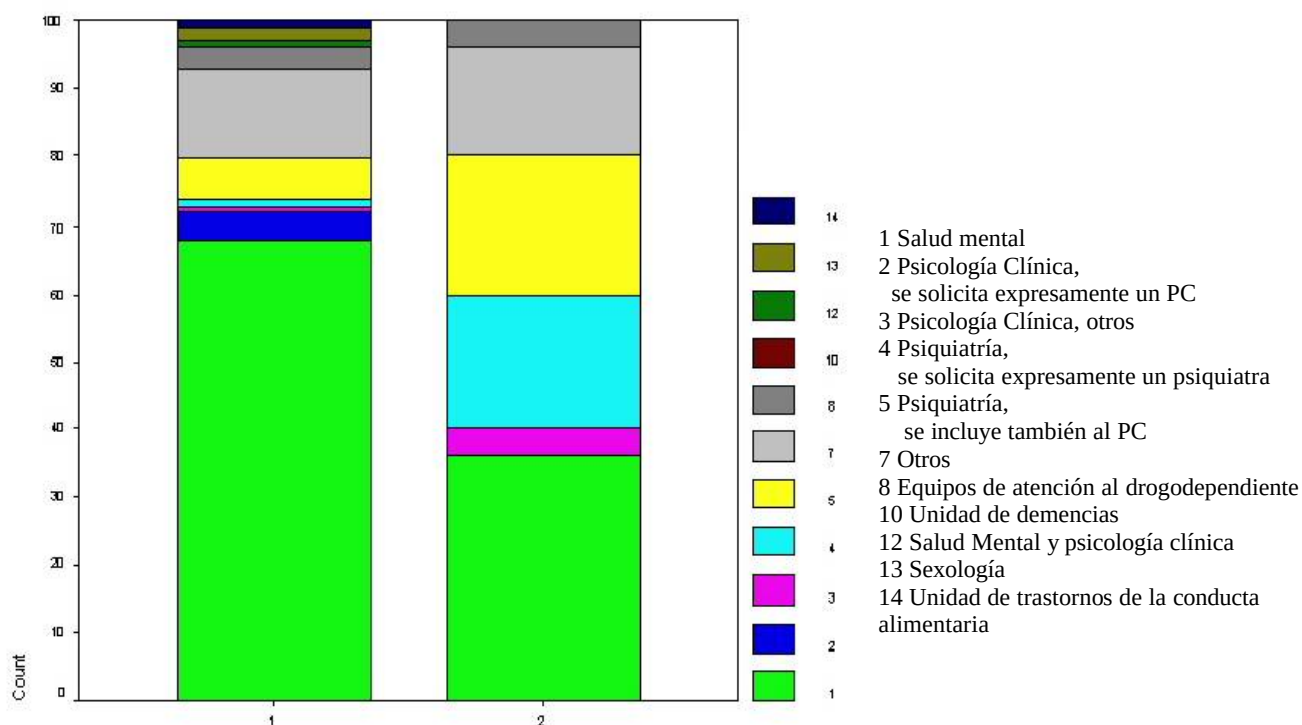
Excepto un caso en Castilla-La Mancha, en ninguna CCAA de las encuestadas los psicólogos clínicos son jefes de área, sector, suprasectorial

2.21.3. Atendiendo a los dispositivos de las 5 CCAA



De los dispositivos de la red, solamente en un caso el PC del CRPSL es jefe de área/ sector suprasectorial.

2.22. ¿Existe alguna relación entre el término utilizado para denominar al dispositivo y el hecho de que el psicólogo clínico pueda ser referente del paciente ?



En aquellos dispositivos donde se utiliza el término Salud Mental con mayor frecuencia es más probable que el Psicólogo Clínicos sea referente de pacientes.

3. CONCLUSIONES

1. La situación de los Psicólogos Clínicos es muy heterogénea existiendo gran variabilidad entre Comunidades Autónomas y entre los dispositivos de una misma Comunidad Autónoma.
2. De las CCAA encuestadas solo en Andalucía es donde el rol de los PC se adecúa en mayor medida a lo esperado para los facultativos especialistas; en Cantabria es donde más se aleja, mientras que la Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha e Islas Baleares se encuentran en un punto intermedio.
3. En Andalucía, los psicólogos clínicos en mayor medida que el resto de CCAA analizadas: ven pacientes en primeras consultas en condiciones de igualdad con los psiquiatras; realizan derivaciones de pacientes, tratados simultáneamente por otro facultativo, a otros dispositivos de la red de salud mental; la norma de los equipos en que trabajan establece que en el caso de envío de informes hacia otros dispositivos pueden firmarlos si son los facultativos de referencia; son designados profesionales de referencia para el paciente; realizan informe para ingreso y el mismo ingreso hospitalario o a otro dispositivos; ven urgencias y se tienen en cuenta sus informes sobre altas y bajas laborales. Igualmente es en la Comunidad donde el término empleado mayoritariamente para nombrar los dispositivos asistenciales es el de Salud Mental. Lo anterior es congruente con las respuestas de la mayoría de los psicólogos clínicos de Andalucía que aprecian de manera subjetiva una posición de igualdad respecto de sus compañeros psiquiatras.
4. En Cantabria, los psicólogos clínicos: ven un menor número de primeras consultas porque éstas suelen ser realizadas mayoritariamente por psiquiatras; es habitual que sea el psiquiatra quien realice las derivaciones a otros dispositivos de la red; la norma de los equipos en que trabajan establece predominantemente la obligatoriedad de la firma del psiquiatra para el envío de informes a otros dispositivos; son con menos frecuencia designados profesionales de referencia para el paciente; realizan en menos ocasiones informes para ingreso a otros dispositivos; no ven urgencias y se tienen menos en cuenta sus informes sobre altas y bajas laborales y el término empleado para nombrar los dispositivos asistenciales es el Psiquiatría. Lo anterior es congruente con las respuestas de la mayoría de los psicólogos clínicos de Cantabria que aprecian de manera subjetiva una posición de subordinación, con cambios hacia menor, respecto de sus compañeros psiquiatras
5. En Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana e Islas Baleares, el rol de los psicólogos clínicos como facultativos especialistas está todavía por consolidar. La apreciación subjetiva mayoritaria de los Psicólogos Clínicos encuestados es que se encuentran en una posición de subordinación respecto de sus compañeros psiquiatras, si bien los cambios son hacia una mayor igualdad

6. Exceptuando a la Comunidad Andaluza (si bien no en muchos casos), en relación a las funciones como jefes de equipo/dispositivos, de Servicio, de áreas suprasectoriales, o de representación del equipo ante otras instancias lo habitual en todas las CCAA es que los psicólogos clínicos no ejerzan esas funciones. Atendiendo a los dispositivos ocurre lo mismo, excepción hecha en el caso de Unidades de Rehabilitación y Unidades Residenciales de Crónicos, en los que no suele haber dotación de médicos psiquiatras.
7. Los psicólogos clínicos que trabajan en las Unidades Rehabilitación, Unidades de Salud Mental de Adultos e Infanto-Juvenil son los que se más se acercan al rol esperado para los facultativos especialistas. Y los que menos los que trabajan en las Unidades de Hospitalización Breve y Unidades de Media Estancia.

SEGUNDA PARTE:

**PLANES DE SALUD MENTAL
AUTONÓMICOS
Y
PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

1.INTRODUCCIÓN

Un Plan de Salud Mental no constituye una norma legislativa de obligado cumplimiento, pero sí el referente fundamental a partir del cual se ponen en marcha, desarrollan y cobran significado las distintas políticas de atención a la salud mental. En este sentido, la aplicación y desarrollo de los Planes de Salud Mental aprobados por las distintas Comunidades Autónomas han supuesto la implementación de nuevas normativas. No es objeto de la presente revisión de los Planes de Salud Mental su valoración exhaustiva, no pretendemos entrar a considerar la bondad o pertinencia de los objetivos propuestos, su grado de cumplimiento, su contribución a la mejora de la salud mental de los ciudadanos o la adecuación de las disposiciones y normas legales sanitarias a la especialidad de psicología clínica. Otras Asociaciones científico-profesionales ya lo han hecho.

Nuestro propósito se limita exclusivamente a comprobar, sobre el mismo texto de los planes de salud mental, el papel otorgado a la Psicología Clínica, toda vez que desde 2002 puede considerarse finalizado su proceso de institucionalización en el Sistema Nacional de Salud. Siguiendo pues un enfoque muy literal que toma en cuenta el contenido de los Planes de Salud Mental, hemos considerado: el modelo subyacente de cada Plan de Salud Mental, sus objetivos, la terminología empleada para denominar lo relativo a la salud mental, los redactores del Plan, los dispositivos asistenciales y dotación de personal prevista en el Plan. Hemos preferido siempre ofrecer los datos de recursos humanos del propio Plan, previstos y/o reales. Cuando eso no ha sido posible, bien por no aparecer o por ser datos muy antiguos hemos incluido los datos publicados por el Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) a diciembre de 2003.

Somos conscientes de las limitaciones de este enfoque, una de ellas, acaso la más importante sea el paso del tiempo. Algunos de los planes vigentes son recientes y por tanto reflejan la actualidad de este momento, otros son más antiguos y de éstos unos pocos revisados, no sustituidos todavía o a punto de sustituirse. Éstos últimos fueron redactados en un tiempo en el que el estatus de los especialistas en psicología clínica estaba definiéndose todavía. Por ello fueron elaborados en un contexto socio-científico y político que no recogía suficientemente

los cambios y trayectoria de la Salud Mental en general y de la Psicología Clínica en particular. Sería por eso mismo una injusticia, no valorar en su justa medida lo que algunos de esos planes supusieron de consolidación y avance de la especialidad de psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud. Sabemos de ese riesgo pero nuestro interés en mantenernos pegados literalmente al texto así lo exige. Sabemos también que la validez de este trabajo está unida indisolublemente al paso del tiempo, a la aparición de nuevas revisiones y Planes de Salud Mental. Esperemos que los nuevos tiempos contribuyan a la normalización y puesta en valor de la Psicología Clínica dentro del Sistema Nacional de Salud y dejen obsoleto este trabajo.

1. PLAN AUTONÓMICO DE SALUD MENTAL DE LAS ILLES BALEARS (1998-2002)

1. MARCO DE REFERENCIA

El Plan, denominado de salud mental y aprobado por el Parlamento Balear en noviembre de 1998, fue revisado en parte por el Comité Técnico de la Comisión Institucional de Salud Mental de las Illes Balears en las *“Recomendaciones para la organización de la asistencia”* de junio de 2001. Dicho documento conforma una actualización del Plan, aporta una revisión con carácter técnico y consultivo y una ampliación de la definiciones, organización, funciones, dotaciones y funcionamiento de los dispositivos y programas necesarios para organizar la asistencia de los programas de salud mental de acuerdo con el modelo comunitario previsto.

El Plan enfatiza la importancia de los modelos de promoción y prevención de la salud en la configuración de un plan de salud en general y adopta el modelo de la psiquiatría comunitaria en la atención a la salud mental comunitaria. Así, el Plan de Salud Mental (PSM) toma como referente el marco teórico del modelo comunitario que asimila a los principios de la Psiquiatría Comunitaria propuestos por autores como Caplan y Jones.

Se crea una Comisión institucional de Salud mental formada por las distintas administraciones implicadas que marcará las pautas de la política sanitaria en materia de salud mental y un Comité técnico de salud mental formado por expertos que tiene las funciones de velar por el correcto cumplimiento del PSM, así como de planificar, evaluar y elaborar memorias y propuestas de actuación. Si bien el Plan en su conjunto no tiene financiación específica, sí aparecen cantidades asignadas en una aproximación al incremento de recursos.

2. OBJETIVO GENERAL

Se establecen unas estrategias y líneas de actuación generales: elaborar un marco legal de salud mental, creación de una unidad de epidemiología y evaluación y un sistema de recogida y unificación de registros, creación de diferentes comisiones y de un circuito de atención por niveles (primaria y especializada).

Se definen los dispositivos de carácter asistencial para la atención primaria, especializada y continuada. Asimismo se especifica un calendario concreto de actuaciones referido al incremento de los recursos estructurales y humanos por años y Consells Insulars. Menciona como áreas de atención específica la atención a la salud mental infanto-juvenil, la psicogeriatría, las toxicomanías, los trastornos de la conducta alimentaria, la salud mental y la administración de justicia, y se enfatiza la reforma del hospital psiquiátrico.

3. RECURSOS HUMANOS EN LOS DISPOSITIVOS DE LA RED DE SALUD MENTAL SEGÚN EL PLAN DE SALUD MENTAL 1998-2002 y LAS RECOMENDACIONES DE 2001 DEL COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL

El PSM establece la integración, funciones y dotación de personal de los dispositivos básicos de la red de salud mental.

1-ATENCIÓN PRIMARIA: refiere que un 30-50% casos son de Salud Mental

2.-UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM)

Se define como el eje asistencial en la atención comunitaria a la salud mental. Se encuentra en el primer nivel de atención. Propone que los equipos estén compuestos para un sector de 100.000 habitantes, por 5 psiquiatras, 4 psicólogos, 3 enfermeras, 1 trabajador social y 1 auxiliar administrativo. Define las funciones específicas de cada profesional, asignando igual grado de responsabilidad sobre el paciente y de capacidad de coordinación al psiquiatra y al psicólogo. Crea la figura del coordinador de la unidad, la cual no vincula a ninguna categoría profesional concreta.

2.-UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL- JUVENIL (USM-IJ)

Se define como una USM específica para atender al sector de población infanto-juvenil (de 0 a 16 años). Se encuentra en el primer nivel de atención. Establece un equipo mínimo de 4 profesionales titulados superiores con formación específica (psiquiatras y psicólogos clínicos), 3 titulados de grado medio (enfermeras y trabajadores sociales); participación de especialistas en logopedia y psicomotricidad a tiempo parcial. Especifica que uno de los técnicos facultativos será elegido como responsable/coordinador.

3.-UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Son unidades de segundo nivel de atención. Considera que debe hacer 1 psiquiatra por 8-9 camas; 1 psicólogo por cada unidad hospitalaria, 1 trabajador social por cada unidad, 1 enfermera para cada 6 camas de mañana y tarde y 1 para 12 camas de noche, 1 auxiliar para cada 6 camas de mañana y tarde y 1 para 12 camas de noche. Para atender a las interconsultas 1 psiquiatra y 1 psicólogo cada 400 camas de hospital.

Define las funciones específicas de cada profesional, asigna exclusivamente al psiquiatra la indicación de alta, la elaboración del informe correspondiente recogiendo informaciones del resto de profesionales de la unidad. Asigna la coordinación de la Unidad a un psiquiatra. Los ingresos podrán ser programados o de urgencia. En el primer caso la indicación debe ser por el psiquiatra de la Unidad de Salud Mental.

4.-UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTIL- JUVENIL

En el segundo nivel de atención para atender específicamente a la población infanto-juvenil, y ubicadas en las unidades de pediatría de los hospitales generales. No especifica personal específico

5.-HOSPITAL DE DIA

Son unidades de segundo nivel de atención, como hospitalización parcial. Establece los siguientes recursos humanos para 25-30 plazas: 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 4 enfermeras, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 1 auxiliar administrativo y 1 celador

6.-HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

El equipo multidisciplinar recomendado es de 1 psiquiatra con formación en SM infanto-juvenil; 2 psicólogos clínicos con formación en SM infanto-juvenil; 1 enfermero especialista en SM o pediatría; 4 monitores (preferiblemente educadores infantiles); 1 terapeuta ocupacional; 1 administrativo y un psicomotricista y logopeda compartido con la USM-IJ

6.- UNIDADES COMUNITARIAS DE REHABILITACIÓN (CENTROS DE DIA)

Se encuadran dentro de la atención continuada de pacientes mentales severos. En el PSM se denominaban Centros de Día. En relación a la dotación de profesionales recomienda dos profesionales de grado superior (psiquiatra y psicólogo); 4 profesionales de grado medio (trabajados social, DUE, terapeuta ocupacional), 8 monitores o auxiliares y un administrativo; todos los cuales deberán tener formación específica en salud mental y rehabilitación. No asigna la coordinación de la Unidad a ningún profesional concreto.

7.-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

De atención continuada. Para un total de 20 camas el personal es el siguiente: 2 psiquiatras, 2 psicólogos clínicos, 4 DUES, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajador social, 10 auxiliares, 3 auxiliares y un administrativo; todos los cuales deberán tener formación específica en salud mental y rehabilitación.

8.-UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

No especifica la composición del equipo

9.-UNIDAD DE ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA

No especifica la composición del equipo

10.- PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN LABORAL

No especifica la composición del equipo

4. RECURSOS HUMANOS ACTUALES

Los siguientes datos están tomados de la “**Guía de recursos y situación de la red de salud Mental de las Illes Balears 2005**”, editada por la Conselleria de Salut y Consum del Govern de las Illes Balears

TOTAL DE PROFESIONALES DE LAS ISLAS BALEARES (951.436 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	Otros	TOTAL
Unidad Hospitalización Breve Adultos	19	2	66	73	1		1		163
Hospital Día Adultos	3	1	4	3		1			13
Unidad Salud Mental Adultos	17	18	15		8		8		66
Unidad Hospitalización Breve Infa-Juv									
Hospital Día Infan-Juv									
Unidad Salud Mental Inf-Juv	6	9	3		1		3		23
Unidad Media Estancia	3	1	11	17	1	1		5	41
Unidad Larga Estancia	2	2	11	42	1	0	0	0	60
Unidad Comunitaria Rehabilitación	4	5	3	18	4	3	0	1	39
Dispositivos Atención Residencial Comunitaria	0	3	0	42	2	0	1	0	48
Dispositivos Reinserción Laboral	0	2	0	0	2	0	0	7	11
Dispositivos Apoyo Rehabilitación	0	3	1	25	0	2	1	0	32
Unidades TCA	1	2	9	7	0	0	1	0	20
Psicogerriátrico	0	1	4	36	1	0	0	2	44
TOTAL	56	51	128	264	23	8	17	15	564

ÁREA DE MANACOR (125.185 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	TOTAL
Unidad Hospitalización Breve	3		11	8				22
Unidad Salud Mental	2	2	2		2			8
Unidad Comunitaria Rehabilitación	1	1	1	4	1	1		9
TOTAL	6	3	14	12	2	1	1	39

ÁREA DE INCA (118.604 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	TOTAL
Unidad Hospitalización Breve	4	2	14	33	1		1	55
Unidad Salud Mental	2	2	2		1		1	8
Unidad Comunitaria Rehabilitación	1	1	1	1	1			5
TOTAL	7	5	17	34	3		2	68

ÁREA DE LLATZER (235.404 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	TOTAL
Unidad Hospitalización Breve	3		13	10				27
Hospital de Día	1		1			1		3
Unidad Salud Mental	4	4	4		2		2	16
Unidad Comunitaria Rehabilitación	1	1	1	5	1	1		10
TOTAL	10	5	19	15	3	2	2	57

ÁREA DE SON DURETA (269.145 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	TOTAL
Unidad Hospitalización Breve	3		13	10				27
Hospital de Día	1		1			1		3
Unidad Salud Mental	4	4	4		2		2	16
Unidad Comunitaria Rehabilitación	1	1	1	5	1	1		10
TOTAL	10	5	19	15	3	2	2	57

RECURSOS SUPRASECTORIALES DE MALLORCA (748.338 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	Otros	TOTAL
Unidad Media Estancia	2	1	4	12	1				27
Unidad de Larga Estancia	2	2	9	40	1				54
Unidad Salud Mental Inf-Juv	5	5	3		1		2		17
Servicio Atención Residencial Comunitario		3		42	2		1		48
Servicio Inserción Laboral		1			2			3	6
Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación (Centros Día, Club Sociales, Terapia ocupacional, etc.)		1		20		1	1		23
TOTAL	9	13	16	114	7	2	7	3	169

ÁREA DE IBIZA Y FORMENTERA (117.026 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	TOTAL
Unidad Hospitalización Breve Adultos	2		8	8				18
Hospital Día Adultos	1	1	2	2				6
Unidad Salud Mental Adultos	2	2	2		1		1	8
Unidad Salud Mental Inf-Juv	1	3						
Dispositivos Apoyo Rehabilitación				2		1		3
TOTAL	6	6	12	12	1	1	2	41

ÁREA DE MENORCA (86.076 Habitantes)

	Psiquia- Tras	Psicó- Logos	DUE	Aux. Enferm. Monitores	Trabaj. Sociales	Terap. Ocupac.	Aux. Adminis- trativos	Otros	TOTAL
Unidad Hospitalización Breve Adultos	1		6	5					12
Unidad Salud Mental Adultos	2	2	1		1		1	8	7
Unidad Salud Mental Inf-Juv		1							1
Unidades de Larga y Media Estancia	1	1	9	3				5	26
Unidad Comunitaria Rehabilitación		1		2				1	5
Dispositivos Inserción Laboral		1						4	5
Dispositivos Apoyo Rehabilitación		2	1	3					6
TOTAL	6	8	17	18	2	1	2	10	64

TOTAL RECURSOS HUMANOS en la Red de Salud Mental de la Comunidad Autónoma

	Número	Ratios x 100 mil habitantes
COORDINADORES DE ÁREA	6	
Psiquiatras	56	5,7
Psicólogos	51	5,1
Trabajadores Sociales	23	2,4
Terapeutas Ocupacionales	8	0,8
DUE	128	13,4
Aux. enferm./ Monitores	264	27,7
Auxiliares administrativos	17	1,7
Otros	15	1,5
TOTAL	564	

5. TERMINOLOGÍA

En la parte introductoria se refiere a servicios de Psiquiatría y Salud Mental, los cuales han de asumir las responsabilidades en el abordaje global de los trastornos mentales. Define las Unidades de Salud mental como unidades multidisciplinarias especializadas en salud mental y asistencia psiquiátrica. Al mencionar la salud mental infanto-juvenil, se refiere a los equipos de psiquiatría y salud mental infantil comunitaria, a los dispositivos preventivos y asistenciales en psiquiatría y salud mental. En cuanto a la docencia, entre la que se incluye la formación PIR, especifica que son los profesionales de atención psiquiátrica y salud mental los que han de impartirla. Se diferencia por tanto conceptualmente la Salud mental de la Psiquiatría y no se mencionan específicamente a otras disciplinas y profesiones del ámbito de la salud mental. Se habla de psicólogos y no de psicólogos clínicos, en este sentido conviene mencionar que el plan es de 1998.

6. REDACTORES DEL PLAN Y MIEMBROS DE LA COMISIÓN INSTITUCIONAL

Plan Autonómico de Salud Mental

Por parte del SERBASA: una médico con funciones de coordinadora y tres médicos psiquiatras.

Por parte del INSALUD: dos médicos y tres psiquiatras

Por parte del Consell Insular de Mallorca: un psicólogo.

Por parte del Consell Insular de Menorca: un psicólogo.

Por parte del Consell Insular d'Eivissa - Formentera: un psiquiatra.

En total hay 10 médicos (siete de ellos psiquiatras) y dos psicólogos

Comisión Institucional de Salud Mental (Comité Técnico, junio de 2001):

Por la Conselleria de Sanitat i Consum – SERBASA: cuatro psiquiatras, uno de con funciones de presidente de la Comisión

Por la Conselleria de Benestar Social: dos vocales

Por el INSALUD: cuatro psiquiatras y dos psicólogos

Por el Consell Insular de Mallorca: un psicólogo.

Por el Consell Insular de Menorca: un psiquiatra.

Por el Consell Insular d'Eivissa i Formentera: un médico.

En total, 10 médicos (9 de ellos psiquiatras), 3 psicólogos y dos vocales de la Conselleria de Benestar

Subcomisión Asistencial: formada por 8 psiquiatras y un psicólogo.

1. Subcomisión Infanto-juvenil: formada por 5 psicólogos, 4 psiquiatras, un trabajador social, la directora general del menor y un miembro de la Conselleria de Benestar Social

2. Subcomisión de Rehabilitación: formada por 6 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 1 miembro de la Conselleria de Benestar Social, 1 miembro del Consell Insular de Mallorca y 1 miembro de una asociación de usuarios.

7. CONCLUSIONES

1. El Plan no tiene en cuenta otras aportaciones distintas a las de la Psiquiatría Comunitaria para definir el modelo comunitario en el que está basado. A nivel terminológico diferencia la salud mental de la psiquiatría y engloba bajo el término general de asistencia psiquiátrica o psiquiátrico a otras profesiones del ámbito de la salud mental pero diferentes de la Psiquiatría
2. Excepto en las Unidades de Hospitalización Breve, en que asigna las funciones de coordinación/dirección a los médicos psiquiatras, en los demás dispositivos asistenciales de la red el Plan no vincula tales funciones a una profesión concreta.
3. El Plan no tiene en cuenta la normativa derivada de la legislación vigente sobre los psicólogos clínicos, ya que en las dotaciones de personal se refiere al psicólogo y nunca al especialista en psicología clínica.
4. Para las USM, UHB y Hospitales de día para adultos el Plan de Salud Mental establece una previsión de dotación para psiquiatras superior a la de los psicólogos clínicos; para los hospitales de día infanto-juveniles la previsión de dotación es superior para los psicólogos clínicos y es igual para las Unidades Comunitarias de Rehabilitación, Unidades de Media Estancia y Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles.

5. Los recursos humanos de nivel facultativo existentes en la Comunidad en 2005 muestran una ratio por cada 100.000 habitantes de 5,7 psiquiatras y 5,1 psicólogos.
6. El PSM está casi en su totalidad redactado por médicos psiquiatras, dejando poca participación a otras profesiones.
7. La Comisión Institucional de Salud Mental, órgano supervisor del cumplimiento del Plan, aunque incluye otros perfiles profesionales igualmente está formada su mayoría por médicos psiquiatras.
8. El Plan cuenta con órganos de planificación y supervisión pero en su conjunto carece de financiación específica
9. El PSM anteriormente analizado será modificado en gran medida por un Plan Estratégico de Salud Mental que se está elaborando en la actualidad, a punto de ser aprobado. En la misma situación se encuentra un Plan socio-sanitario, que se prevé implicará en algunos aspectos a áreas tradicionalmente asignadas a la atención a la salud mental.

2. PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA Y LEÓN (1998-2007)

1. MARCO DE REFERENCIA

Se sitúa dentro del II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007 (se revisó en el 2002) con el fin de establecer medidas preventivas, prestaciones y servicios adecuados para las personas con enfermedad mental, considerando las enfermedades mentales como problema de salud de especial prioridad en esta Comunidad, estableciendo diferentes ámbitos de intervención:

Intervenciones relacionadas con el estilo de vida.

Intervenciones realizadas desde Atención Primaria.

Intervenciones realizadas desde Atención Especializada.

Intervenciones de apoyo al sistema sanitario en los aspectos de coordinación e información.

Se basa en el modelo, directrices y objetivos que se han ido marcando desde la OMS, con el fin de continuar desarrollando el modelo comunitario, creando los recursos necesarios para que el enfermo mental permanezca el mayor tiempo posible en su comunidad, potenciando tanto la integración social como laboral. También se establecen recursos y dispositivos dedicados al apoyo de las familias de estos enfermos.

La evaluación de la estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica se llevará a cabo de forma continuada, elaborándose un informe anual por parte de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria y una evaluación final a la conclusión del PSM. Dicha evaluación se realizará mediante el análisis de los indicadores (especificados en el plan) correspondientes a los distintos objetivos y actividades que cada línea estratégica comprende

2. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Dentro del plan se establecen una serie de objetivos generales:

1. Mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental, centrando las intervenciones preventivas en los ámbitos escolar, familiar y dispositivos sanitarios.
2. Establecer un modelo comunitario integrado y completar el mapa regional con los dispositivos necesarios para llevarlo a cabo
3. Mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos.
4. Potenciar la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad asistencial.

3. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PREVISTOS EN EL PSM

Está formado por 11 áreas de salud y 244 zonas básicas de salud.

Equipos de Atención Primaria.

Están directamente implicados en la atención psiquiátrica y salud mental asumiendo la detección inicial de los trastornos psiquiátricos y asistencia a los problemas psiquiátricos de la población general que no requieren una atención especializada. Colaboran en la elaboración y desarrollo de los programas de salud mental e intervienen de forma relevante en el traslado urgente de enfermos mentales en situación de crisis.

Recursos humanos en Atención Primaria

(2002, datos reales recogidos en el plan de salud)

Profesionales	Número de profesionales	Ratio (Nº de profesionales/ 100.000 habitantes)
Médicos de familia	2347	94.25
Pediatras	218	8.75
Otros facultativos	91	3.65
ATS/ DUE	2010	80.71
Auxiliares de enfermería	189	7.59
Otros sanitarios	315	12.65
Psicólogos	29	1.16
Trabajadores sociales	72	2.89
Otros no sanitarios	1340	53.81
Total	6611	265.47

Equipos de Salud Mental (ESM)

Está compuesto por 37 Equipos de Salud Mental.

Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPIJ)

Dispone de cinco equipos.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

Están integradas dentro de hospitales generales

Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP) y Programas de Hospitalización Parcial (PHP)

Existen cuatro hospitales de día y un Programa de Hospitalización Parcial.

Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)

Este dispositivo está situado en Burgos con un equipo formado por un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social.

Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica

Son servicios hospitalarios en los que el paciente con enfermedad mental grave y prolongada recibe tratamiento multidisciplinar con el fin de alcanzar el mayor grado de autonomía posible. Existen 7 centros.

Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP)

Existen 9 centros en la comunidad.

Hogares protegidos

Se distingue entre hogares supervisados y tutelados. Existen 45 hogares protegidos.

Unidad Residencial Psiquiátrica

Dispositivos residenciales establecidos en un entorno hospitalario, ofertan cuidados sociales y sanitarios a personas que tras múltiples intentos terapéuticos no se logra su inserción comunitaria. Existe una unidad residencial Psiquiátrica en León cuyo equipo está compuesto por un médico, un psicólogo, un trabajador social, 3 ATS/DUE y 19 auxiliares de clínica. Cuenta con 50 plazas.

Centros Especializados de Empleo

Existen cinco, todos ellos de iniciativa privada situados dos en Zamora, uno Soria, uno en León y uno en Valladolid.

Red de Asistencia a Drogodependencias

Se distingue entre tres niveles:

Primer nivel: Equipos de atención primaria, Centros de acción social y Programas desarrollados por Asociaciones de Ayuda y Autoayuda.

Segundo nivel: Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes, Equipos de salud mental de distrito, Unidades de psiquiatría de hospitales generales, Programas de rehabilitación en régimen intermedio, Hospitales generales y Programas de tratamiento autorizados con sustitutivos de opiáceos.

Tercer nivel: Unidades de desintoxicación hospitalaria y Comunidades terapéuticas acreditadas.

Otros recursos

En el plan de salud también se hace referencia a las Asociaciones de Enfermos Mentales y a la Fundación de Enfermos Mentales.

Número de profesionales en cada recurso asistencial

(2002, datos reales recogidos en el plan de salud)

PROFESIONAL	ESM	EPIJ	UHP	URP	CRP	HDP	RATIO
Psiquiatras	83	10	34.5	12	-	3.5	5.74
Psicólogos	50	4.5	4.5	5.5	11.5	2.5	3.15
ATS/DUE	39.5	3	84	48.5	2	4	7.27
Trabajadores sociales	14	-	5	6	3.5	1.5	1.20
Auxiliares de clínica	19	1	99	102	20.5	4	9.86
Terapeutas ocupacionales	-	-	1.5	4	3	1.5	0.40
Total	205.5	18.5	228.5	178	40.5	17	27.63

* Ratio: número de profesionales/ 100.000 habitantes.

* Los recursos humanos con dedicación parcial en distintos dispositivos puntúan en fracciones.

5. TERMINOLOGÍA

Fundamentalmente la terminología empleada alude a “asistencia psiquiátrica y salud mental”, aunque cuando se refiere a los servicios siempre añade “psiquiátricos”, al igual que con los dispositivos : Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Unidad Infanto-Juvenil Psiquiátrica... Hace referencia a los psicólogos, especificando psicólogos clínicos al aludir a los Equipos de Salud Mental. También señala como uno de los objetivos la necesidad de impulsar el sistema PIR.

6. REDACTORES DEL PLAN

No se especifica las personas encargadas de la redacción del plan, aunque sí se señala que la Gerencia Regional de Salud realizó un estricto seguimiento de la estructura y funcionamiento de los distintos dispositivos, así como el establecimiento de un plan de actuaciones estructurales que se incorporaron a los distintos planes directores de los hospitales generales y centros de salud. Para ello se mantuvieron numerosas visitas por parte de los responsables de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental a todas las áreas de salud y encuentros tanto con la red general de cada área como con los responsables de los diferentes dispositivos.

7. CONCLUSIONES

1. El plan de salud de la comunidad de Castilla y León especifica las estrategias a seguir durante el período comprendido entre el 1998 y el 2007 (revisión 2002) con el fin de crear de forma progresivamente los dispositivos necesarios para la instauración completa del modelo comunitario en salud mental.
2. Los servicios de salud mental en esta comunidad dependen de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, las Diputaciones Provinciales, consorcios entre Gerencia Regional de Salud y Diputaciones y fundaciones privadas (INTRAS).
3. Aparecen recogidos dentro del plan diversos indicadores que se irán evaluando de manera continua para observar cuáles son aquellos objetivos que se van alcanzando y cuáles están pendientes.
4. Se especifica la necesidad de aumentar el número de profesionales, adecuándolos a ratios eficientes, aunque no se dan datos concretos al respecto.
5. Establece el número de dispositivos necesarios, especificando los ya existentes y aquellos que es necesario crear para la instauración de un modelo comunitario que responda a las necesidades de la población con enfermedad mental.
6. Se establece la necesidad de psicólogos clínicos en los distintos dispositivos, aunque a la hora de indicar el número de profesionales con los que se cuenta únicamente habla de psicólogos sin especificar si poseen o no la especialidad.
7. El número de psiquiatras es significativamente mayor al de psicólogos en todos los dispositivos a excepción de los CRP (la mayor parte de ellos concertados o dependiendo de fundaciones privadas), estableciéndose una ratio total de 5.74 psiquiatras frente a 3.15 psicólogos por 100.000 habitantes.
8. El PSM utiliza el término psiquiátrico para nombrar a los dispositivos de la red asistencial y diferencia la asistencia psiquiátrica de la de salud mental.
9. Se considera la salud mental como una de las áreas prioritarias estableciendo también la financiación dedicada a conseguir los distintos objetivos.
10. Se plantea la necesidad de elaborar de un plan de calidad.

3. ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL. PLAN ESTRATÉGICO 2004-2008. SERVICIO VASCO DE SALUD.

1. MARCO DE REFERENCIA

Mediante este plan se pretende continuar el desarrollo de un modelo asistencial basado en el progresivo incremento de los recursos no hospitalarios y en la adecuación de los hospitales disponibles con el fin de que la persona con enfermedad mental permanezca el mayor tiempo posible en su medio. La Salud Mental se considera como área prioritaria en los planes de salud elaborados por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco para los períodos 1995-2001 y 2002-2010. Las prioridades que se plantean son la atención infanto-juvenil, los trastornos más graves y prevalentes en la población adulta, las toxicomanías y la prevención del suicidio.

Dentro del Plan de Salud Mental se incluye una evaluación de los planes anteriores especificando tanto los objetivos que se han cumplido como aquellos todavía pendientes. También se especifican objetivos en función de las áreas adscritas al plan: organización interna, política de recursos, calidad, docencia e investigación, marketing y comunicación externa, nuevos recursos necesarios, área de gestión y área asistencial.

2. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Dentro de este plan de salud también se establecen nuevos objetivos a alcanzar entre el 2004 y el 2008:

1. La reorganización de la Red de Salud Mental.
2. Estructurar y mejorar los dispositivos intra y extrahospitalarios de la red por áreas sanitarias, en una organización integral, flexible y coordinada, de forma que garanticen la accesibilidad y la continuidad de cuidados.
3. La satisfacción de los pacientes y usuarios.
4. Disponer de una oferta de servicios integral y flexible, luchar contra el estigma y la discriminación de los enfermos mentales, favorecer la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial articulando la participación de los usuarios en el desarrollo de los servicios (asociaciones más representativas, consentimiento informado sobre las diferentes alternativas terapéuticas...).
5. La satisfacción de los profesionales.
6. Procurar a los profesionales el acceso a las técnicas diagnósticas y terapéuticas más efectivas; contar con un personal cuyo número y perfil se adapte a las demandas y necesidades del servicio; liderar la formación continuada, el desarrollo

profesional, docente e investigador; procurar la mayor satisfacción de los profesionales fomentando su sentido de pertenencia a la red y favoreciendo su participación en la planificación y desarrollo de los servicios.

7. El desarrollo y potenciación del Modelo Comunitario.

8. Crear una asistencia psiquiátrica integrada, normalizada y accesible que asegure el cuidado de los enfermos, participando en programas de prevención y rehabilitación, con el fin de crear un modelo de atención psiquiátrica avanzada.

9. La mejora de la calidad.

10. Mejorar la calidad técnica y asistencial.

3. TERMINOLOGÍA

Fundamentalmente se emplea los términos “asistencia psiquiátrica”, “atención psiquiátrica”, “red psiquiátrica”, añadiendo en algunos casos “y salud mental”. No hace referencia en ningún momento a los Psicólogos Clínicos, hablando siempre de Psicólogos en general. Se caracteriza porque diferencia entre personal sanitario psiquiátrico y personal sanitario no psiquiátrico o no médico. En referencia al sistema PIR de formación de Psicólogos Clínicos menciona la escasez de plazas como una de las amenazas para la configuración del sistema asistencial de Osakidetza.

4. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Unidades extrahospitalarias

Centros de Salud Mental (CSM)
Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

Unidades de Hospitalización

Se distingue distintos tipos de unidades de hospitalización:

Unidades de corta estancia
Unidades de drogodependencias
Unidades de urgencias psiquiátricas
Unidades de media estancia
Unidades de larga estancia
Unidad infanto-juvenil
Unidad residencial
Unidad de psicosis refractarias

Programas intensivos

Entre los distintos programas estarían:

- Centros de drogodependencias.
- Centros educativos terapéuticos.
- Programas de alojamiento protegido.
- Hospitales de día.
- Programas de trastornos alimentarios.
- Programas de rehabilitación psicosocial.
- Comunidades terapéuticas de media estancia.

5. RECURSOS HUMANOS RECOGIDOS EN EL PSM

Profesionales	O S A K I D E T Z A				C O N C E R T A D O S		
	SSME*	HG**	HMP***	TOTAL	HMP***	SSME*	TOTAL
Psiquiatras	127	45	40	212	13	4	229
Psicólogos	65	12	4	81	14	11	106
Diplomados Enfermería	90	84	143	317	54	3	374
Monitores	35	0	20	55	36	-	91
Trabajadores Sociales	46	4	13	63	12	3	78
Terapeutas Ocupacionales	7	4	2	13	5	-	18
Auxiliares de Enfermería	20	93	390	503	265	-	768
Otros	75	3	196	274	91	2	367
Total	465	245	808	1518	490	23	2031

* Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria.

** Servicios de Psiquiatría en hospitales generales.

*** Hospitales monográficos de psiquiatría.

Tasas de profesionales por 100.000 habitantes
(2003, datos reales recogidos por el plan de salud mental)

Servicio	Psiquiatra	Psicólogo	DUE	Trabajador Social
Extrahospitalario Araba	6.29	3.84	6.98	3.14
Hospital General Araba	2.79	0.70	5.59	0.35
Extrahospitalario Bizcaia	6.24	3.12	3.38	2.23
Hospital General Bizcaia	3.30	0.85	6.06	0.27
Extrahospitalario Guipúzcoa	5.79	2.82	4.75	1.78
Hospital General Guipúzcoa	1.63	0.45	3.71	0.30
Total Extrahospitalario	6.10	3.12	4.32	2.21
Total Hospital General	2.16	0.55	4.03	0.19
Total Hospital monográfico	2.54	0.86	9.46	0.62
Total	10.80	4.53	17.81	3.03

6. REDACTORES DEL PLAN

El coordinador del plan es psiquiatra, al igual que los once miembros restantes que participan en la elaboración del plan de salud mental de esta comunidad.

7. CONCLUSIONES

1. El Plan de Salud Mental del País Vasco hace un análisis de los dispositivos y recursos humanos con los que cuenta actualmente, planteando objetivos a conseguir en el período entre el 2004-2008.
2. No se especifica el número de profesionales necesarios para continuar con la puesta en marcha del Modelo Comunitario, ni qué profesión concreta ejerce las labores de coordinación.
3. Se emplea el adjetivo psiquiátrico de manera que incluye al resto de profesiones del ámbito de la salud mental y se diferencia la salud mental de la psiquiatría.
4. Existe una gran diferencia en la proporción Psicólogo/ Psiquiatra dependiendo de si se trata de hospitales concertados (17 Psiquiatras frente a 25

Psicólogos) u hospitales de Osakidetza (217 Psiquiatras frente a 81 Psicólogos).

5. Las ratios de profesionales por cada 100.000 habitantes muestran grandes diferencias siendo la proporción de Psiquiatras el doble que la de Psicólogos en servicios extrahospitalarios y el triple en hospitales generales y hospitales monográficos.
6. Todos los participantes en la redacción del PSM son médicos, no existiendo ningún representante de otras profesiones del ámbito de la salud mental.
7. Se plantean objetivos relacionados con la organización interna, política de recursos humanos, calidad, docencia, investigación, comunicación externa, nuevos recursos necesarios, gestión... e indicadores para llevar a cabo su evaluación especificando también el año de su consecución y se plantea la necesidad de elaborar un plan de calidad.

4. PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCIA (2003-2007)

1. MARCO DE REFERENCIA

Desde la aprobación, por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, del III Plan Andaluz de Salud, los problemas de salud de mayor impacto en la población son abordados de manera específica mediante Planes Integrales, que permiten un mejor análisis de estos problemas y la puesta en marcha de las medidas adecuadas para mejorar la salud. Así, dentro de sus objetivos, el plan incluye la elaboración y desarrollo del Plan Andaluz de Salud Mental.

El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) propone acciones en materia de promoción de la Salud Mental, mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y establece, como factor clave de éxito, una atención sanitaria y social basada en la continuidad asistencial que posibilite la reinserción social de las personas con trastorno mental.

El PISMA ha sido concebido en concordancia con la línea estratégica del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que ha supuesto, entre otras novedades, la incorporación de la metodología de gestión por procesos asistenciales integrados como herramienta básica de gestión y garantía de continuidad asistencial para el ciudadano.

2. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Los objetivos de este Plan son:

1. Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la Salud Mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad andaluza.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como la de sus allegados.
3. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
4. Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el Enfoque Comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
5. Potenciar el conocimiento (formación e investigación) en los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

Para garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos definidos, este plan se plantea desarrollar las nueve líneas de acción estratégicas que se indican a continuación:

1. Comunicación e información al ciudadano, eje central del sistema Sanitario Público de Andalucía, sobre la Salud Mental.
2. Potenciación de la Atención Comunitaria y promoción de la Salud Mental orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental.
3. La gestión de la atención sanitaria en Salud Mental según los procesos asistenciales.
4. La atención sociosanitaria a las personas con trastorno mental.
5. Estructura organizativa: potenciación de la red de atención a la Salud Mental.
6. El papel de las asociaciones: de pacientes, familiares y grupos de ayuda.
7. Sistemas de información.
8. Investigación en Salud Mental.
9. Formación y desarrollo de profesionales.

3. TERMINOLOGÍA

La denominación del servicio es “Salud Mental”. Este plan no emplea el término de “atención psiquiátrica” o “asistencia psiquiátrica”, y en su lugar siempre utiliza “atención a la salud mental”.

Por otra parte, este plan habla de “Psicólogos Clínicos”, de “Psicología Clínica” o de “Facultativos especialistas en salud mental” (incluyendo a psiquiatras y psicólogos clínicos) y nunca de “Psicólogos” y “Psicología”.

4. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PREVISTOS EN EL PSM

La atención sanitaria a los problemas de Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados integrados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta red se estructura en Áreas de Salud Mental (ASM), consideradas demarcaciones territoriales, dotadas de los recursos asistenciales específicos suficientes para atender los problemas de Salud Mental de su población.

Las ASM disponen de los siguientes centros para la atención de pacientes con distinto nivel de complejidad (en algunas ASM faltan dispositivos):

- Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

- Unidades de Rehabilitación de Área (URA).
- Hospitales de Día (HD).
- Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG)
- Comunidades Terapéuticas (CT).

De forma paralela existe una red específica de recursos de apoyo social para personas con trastornos mentales graves, gestionada por la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

5. RECURSOS HUMANOS

En relación a los recursos humanos el PSM menciona que la evolución de la estructura de profesionales, desde 1984 hasta el 2002, refleja el cambio introducido en la atención sanitaria a la salud mental ya que se ha ampliado considerablemente la plantilla en todas las categorías excepto en las de auxiliares de enfermería y otros profesionales de oficios, tal y como refleja el siguiente cuadro. Cabe señalar que no se aportan datos sobre el crecimiento de psicólogos clínicos y psiquiatras sino que se alude al de ambos facultativos de manera conjunta.

	1984		2000		2001		2002	
Profesionales	Nº	Tasa por 100.000 habitantes	Nº	Tasa por 100.000 habitantes	Nº	Tasa por 100.000 habitantes	Nº	Tasa por 100.000 habitantes
Facultativos	264	3,96	473	6,52	529	7,14	570	7,77
Trabajadores sociales	41	0,61	101	1,39	105	1,42	109	1,49
Enfermeros	110	1,65	345	4,75	423	5,71	463	6,31
Auxiliares enfermería	1.218	18,27	652	8,98	672	9,08	683	9,32
Terapeutas ocupacionales	-	0	14	0,19	20	0,27	31	0,42
Otros	601	9,01	162	2,23	280	3,78	297	4,05
Total	2.234	33,5	1.747	24,07	2.029	27,4	2.153	29,36

Según los datos del observatorio de Salud Mental de la AEN: análisis de los recursos de Salud Mental en España, de diciembre de 2003, la tasa por cada 100.000 habitantes de psicólogos clínicos es de 2,59 y la de psiquiatras de 5,28.

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador Social	Aux. Clínica	Terapeuta ocupacional	Otros
USM Adultos	2,95	1,38	1,38	1,05	1,77	-----	1,08
USM Inf-juv	0.4	0.39	0.64	0.14	0.51	0.12	0.07
UHB adultos	1.13	0.19	2.6	0.07	4.21	0.013	0.08

Observatorio de Salud Mental de la AEN, de diciembre de 2003

6. REDACTORES DEL PLAN

En este plan aparecen los nombres de los autores, pero no se especifican sus profesiones.

7. CONCLUSIONES

1. El PISMA incorpora la metodología de gestión por procesos asistenciales integrados como herramienta básica de gestión y garantía de continuidad asistencial para el ciudadano, en concordancia con la línea estratégica del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. El servicio se denomina Salud Mental. El plan utiliza el término de “atención a la salud mental” y no de “atención psiquiátrica” o “asistencia psiquiátrica”.
3. El Plan se refiere siempre a la “Psicología Clínica” y a los “Psicólogos Clínicos”. Sin embargo, en los Procesos Asistenciales Integrados publicados hasta ahora por la Consejería de Salud, se habla siempre de “Psicólogos” y no de “Psicólogos Clínicos”.
4. Este Plan no establece ratios de profesionales en los dispositivos, aunque especifica que estos centros están atendidos por distintos tipos de profesionales: psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y, en algunos dispositivos, terapeutas ocupacionales o monitores. No obstante, el PISMA indica, dentro de sus líneas de acción, que se dotará de nuevos facultativos a los ESMD hasta conseguir que **la ratio por 100.000 habitantes sea de 6** (no especifica la ratio de psiquiatras y psicólogos clínicos por separado) y que se dotará de nuevos profesionales de enfermería especialista a los ESMD hasta que la ratio por 100.000 habitantes sea de 2. No establece ninguna ratio en relación a los demás dispositivos.
5. En cuanto a los recursos humanos reales, este Plan detalla la plantilla existente hasta el año 2002. En este año, **la tasa por 100.000 habitantes era 7,7 para facultativos** (no ofrece la tasa de psiquiatras y psicólogos clínicos por separado) 1,49 para trabajadores sociales; 6,31 para enfermeros; 9,32 para auxiliares de enfermería; 0,42 para terapeutas ocupacionales; y 4,05 para otros. No se especifica la plantilla según el tipo de dispositivo.

6. Según los datos del Observatorio de Salud Mental de la AEN de diciembre de 2003, **la tasa por cada 100.000 habitantes de psicólogos clínicos es de 2,59 y la de psiquiatras de 5,28**; lo cual da una tasa conjunta de 7,8 facultativos.
7. En este Plan no se especifican los tipos de profesionales que atienden los centros dependientes de FAISEM y si son sanitarios o no.
8. En Andalucía existe una red pública única de servicios de salud mental integrada en el Servicio Andaluz de Salud (SAS). En relación a los dispositivos asistenciales es importante señalar que los Centros de Atención a Drogodependencias no dependen del Servicio Andaluz de Salud, por lo que no se encuentran dentro de esta red de servicios de salud mental.
9. El PISMA, dentro de sus líneas de acción, dedica un subapartado a la formación de pregrado en las disciplinas que intervienen en los servicios de salud mental (Psiquiatría, Psicología Clínica, Diplomatura en Enfermería y Diplomatura de Trabajo Social). Dentro de este subapartado, se refiere a la Psicología Clínica apuntando que la licenciatura de Psicología presenta un número insuficiente de asignaturas troncales relacionadas con la psicología clínica. Atendiendo a esto, propone como líneas de acción aumentar el peso de las asignaturas relacionadas con la psicología clínica; conceder mayor homogeneidad a la representación de la psicología clínica en los planes de estudios; aumentar los contenidos prácticos relacionados con la psicología clínica; establecer mayor colaboración entre el área de conocimiento relacionado con la psicología clínica y los servicios públicos de salud mental (practicum, mayor dotación de plazas de profesor asociado); y la convergencia en las propuestas de modificación de planes de estudio con el Sistema Europeo de Convalidaciones de Créditos.
10. En un subapartado dedicado a la formación continuada de los profesionales de salud mental, se establecen áreas específicas de formación continuada por profesiones (Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería de Salud Mental y Trabajo Social en Salud Mental).
11. Por último, en un subapartado sobre la formación de especialistas en salud mental, el PISMA plantea, entre otros objetivos, introducir en los sistemas de selección de personal baremos que incorporen el mérito de la formación de especialistas por la vía PIR y EIR (se supone que se da por hecho que para la vía MIR esto ya está contemplado en la selección de personal).
12. En relación a la posibilidad de ocupar cargos de responsabilidad y coordinación en los distintos dispositivos o en un área de salud mental, aunque el PISMA no lo especifica, se entiende que puede ser cualquier facultativo especialista (incluyendo a psiquiatras y psicólogos clínicos).

5. PLAN DE SALUD MENTAL DE MURCIA (1999-2001)

1. MARCO DE REFERENCIA

El diseño del Plan de Salud Mental incluye como exigencia la necesidad de una evaluación de todos los objetivos y líneas de actuación. Para ello, durante el período del plan, se establece una comisión de seguimiento que garantizará la integración funcional y continuada asistencial en los dispositivos del Servicio Murciano de Salud y del Insalud. Todos los dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental establecerán con el Servicio Murciano de Salud un contrato de anual gestión que contemplará los servicios a prestar, los indicadores de calidad de estos servicios y el presupuesto del centro.

2. OBJETIVOS

Generales:

1. Disminuir el impacto de la cronicidad de los trastornos mentales.
2. Reducir la comorbilidad asociada a los trastornos mentales.
3. Disminuir la discapacidad asociada a los trastornos mentales.

Específicos:

1. Fomentar la promoción de la salud y hábitos que favorezcan la prevención primaria de los trastornos mentales y drogadicciones.
2. Mejorar la coordinación entre los diferentes agentes implicados en el abordaje de los problemas de Salud Mental: Servicios Asistenciales (Salud Mental y Atención Primaria), Servicios Sociales, Educación y Justicia, de forma que se garantice una utilización eficiente de los recursos disponibles.
3. Mejorar la detección precoz de patologías mentales, incluidas las drogodependencias, con especial atención a las drogas legales (alcohol y tabaco).
4. Unificar, adecuándolos a las necesidades, los recursos estructurales y humanos específicos para la atención a los problemas de Salud Mental en todas las áreas.
5. Implementar acciones y dotar recursos específicos en Rehabilitación , Psicogeriatría e Infanto-Juvenil.
6. Mejorar el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos para disponer de la información necesaria para la planificación y gestión y que garantice la continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos de la red de Salud Mental.

3. DOTACIÓN DE RECURSOS

Recursos humanos (SMS e INSALUD) en la atención ambulatoria a la Salud Mental en la Región de Murcia (1997) contenidos en el PSM

	Psiquiatras	M. Drogas	Psicólogos	Ats/Due	T. social
Área I Murcia	17 (1/25.000 hab)	7 (1/60.000 hab)	15 (1/28.000 hab)	13 (1/32.000 hab)	3 (1/140.000 H.)
Área II Cartagena	8 (1/32.000 hab)	2 (1/127.000 hab)	8 (1/32.000 hab)	6 (1/42.000 hab)	2 (1/127.000 H.)
Área III Lorca	4 (1/31.000 hab)	1 (1/125.000 hab)	5 (1/25.000 hab)	3 (1/41.000 hab)	1 (1/125.000 hab)
Área IV Noroeste	2 (1/32.000 hab)	-	1 (1/64.000 hab)	1 (1/64.000 hab)	-
Área V Altiplano	2 (1/25.000 hab)	-	1 (1/50.000 hab)	1 (1/50.000 hab)	-
Área VI V. Segura	3 (1/50.000 hab)	1 (1/150.000 hab)	3 (1/50.000 hab)	3 (1/50.000 hab)	-
Total Murcia	36 (1/30.000 hab)	12 (1/90.000 hab)	33 (1/32.000 hab)	27 (1/40.000 hab)	6 (1/177.000 H.)

Recursos humanos hospitalarios (SMS e INSALUD) (1997)

	U.P.Hs	UME + C.DIA (H.P)	TOTAL RECURSOS
Psiquiatras	17	2	19
M.I.R.	17		17
Psicólogos	6	2	8
ATS/DUE	41	6	47
Trabajadores sociales	3	1	4
Trabajadores ocupacionales	2	6	8

Profesionales por cada 100.000 habitantes. Murcia

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador Social	Aux. Clínica	Terapeuta ocupacional	Otros
USM Adultos	2.81	1.89	1	0.42	0	0	----
USM Inf-juv	0.80	0.59	0.25	0.08	---	----	---
UHB adultos	1.85	0.67	3.61	0.25	---	0.08	---

Observatorio de Salud Mental de la AEN, de diciembre de 2003

Según los datos del observatorio de Salud Mental de la AEN: “Análisis de los recursos de Salud Mental en España”, de diciembre de 2003, **la tasa por cada 100.000 habitantes de psicólogos clínicos es de 3,82 y la de psiquiatras de 6,21.**

4. TERMINOLOGÍA

A lo largo del texto se puede apreciar el uso de los términos “asistencia psiquiátrica” y “atención a la salud mental” de forma indistinta, siendo más frecuente la etiqueta psiquiátrica. De igual manera, aparece con frecuencia el término “tratamiento psiquiátrico” aplicado por un médico o un especialista, sin mencionar en ningún caso al psicólogo clínico, tan sólo una mención al “profesional específico en salud mental”.

5. REDACTORES

En cuanto a la elaboración del Plan de Salud Mental, hay dos redactores principales, ambos psiquiatras, uno de los cuales figura como Jefe del Departamento de Salud Mental del SMS. Además, constan once colaboradores.

6. CONCLUSIONES

1. A pesar de plantearse como un plan basado en el Modelo Comunitario con una perspectiva biopsicosocial y un abordaje multidisciplinar, se equipara a nivel terminológico la Salud Mental a la Psiquiatría.
2. Presenta unos objetivos generales y concretos dentro de lo comunitario, sin concretar la dotación de recursos necesarios para alcanzarlos. Muestra los recursos humanos en el año 1997 en los que se observa cierta desigualdad entre el número de psiquiatras y psicólogos (sin especificar si estos últimos son clínicos). Algo similar ocurre con los trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, siendo ambos muy escasos.
3. Los datos ofrecidos por la AEN en el año 2003 permiten ver que las USM, las USMIJ y las UHB la tasa de psiquiatras por habitante es mayor que la de psicólogos. Si atendemos a las ratio globales que engloban los datos de todos

los dispositivos de salud mental, éstas también reflejan un mayor número de psiquiatras que de psicólogos por cada 100000 habitantes.

4. No se especifica en el PSM sobre qué profesión deben recaer las tareas de jefatura/ coordinación de los equipos de trabajo y/o dispositivos.

6. PLAN DE SALUD MENTAL DE ARAGON (2002-2010)

1. MARCO DE REFERENCIA Y LINEAS DE INTERVENCION

El plan propone un modelo integrado sociosanitario, que integre recursos en una estructura unificada de gestión y una coordinación eficaz entre dispositivos. Una red de asistencial que atienda las "patologías no graves" y la patología específica de enfermos con trastorno mental grave, para ello desarrolla las siguientes líneas estratégicas:

1. Potenciar la atención comunitaria y la promoción de la salud Mental.
2. Crear una red de dispositivos sociosanitarios en salud mental.
3. Reorganización de la atención psiquiátrica hospitalaria:
4. Remodelar los antiguos hospitales psiquiátricos y dar lugar a una asistencia rehabilitadora de salud mental
 - a. Crear unidades de trastorno mental grave y refractario.
 - b. Promover la "Psiquiatría de enlace".
 - c. Integración social del enfermo mental
5. Atención prioritaria a colectivos de riesgo:
6. Sistema de Información en Salud Mental.
7. Política de calidad.
8. Compromiso institucional con los profesionales:
 - a. Recuperar la importancia del trabajo multi e interdisciplinar.
 - b. La orientación comunitaria de la asistencia ha de evitar la disociación entre atención psiquiátrica (el plan denomina así a los ingresos hospitalarios) y atención en salud mental, y proponen la rotación de los profesionales del área por diferentes dispositivos de la red con el objetivo de compartir estrategias y objetivos.

2. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PREVISTOS EN EL PSM

Los dispositivos que componen la red de salud mental se organizan en 3 niveles:

2.1. Dispositivo de sector:

Centro de Salud mental

2.2. Dispositivos de Área de salud y/o provinciales:

USMIJ
 UHB
 HD
 UME
 CRPSL
 Miniresidencia
 Viviendas tuteladas y protegidas
 URR de larga estancia
 Unidad de gerontopsiquiatría
 Dispositivos de Inserción laboral

2.3. Dispositivos regionales:

Unidad de Hospitalización Breve infanto juvenil
 Unidades especiales o monográficas (Trastornos de personalidad,
 Unidades de Trastorno de alimentación y unidad de trastorno grave refractario)

Los *recursos profesionales* en cada dispositivo serán los siguientes:

USM	USMIJ	UHB adultos	UHB infantil
3 psiquiatra 2 psicólogos clínicos 2 enfermeros 1 trabajador social 1 auxiliar administrativo	2 psiquiatras 2 psicólogos clínicos 1 enfermeros 1 trabajador social 1 auxiliar administrativo	1 psiquiatra / 7camas 1 psicólogo clínico 1 enfermeros/10 camas 1 aux.clínica / 5 camas 1 administrativo	1 psiquiatra 1psicólogo clínico 1 enfermero 1 auxiliar clínica

UME	HOSPITAL DE DÍA	PSIQUIATRÍA DE ENLACE	URR (residencial)	CRPSL (rehabilitador)
2 psiquiatras (1 como coordinador) 1 psicólogo clínico 2 enfermeros 1 trabajador social (tmp parc) 1 terapeuta ocupacional 2 aux.clínica 1 aux.administ	1 psiquiatra 1 psic.clínico 1 enfermero 1 trabajador social (tmp.parc) 2 aux. clínica 1 aux. admin	2 psiquiatras por hospital 2 enfermeros	1 psiquiatra 1 psicólogo clínico 5 enfermeros 1 trabajador social 1 terapeuta ocupacional 8 aux. clínica 1 administrativo	1 psiquiatra (coordinador) 1 psicólogo clínico 1 enfermero 1 trabajador social 1 terapeuta ocupacional 2 monitores 1 aux.admin

3.PLANIFICACION, SUPERVISION Y FINANCIACION

El PSM establece el desarrollo de un plan de calidad que permitirá calificar cada servicio en función de unas normas científicas y técnicas y establecer la efectividad de los programas asistenciales, y la implantación de una cartera de servicios. Incluye un plan de financiación de los servicios y dispositivos programados. La evaluación del cumplimiento del plan estará supervisada por el Comité Asesor en Salud Mental.

4.REDACTORES

Los tres directores del plan son médicos y en el momento de dirigir el plan lo hicieron en calidad de Consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales; Director General de Planificación y Aseguramiento; y Gerente del Servicio Aragonés de Salud.

El plan describe una serie de programas prioritarios formados por grupos de expertos con el objetivo orientar y asesorar la redacción del presente plan en sus aspectos específicos:

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	UNIDAD SALUD MENTAL	PROGRAMA INFANTO JUVENIL	UNIDAD TRASTORNOS PERSONALID	UNIDAD TRASTORNOS GRAVES REFRACTARIOS
Coordinador psiquiatra	Coordinador psiquiatra	Coordinador psicólogo clínico		
4 Psicólogos clínicos 4 Psiquiatras 2 Terapeutas ocupacionales 4 Enfermeros 2 Trabajadores sociales	3 Psicólogos clínicos 6 Psiquiatras 2 Terapeutas ocupacionales 2 Enfermeros 1 Médico atención primaria	3 Psicólogos clínicos 4 Psiquiatras 1 Enfermero 1 pediatra 1psicopedagogo	1 Psicólogo clínico 1 Psiquiatra 2 Enfermeros 1 Trabajador social 2 Aux. clínica	1 Psicólogo clínico 1 Psiquiatra 2 Enfermeros 1 Terapeuta ocupacional 4 Aux. clínica

5.. TERMINOLOGIA

A lo largo del plan la denominación que se utiliza es "atención en salud mental", y al hablar de las patologías se utiliza la terminología de trastornos mentales, se reserva la utilización de pacientes psiquiátricos y atención psiquiátrica para hablar de los enfermos hospitalizados en la UHB y de su tratamiento. Utiliza la denominación de psicólogo clínico.

6.CONCLUSIONES

1. Se trata de un Plan de Salud Mental enmarcado en un Modelo Comunitario y descentralizado de atención.
2. En la mayoría de los dispositivos de atención el plan no especifica quién se ocupa de la coordinación, y cuando especifica esta función, la atribuye al médico psiquiatra, como en la UME Y CRPSL.
3. Utiliza la denominación de psicólogos clínicos, atendiendo a la legislación vigente.
4. En los Centros de Salud Mental y en las Unidades de Media Estancia y UHB el plan prevé que haya una mayor dotación de psiquiatras que de psicólogos clínicos. En el resto de dispositivos la previsión de ambos profesionales es similar. Enfatiza que en el momento en que se realiza el plan no hay dotación de psicólogo clínico en las UHB, y prevé la dotación de un psicólogo clínico por Unidad de Hospitalización Breve.
5. Es de reseñar que el plan no prevé la dotación de psicólogos clínicos en los programas de "psiquiatría de enlace".
6. El PSM describe pormenorizadamente la dotación de recursos profesionales reales, y los necesarios en cada dispositivo para cumplimentar los objetivos del plan.
7. Utiliza la denominación de Salud Mental en la mayoría de ocasiones, y en general, reserva el término de atención psiquiátrica para la atención hospitalaria en las UHB.
8. Incluye un plan de calidad y un plan de financiación de los servicios y dispositivos programados.
9. Establece un comité asesor que se encargará de la supervisión y cumplimiento del plan.

7. PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA (2000-2004)

1. MARCO DE REFERENCIA

Reafirma el modelo comunitario dirigido a atender a las personas con trastornos mentales en su ámbito natural con el fin último de facilitar su reinserción plena en la sociedad con una vida autónoma. Se propone una atención integral con un abordaje bio-psico-social, no reduccionista. El PSM pretende potenciar las USM como dispositivo asistencial central y avanzar en el desarrollo de dispositivos intermedios dirigidos a lograr la integración social y laboral de las personas con trastorno mental en su propio entorno.

El Plan cuenta con órganos de planificación de la salud mental y supervisión de sus objetivos y líneas de actuación, un cronograma de actuaciones y financiación específica. Se nombra una Comisión Consultiva del PSM y un Órgano de dirección que tiene como funciones las de supervisar, impulsar, coordinar y evaluar las actuaciones del PSM y las actividades, recursos y dispositivos públicos de salud mental. Los miembros de dicha dirección son los responsables del PSM de cada área de salud y el propio director del PSM dependiente de la Consejería de Sanidad. Hay que señalar que de los 7 responsables de área de salud para el PSM, seis son psiquiatras y uno psicólogo clínico

2. OBJETIVO GENERAL

Entre los objetivos generales del PSM está la consolidación de la atención integral a la salud mental. Especifica cual debe ser la dotación mínima de la red regional de recursos de dispositivos a la salud mental, en cada área de salud, provincia y región. En este sentido se definen cuales deben ser los programas asistenciales básicos (cartera de servicios) ofertados por la Red de dispositivos de salud mental.

Tabla 1. Programas asistenciales básicos

1. Salud mental general infanto-juvenil
2. Trastorno mental severo infanto-juvenil
3. Salud mental general del adulto
4. Psicogeriatría
5. Urgencias psiquiátricas Psiquiatría de enlace
6. Trastornos de la conducta alimentaria
7. Trastorno mental severo del adulto
8. Rehabilitación psicosocial
9. Psicoeducación
10. Alcoholismo
11. Otras dependencias

Se indica que cada programa asistencial debe incluir sus objetivos, recursos, actividades, indicadores para la evaluación de resultados, acciones a desarrollar y el profesional responsable de la gestión de caso durante todo el proceso terapéutico

sin que en este último caso se especifique quien debe ser. Cada dispositivo asistencial, es el que en última instancia debe definir lo anterior.

El PSM 2000-2004 ha permitido crear las condiciones necesarias para que exista una red de servicios a la salud mental en toda la región y superar así las deficiencias de la Región en los recursos disponibles en salud mental. Es de destacar el importante aumento de los dispositivos residenciales y de rehabilitación psicosocial y su apuesta por favorecer la integración de las personas con trastorno mental en su entorno. El PSM propone otros objetivos y líneas de acción encaminadas al desarrollo de la prevención de trastornos mentales; a garantizar los instrumentos para la mejora continua de la calidad asistencial y los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental y el fomento de la formación e investigación de los profesionales.

3. RECURSOS HUMANOS EN LOS DISPOSITIVOS DE LA RED DE SALUD MENTAL SEGÚN EL PLAN DE SALUD MENTAL 2000-2004

EL PSM define las características estructurales, funcionales y de dotación de recursos humanos de los centros y servicios de asistencia a la salud mental. El PSM al tratar sobre las características funcionales de los dispositivos asistenciales siguientes, refiere que la normativa sobre autorización sanitaria, además de definir las características específicas y estructurales, debe detallar entre otras cosas las funciones y responsabilidades de los distintos profesionales de la salud mental, explicitando las tareas específicas y compartidas de cada uno de ellos. Dicha normativa cuenta en la actualidad con un desarrollo diferente según los dispositivos y provincias de que se trate, en algunos casos las funciones y responsabilidades inherentes a los puestos de trabajo está recogida por escrito en cada servicio y dispositivo y en otras está normativizándose.

1/ Infanto-juvenil

Unidad de Salud Mental-Infanto Juvenil

Las características y funciones de su personal son las definidas en la orden de 15 de octubre de 1985 de la consejería de sanidad y sus modificaciones posteriores. Otorga la función de responsable de la Unidad al Psiquiatra.

Hospital de Día Infanto-Juvenil

Su personal es compartido con el de la Unidad Infanto-Juvenil

Tratamiento psiquiátrico hospitalario infanto-juvenil

Para los casos en que se necesite hospitalización, los ingresos se efectuarán en las Unidades de Pediatría con el apoyo de la Unidad de Psiquiatría correspondiente

2/ El adulto y el anciano

Unidad de Salud Mental

Establece los siguientes ratios de profesionales por habitante

Un psiquiatra/12.500 habitantes
Un psicólogo clínico/17.000 habitantes
Un enfermero especialista en psiquiatría/25.000
Un trabajador social por USM
Un terapeuta ocupacional/50.000 habitantes
Un administrativo
Un auxiliar de enfermería/50.000 habitantes

Unidad de Hospitalización Breve

Establece la siguiente dotación:

Un psiquiatra/ 7 camas
Un psicólogo clínico por Unidad
Un enfermero/ 10 camas
Dos auxiliares de enfermería/10 camas
Un trabajador social por Unidad
Un auxiliar administrativo

Se delimita la creación de las siguientes unidades y equipos funcionales que deberán estar coordinados con la UHB

Unidad funcional de psiquiatría de enlace

Un psiquiatra/ 500 camas
Un psicólogo/500 camas

Unidad funcional de psiquiatría geriátrica; no especifica personal

Unidad funcional de TCA; no especifica personal

Equipo de Atención a drogodependientes

Atenderán a todo tipo de consumidores incluidos tabaco y alcohol. Al menos debe contar con un médico con entrenamiento específico o un psiquiatra, un psicólogo clínico, un enfermero y un trabajador social.

Hospital de Día

Establece contar con un psiquiatra, un psicólogo clínico, un terapeuta ocupacional, un trabajador social compartido con otros dispositivos, dos auxiliares de clínica y un auxiliar administrativo

3/ Rehabilitación

Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

Debe contar con el siguiente personal

- Dos psicólogos clínicos
- Un trabajador social
- Un terapeuta ocupacional
- Tres educadores/monitores
- Un administrativo

Unidad de Media Estancia

Debe contar con el siguiente personal para cada módulo de 20-30 camas

- Dos psiquiatras
- Dos psicólogos clínicos
- Un trabajador social
- Dos terapeutas ocupacionales
- Suficiente personal de enfermería y auxiliar
- Personal de oficio y mantenimiento

4/ Alternativas residenciales

Entre las alternativas residenciales a la institucionalización tradicional se incluyen minirresidencias, viviendas tuteladas, pensiones concertadas, residencias psicogeriatricas, alojamientos en otras familias y prestaciones de ayuda a domicilio. No se detalla el personal requerido, no obstante se menciona explícitamente que “la atención psiquiátrica para los usuarios de estos dispositivos tendrá lugar en la red general de asistencia general”.

5/ Recursos de integración laboral

Se reconoce como fundamental la integración laboral para facilitar la autonomía, independencia e integración social y se menciona que se deben crear centros especiales de empleo, empresas de reinserción, diversos programas especiales y ayudas al empleo normalizado. No se detalla qué personal debe integrar las plantillas de tales centros.

De forma general se puede decir que, en los dispositivos de atención infanto-juvenil las funciones de coordinación recaen en médicos psiquiatras. En los dispositivos de adultos, Unidades de Salud Mental, Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de Día, Unidades de Media Estancia y Unidades de psiquiatría de enlace, psicogeriatría o de TCA, igualmente están dirigidos por médicos psiquiatras. Los equipos de atención al drogodependiente están dirigidos por médicos o médicos psiquiatras. Los CRPSL son coordinados por Psicólogos.

Se observa que los recursos y dispositivos ubicados en ámbitos estrictamente sanitarios y dependientes del SESCAM son dirigidos por médicos; en tanto que los de carácter socio-sanitario o no prototípicamente sanitarios y dependientes del FISLEM lo son por psicólogos sin categoría de facultativo especialista. Si bien el plan de Salud Mental establece que deben ser psicólogos clínicos los que formen parte

de las plantillas de los recursos de rehabilitación, en el caso de los CRPSL no se cumple dicho requisito, a diferencia de lo que sucede en los dispositivos dependientes del SESCAM.

4. RECURSOS HUMANOS REALES EN 2004

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004. (I)

ALBACETE	IT	USM	UHB	UCA	CR SPL	URR	VV SS	Total
Psiquiatras	2	18	3	--	--	1		24
Psicólogos	3	9	1	3	7	--		23
T. Sociales	1	3	1	2,5	4	1		12,5
DUE/ATS	3	5	10	2,5	--	7		27,5
T. Ocupacional	1	--	--	--	5	--		6
Aux. Clínica	1	--	26	--	--	51		78
Monitor/ Educador	--	--	--	--	17	--	12	29
A. Administrativo	1	1	1	1,5	5	1		10,5
Médicos	--	--	--	3	--	--		3

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (II)

CIUDAD REAL	IT	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVTT	Total
Psiquiatras	2	7	4	--	1	--	3	1	--	18
Psicólogos	2	6	1	1,5	1	1	2	1	--	15,5
T. Sociales	--	1	1	1,5	--	1	2	2	--	8,5
DUE/ATS	2	4	10	1,5	1	--	6	5	--	29,5
T. Ocupacional	--	--	1	--	--	1	--	--	--	2
Aux. Clínica	--	--	18	--	2	--	21	33	--	74
Monitor/ Educador	--	--	--	--	--	2	--	--	2	4
A. Administrativo	1	2	1	1,5	--	1	1	1	--	8,5
Médicos	--	--	--	2	--	--	--	--	--	2

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (III)

CUENCA	IJ	USM	UHB	UCA	CRSPL	URR	VVTT	Total
Psiquiatras	1	9	2	--	--	1	--	13
Psicólogos	2	4	1	1	3	2	--	13
T. Sociales	--	2	--	1	2	1	--	6
DUE/ATS	2	5	11	2	--	9	--	29
T. Ocupacional	--	--	--	--	2	1	--	3
Aux. Clínica	--	--	7	--	--	36	--	43
Monitor/Educador	--	--	--	--	5	--	14	19
A. administrativos	1	1	1	1	2	3	--	9
Médicos	--	--	--	1	--	--	--	1

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (IV)

GUADALAJARA	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	VVTT	Total
Psiquiatras	2	6	3	--	1	--	2	2	--	16
Psicólogos	1	5	1	1	0,5	1	1	1	--	11,5
T. Sociales	1	1	--	1	1	1	1	2	--	8
DUE/ATS	1	3	6	1	1	--	3	7	--	22
T. Ocupacional	--	--	--	--	1	1	2	2	--	6
Aux. Clínica	--	2	6	--	1	--	7	40	--	56
Monitor/Educador	--	--	--	--	--	3	--	--	4	7
A. administrativos	1	1	1	1	1	1	1	1	--	8
Médicos	--	--	--	1	--	--	--	--	--	1

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (V)

TOLEDO	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	VVTT	Total
Psiquiatras	2	16	4	1	1	--	2	--	26
Psicólogos	3	8	--	2	1	4	1	--	19
T. Sociales	1	2	1	1	--	4	1	--	10
DUE/ATS	2	7	11	2	1	--	9	--	32
T. Ocupacional	--	--	--	--	1	4	2	--	7
Aux. Clínica	--	3	34	3	2	--	13	--	55
Monitor/Educador	--	--	--	--	--	5	--	4	9
A. administrativos	1	2	1	--	1	4	1	--	10
Médicos	--	--	--	1	--	--	--	--	1

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (VI)

LA MANCHA - CENTRO	IJ	USM	UCA	CRSPL	VVTT	Total
Psiquiatras	2	7	--	--	--	9
Psicólogos	3	5	3	3	--	14
T. Sociales	1	1	3	2	--	9
DUE/ATS	2	4	2	--	--	14
T. Ocupacional	--	--	--	2	--	2
Aux. Clínica	2	--	--	--	--	2
Monitor/Educador	--	--	10	6	6	22
A. administrativos	1	1	2	2	--	6
Médicos	--	--	1	--	--	1

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (VII)

TALAVERA DE LA REINA	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL		VVTT	Total
Psiquiatras	1	6	3	--	1	--		--	11
Psicólogos	2	3	0,5	1	0,5	1		--	8
T. Sociales	--	1	1	--	1	1		--	4
DUE/ATS	1	3	8	1	1	--		--	14
T. Ocupacional	--	--	1	--	1	2		--	4
Aux. Clínica	--	2	21	--	--	--		--	23
Monitor/Educador	--	--	--	--	--	3		7	10
A. administrativos	1	2	1	1	1	1		--	7
Médicos	--	--	--	1	--	--		--	1

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (VIII)

PUERTOLLANO	USM	UCA	CRSPL				Total
Psiquiatras	2	1	--				3
Psicólogos	2	1	1				4
T. Sociales	--	1	1				2
DUE/ATS	2	1	--				3
T. Ocupacional	--	--	1				1
Aux. Clínica	--	--	--				--
Monitor/Educador	--	--	1				1
A. administrativos	1	1	1				3
Médicos	--	--	--				--

Consejería de Sanidad. S. de Planificación.

PSM 2005-2010

Recursos Humanos por Dispositivos y Áreas de Salud 2004 (IX)

CLM	IJ	USM	UHB	UCA	HD	CRSPL	UME	URR	WTT	Total
Psiquiatras	12	71	19	1	4	—	7	5	—	120
Psicólogos	16	42	45	135	3	21	4	4	—	108
T. Sociales	4	11	4	12	2	16	4	6	—	59
DUE/ATS	13	33	56	13	4	—	18	28	—	165
T. Ocupacional	1	—	2	—	3	18	4	3	—	31
Aux. Clínica	3	7	112	3	5	—	41	160	—	331
Monitor/Educador	—	—	—	10	—	42	—	—	49	101
A. administrativos	7	11	6	9	3	17	3	6	—	62
Médicos	—	—	—	10	—	—	—	—	—	10

Consejería de Sanidad S. de Planificación

PSM 2005-2010

5. TERMINOLOGÍA

En consonancia con el modelo comunitario la terminología empleada en el PSM alude a los Servicios de Salud Mental y la atención a la salud mental, si bien se menciona como un objetivo específico del propio plan la integración de la asistencia psiquiátrica (no de la salud mental) en el sistema Público de Salud y en ocasiones se alude a la atención psiquiátrica de las personas con trastorno mental. En este sentido es de destacar que en toda la región, la denominación utilizada por el SESCOAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) en todas las áreas de salud de la Comunidad es la de Servicio de Psiquiatría, los cuales agrupan diversos dispositivos asistenciales.

7. INTEGRANTES DE LOS GRUPOS EXPERTOS REDACTORES DEL PSM

GRUPOS	Coordinad	Psiquiatr	Médico	Psicólog Clínico	DUE	Trabaj Social	Miembro FEAFES	Técnicos Consejerías
Infanto-Juvenil	Psiquiatra	3	1	2	1	1	0	0
Adulto	Psiquiatra	5	1	3	0	1	1	1
Anciano	Psiquiatra	2	2	0	1	0	0	2
Enfermos crónicos	Psiquiatra	2	0	4	1	5	0	1
Psiquiatría de enlace	Psiquiatra	4	0	0	1	0	0	0
Alcoholismo drogodependenci as	Psiquiatra	2	1	0	2	1	0	1
Atención usuario	Psiquiatra	1	0	1	2	1	1	1
TOTAL	7	19	5	10	8	9	2	6

En los siete grupos el coordinador es siempre un psiquiatra. En todos los grupos de trabajo falta alguna profesión implicada en la Salud Mental; excepción hecha de la Psiquiatría que forma parte de todos los grupos de trabajo. En tres grupos de trabajo, no hay ningún psicólogo clínico (psiquiatría de enlace; ancianos y alcoholismo y drogodependencias); en uno falta un DUE (Adulto); en dos faltan trabajadores sociales (Psiquiatría de enlace y anciano) y en los siete faltan terapeutas ocupacionales. En relación al número de expertos, los psicólogos clínicos, DUE y trabajadores sociales tienen un número similar (10,8 y 9); los psiquiatras casi triplican el número de los anteriores (26: 19+7); hay 5 médicos no psiquiatras 6 técnicos de las Consejerías y 2 representantes de FEAFES.

7. CONCLUSIONES

1. El Plan dispone de los órganos de planificación, gestión, supervisión y financiación adecuados para llevar a término los objetivos propuestos.
2. En los dispositivos de atención infanto-juvenil, Unidades de Salud Mental, Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de Día, Unidades de Media Estancia y Unidades de psiquiatría de enlace, psicogeriatría o de TCA, las funciones de coordinación recaen en médicos psiquiatras. Los equipos de atención al drogodependiente están dirigidos por médicos o médicos psiquiatras. Los CRPSL, en los que no hay dotación de psiquiatras, son coordinados por Psicólogos.

3. Los recursos y dispositivos ubicados en ámbitos estrictamente sanitarios y dependientes del SESCOAM son dirigidos por médicos; en tanto que los de carácter socio-sanitario o no prototípicamente sanitarios y dependientes del FISLEM lo son por psicólogos sin categoría de facultativo especialista.
4. Aunque el plan de Salud Mental establece que deben ser psicólogos clínicos los que formen parte de las plantillas de los recursos de rehabilitación, en el caso de los CRPSL no se cumple dicho requisito, a diferencia de lo que sucede en los dispositivos dependientes del SESCOAM.
5. La dotación de facultativos en 2004 en los dispositivos de la red es de 120 para psiquiatras y 108 para psicólogos. Las diferencias más acusadas entre ambos profesionales están en las USM de adultos en las que el Plan establece una ratio para cada 100.000 habitantes de 8 psiquiatras y 5,8 psicólogos clínicos; en las Unidades de hospitalización breve, 19 psiquiatras por 4,5 psicólogos clínicos; y los CRPSL en que no hay dotación de psiquiatras.
6. Los responsables del área de salud mental para el Plan de Salud Mental, integrados en la dirección del Plan, son casi en su totalidad psiquiatras.
7. Para la redacción del PSM se ha contado con las asociaciones de familiares de personas con trastorno mental y con un gran número de profesionales, lo cual ha permitido una composición multidisciplinar y plural de los grupos de expertos. No obstante hay que resaltar el gran número de médicos psiquiatras en relación al resto de profesiones.

8. PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, EDITADO EN 2001

1. MARCO DE REFERENCIA

El Plan pretende conservar la filosofía emanada del Informe sobre la Reforma psiquiátrica de 1985 y de la Ley General de Sanidad. Establece un modelo con los siguientes principios generales:

- Carácter público y accesible a los ciudadanos
- Eficaz, eficiente y orientado hacia el paciente
- Integrado en los Servicios Sanitarios Generales en el marco de la asistencia especializada y coordinado con atención primaria y la red de servicios sociales
- Con inclusión de actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Abordaje multidisciplinario y continuidad de cuidados
- Programado y evaluable

El Plan carece de órganos de planificación y supervisión del cumplimiento de objetivos y líneas de actuación del mismo, de financiación específica y de un cronograma de actuaciones concretas. El Plan no establece un período de vigencia concreto.

2. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general es organizar y posteriormente evaluar la asistencia psiquiátrica y de salud mental de la población de la Comunidad Valenciana. Se pretende implantar definitivamente un modelo integrado sociosanitario con el fin de proveer estructuras organizativas, humanas y materiales necesarias para garantizar el mantenimiento del enfermo en su comunidad de origen. Así, se definen criterios generales de actuación, organización y de funcionamiento y la plantilla profesional básica de cada uno de los recursos asistenciales en salud mental.

3. RECURSOS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL SEGÚN EL PSM

Se hace una estimación de necesidades y previsiones en recursos humanos. Siguiendo las recomendaciones de sociedades científicas se señala la proporción entre profesionales por cada 100.000 habitantes:

- Psiquiatras: 7 en adultos y 2 en infante juvenil
- Psicólogos: 6 en adultos y 1 en infante juvenil
- Enfermeros: 6,5 en adultos y 0,5 en infante juvenil
- Trabajadores sociales: 2,5 en adultos y 0,5 en infante juvenil

1/ Unidades de Salud Mental

Otorga a las Unidades de Salud Mental el papel de eje asistencial básico conformados como equipos multidisciplinarios y con funciones de promoción de la

salud, asistencia ambulatoria y domiciliaria, formación, investigación y docencia. En relación a las funciones de los distintos profesionales de los equipos de las Unidades de Salud Mental del área, otorga las de valoración inicial de los pacientes derivados de atención primaria y las de derivación a otros dispositivos a los psiquiatras. Es de destacar que el PSM explicita que en el momento en que los psicólogos sean reconocidos como personal sanitario podrán ejercer también esas mismas funciones. Otorga responsabilidad plena al psicólogo sobre los tratamientos psicológicos que prestan. Una de las funciones del psiquiatra es la de indicar las pautas de tratamiento, aunque no se especifica si es sobre el tratamiento global del paciente o sólo del farmacológico.

En las recomendaciones para la coordinación con atención primaria, explícita que debe participar todo el equipo y otorga un papel a las Sociedades Científicas de atención primaria, psicología, psiquiatría, y salud mental en la elaboración de guías clínicas que favorezcan e incrementen el papel de la atención primaria en la asistencia a los enfermos mentales. Estas guías se desarrollarían en colaboración con los Servicios Centrales de la Consejería.

2/ Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

En la dotación de personal debe haber psiquiatras, un psicólogo, DUE con formación específica, auxiliares de enfermería y coordinación con los trabajadores sociales del hospital General. Se explicita que el responsable/coordinador debe ser un médico psiquiatra. En las hojas de información a familiares disponibles en cada Unidad se habla del médico responsable. La atención incluye además de la hospitalización psiquiátrica, las urgencias, interconsultas y psiquiatría de enlace. Actividades éstas dos últimas que deben ser realizadas por psiquiatras, psicólogos y profesionales en formación.

3/ Hospitales de Día

Recomienda para la composición del equipo; 1 psiquiatra con dedicación parcial o total; 1 psicólogo con dedicación total o parcial; 1 ATS con experiencia en salud mental; 1 trabajador social con dedicación parcial; 2 auxiliares de enfermería y 1 monitor ocupacional

4/ Unidades de Media Estancia

Denominadas también como Unidad de Rehabilitación hospitalaria, realiza intervenciones terapéuticas integradas, biológicas, psicológicas, psicosociales y rehabilitadoras con un especial énfasis en estas últimas. El equipo básico lo componen un psiquiatra con funciones de coordinador, un psiquiatra cada 15 camas, un psicólogo cada 20 camas, un trabajador social cada 40 camas, suficiente personal de enfermería y auxiliar de enfermería y cuando sea preciso la atención continuada específica podrá ser realizada por todos los especialistas de las áreas que atiende.

5/ Unidades de Salud mental infantil y de la adolescencia

Establece los criterios generales de actuación y funcionamiento y el equipo profesional mínimo de la Unidad, que estará formado por psiquiatra, psicólogo,

enfermero y trabajador social. No asigna funciones concretas a cada profesional. Menciona que en las reuniones periódicas se procederá a la asignación del personal responsable del caso, el tratamiento idóneo y la implicación en el mismo del resto de profesionales. Igualmente y en relación a la coordinación con otros dispositivos, refiere que siempre habrá un profesional responsable dependiendo del caso o programa.

6/ Programa de Atención Domiciliaria y Apoyo Familiar

Pretende articular programas asistenciales dirigidos a la atención en el domicilio y al apoyo de las familias que conviven e interactúan con las personas con trastorno mental, enfatiza el valor de la familia como recurso asistencial que debe ser cuidado para activar su potencial terapéutico. Menciona líneas de actuación general (potenciar programas psicoeducativos para familiares y enfermos mentales; desarrollar programas de respiro para familiares; potenciar la atención domiciliaria y continuar el apoyo al movimiento asociativo de enfermos y familiares) pero no define criterios concretos de organización, funcionamiento ni los recursos humanos necesarios

7/ Programa contra la estigmatización y las discriminación como consecuencia de la esquizofrenia

Explica que se desarrollará siguiendo la línea y recomendaciones de uno puesto en marcha por la Asociación Mundial de Psiquiatría. No explicita criterios concretos de organización, funcionamiento ni los recursos humanos unidad concreta que lo llevará a cabo

8/ Drogodependencias (incluido alcoholismo)

Dado que la asistencia a personas con problema de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas está regulada por una ley autonómica e integrada en el sistema sanitario público, enfatiza la necesidad de coordinación con salud mental para los casos en los que exista comorbilidad para que los pacientes puedan beneficiarse no sólo de los recursos específicos sino también de los generales dirigidos a la salud mental.

9/ Los trastornos del comportamiento alimentario

Establece los objetivos del programa y un plan de intervención a distintos niveles (informativo, preventivo, asistencial, ambulatorio y hospitalario). Determina que la atención debe realizarse por equipos suficientemente preparados que formen parte de Unidades de Salud Mental de adultos e infantil de la red general y que dentro del equipo de salud mental del área un psiquiatra y un psicólogo asuman el tratamiento de los TCA que cumplan criterios de gravedad. Estos profesionales de referencia se seleccionarán teniendo en cuenta la experiencia y actitud de los profesionales por parte del propio equipo.

10/ Criterios de prevención y promoción de la salud mental

Se definen de manera muy general y se indican que deben realizarse no sólo por los equipos de salud mental si no por todas las instituciones competentes y que deben implicarse organizaciones sociales.

4. RECURSOS HUMANOS EN 2003

Los siguientes datos están recogidos en el **“Informe especial a las cortes valencianas”**, que en 2003 elaboró el *Síndic de greuges de la comunitat valenciana*, sobre “La situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias”

	PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA							CONSULTAS	
Año	Psiquiatra	Psicólogo	DUE	Auxiliar Clínica	Trabajador Social	Administrativo	Otros	Primeras	Sucesivas
1992	129	73	53	65	19	10	12	18.930	117.615
2002 (USM)	165	84	69	66	27	19	5	70.005	448.336
2002 (USMI)	16	15	7	0	5	4	2	4.697	27.144
2002 (USM- USMI)	181	99	76	66	32	23	7	74.702	475.480
%*	140%	136%	143%	102%	168%	230%	58%	395%	404%
*Tomamos como referencia el año 92 que consideramos el 100% para realizar el comparativo que generalmente aumenta (salvo en una ocasión) en proporciones diversas									

Como se aprecia en el cuadro anterior, mientras la actividad asistencial ha aumentado 4 veces, el total del personal sanitario lo ha hecho menos de 1,4 veces

RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	
Jefe de sección	4
Psiquiatras	42
Psicólogo	2
ATS/DUE	87
Supervisora	12
Auxiliares	160
Celadores	14
Terapeutas Ocupacionales	1
Trabajadores sociales	4

RECURSOS HUMANOS DE LOS 11 CRIS y CD (Centros de Rehabilitación e Inserción y Centros de Día)									
Psicólogo Director	Psicólogo	Trabajador Social	Educador	Auxiliar Administrativo	Monitor	Terapeuta Ocupacional	Técnico Superior Integración Social	Técnico Empleo	Otros
11	25	11	20	10	21	3	4	1	9

Los 11 CRIS (Centros de Rehabilitación e Inserción) y CD (Centro de Día) dependen de la Consellería de Bienestar Social

RECURSOS HUMANOS DE LOS 8 CEEM (Centros Específicos para Enfermos Mentales)										
Psicólogo Director	Psiquiatra	Médico General	Psicólogo	Monitor	DUE	Trabajad Social	Terapeuta Ocupac.	Técnico Superior Integración Social	Aux. Clínica	Otros
5	10	7	9	29	19	6	7	4	42	80

Los 8 CEEM (Centros específicos para enfermos mentales) de carácter básicamente residencial dependen de la Consellería de Bienestar Social

Se observa que los dispositivos asistenciales de la red de salud mental que dependen de la Consellería de Sanidad son dirigidos por médicos psiquiatras y los dependientes de la Consellería de Bienestar social lo son por psicólogos. A diferencia de los dispositivos asistenciales de la Consellería de Sanidad, los CRIS y CEEM, están gestionados mayoritariamente por empresas privadas con ánimo de lucro, lo cual supone una diferencia significativa en las condiciones de contratación y exigencia de titulación de los psicólogos, a los que no se les exige que sean especialistas en psicología clínica.

5. TERMINOLOGÍA

La terminología empleada en el plan alude de modo frecuente a la psiquiatría y a la salud mental, diferenciando ambos conceptos. De hecho el mismo plan se denomina de salud mental y asistencia psiquiátrica. Así, se alude a la red de asistencia psiquiátrica; a la rehabilitación psiquiátrica; a las políticas desarrolladas en materia de atención psiquiátrica; a la necesidad de integrar la formación específica de psiquiatría y la salud mental en los circuitos de la Consellería de Sanidad; a los indicadores de utilización de las consultas externas de psiquiatría; a la Psiquiatría de enlace (no aparece la psicología clínica de la salud). Al listar a los distintos profesionales que deben componer las plantillas de los dispositivos asistenciales se habla de psicólogo y no de psicólogo clínico.

6. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

Los dos coordinadores del Plan son psiquiatras y de los participantes, 14 son psiquiatras, 1 es pedagoga y 1 psicóloga. En cuanto al grupo asesor, lo conforman un representante por cada una de las 3 asociaciones científico-profesionales de psiquiatría, 1 representante del Colegio Oficial de Psicólogos y tres representantes de una asociación de familiares y enfermos mentales. Se indica aparte que también ha colaborado la Asociación Valenciana de Neuropsiquiatría y Salud Mental.

7. CONCLUSIONES

1. El Plan no cuenta con los órganos de gestión, supervisión y financiación necesarios que aseguren su cumplimiento efectivo.
2. La terminología empleada en la redacción del Plan diferencia la salud mental de la psiquiatría e incluye dentro del término general de *asistencia psiquiátrica* a las tareas profesionales y aportaciones de otras disciplinas del ámbito de la salud mental pero distintas de la Psiquiatría.
3. El Plan no tiene en cuenta la normativa derivada de la legislación vigente sobre los psicólogos especialistas en psicología clínica, ya que el estar en posesión del título de especialista en psicología clínica no es un requisito para poder trabajar en la red de salud mental

4. Las estimaciones del Plan en materia de recursos humanos en los distintos dispositivos asistenciales establecen ratios inferiores para psicólogos clínicos que para psiquiatras. En relación al número total de facultativos existentes en la Comunidad Valenciana en el 2002 en las Unidades de Salud Mental de adultos e infanto-juvenil, el número de psicólogos clínicos era muy inferior (99) al de Psiquiatras (181).
5. En las unidades de hospitalización psiquiátrica, la dotación de psicólogos clínicos es prácticamente inexistente atendiendo a los datos recogidos en el informe de 2003 del Síndic de greuges.
6. Las funciones de coordinación-dirección de los dispositivos dependientes de la Consellería de Sanidad son habitualmente asignadas a los médicos psiquiatras.
7. Los psicólogos ejercen labores de coordinación-dirección en los Centros de Rehabilitación e Inserción, en los que no hay dotación de psiquiatras, y en los Centros Específicos para Enfermos Mentales. Ambos dispositivos dependen de la Consellería de Bienestar Social.
8. Los psicólogos de los Centros de Rehabilitación e Inserción, a diferencia de los dependientes de Consellería de Sanidad, son contratados fundamentalmente mediante convenios con empresas privadas. No se les exige el título de especialista.
9. Si bien el Plan pretende conservar la filosofía emanada del Informe sobre la Reforma psiquiátrica de 1985 y de la Ley General de Sanidad y enmarcar su acción dentro de un abordaje multidisciplinar, en su redacción apenas han participado otras profesiones distintas a la Psiquiatría.

9. PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS

1. MARCO ADMINISTRATIVO.

Con el presente plan se persigue que los dispositivos específicos de Atención a la Salud Mental (Equipos de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Agudos Psiquiátricos y Unidades de Rehabilitación) estén integrados funcionalmente en la Red Sanitaria del Servicio Canario de Salud, formando parte de la Atención Especializada. Para el resto de dispositivos intermedios, el Servicio Canario de Salud se coordinará con las redes primaria y especializada de la Dirección General de Servicios Sociales, las administraciones locales con recursos y/o competencias en Salud Mental y O.N.G., facilitando que la población tenga acceso a dichos dispositivos.

2. OBJETIVOS

Generales:

Los pacientes crónicos de la actual población ingresada en hospitales psiquiátricos, deberán ser atendidos en los diferentes niveles asistenciales de ámbito comunitario, ya sean sanitarios o mixtos, incluyendo todas las fórmulas residenciales y rehabilitadoras alternativas que permitan su progresiva desinstitucionalización.

Deberán estar articulados los mecanismos necesarios para que estén garantizados, desde los diferentes niveles asistenciales y educativos, programas de educación sanitaria en materia de Salud Mental en la población.

Específicos:

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias deberán estar realizando, a través de programas, acciones de promoción de la Salud Mental sobre los grupos de mayor riesgo de la población asignada.

Los servicios sanitarios tanto del nivel de Atención Primaria como del de Especializada, además de los de Salud Mental, deberán detectar precozmente y tratar un mayor grupo de la patología psiquiátrica menor, del que actualmente detectan o derivan.

Deberá estar constituido en el seno del Servicio Canario de Salud, un departamento con capacidad de planificación de los Servicios de Atención a la Salud Mental.

Toda la población de las islas (áreas sanitarias) debe tener acceso a dispositivos comunitarios de Atención a la Salud Mental con consultas de psiquiatría, psicología, enfermería psiquiátrica y trabajador social, prestadas por servicios públicos o concertados, pero con una distribución descentralizada, ubicados preferentemente en alguno de los centros de salud de su demarcación.

Los pacientes ingresados en hospitales de la red por cualquier causa deberán tener garantizada la posibilidad de interconsulta de psiquiatría o psicología.

Deberán existir como recursos alternativos y/ o complementarios: Centro de Día, Hospital de Día y Unidades de Noche, que irán constituyéndose de forma progresiva mediante acuerdos con las Administraciones e Instituciones públicas o privadas.

3. DOTACIÓN DE RECURSOS

Tabla II.H4. Recursos humanos para la atención a los enfermos mentales. Canarias, enero de 1999

		Gran Canaria	Tenerife	Lanzarote	La Palma	Fuente-ventura	La Gomera	El Hierro	Total parcial	Canarias
Psiquiatras	Cab.	-	23	-	-	-	-	-	23	83,3
	SCS	38	14	3	3	2	0,2	0,1	60,3	
Psicólogos	Cab.	-	7	-	-	-	-	-	7	49,3
	SCS	23	13	2	2	2	0,2	0,1	42,3	
ATS/DUE	Cab.	-	40	-	-	-	-	-	40	132
	SCS	70	10	8	2	2	-	-	92	
Trab. Sociales	Cab.	-	6	-	-	-	-	-	6	21
	SCS	14	-	1	-	-	-	-	15	
Aux. Enfermería	Cab.	-	122	-	-	-	-	-	122	232
	SCS	107	-	3	-	-	-	-	110	
Terap. Ocupac.	Cab.	-	1	-	-	-	-	-	1	4,2
	SCS	3	-	0,2	-	-	-	-	3,2	
Otros	Cab.	-	22	-	-	-	-	-	22	56
	SCS	19	5	6	4	-	-	-	34	
Total	Cab.	-	221	-	-	-	-	-	221	577,8
	SCS	274	42	23,2	11	6	0,4	0,2	356,8	

Cab.: Cabildo, SCS: Servicio Canario de Salud

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Profesionales por cada 100.000 habitantes. Islas Canarias

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador Social	Aux. Clínica	Terapeuta ocupacional	Otros
USM Adultos	2.6	2.3	2.03	0.55	1.21	0	0.91
USM Inf-juv							
UHB adultos	1.62	0.27	4.17	0.36	5.94	1.65	1.89

Observatorio de Salud Mental de la AEN, de diciembre de 2003

5. TERMINOLOGÍA

Aunque en ocasiones se hable de pacientes psiquiátricos, en general la terminología alude a la Atención de la Salud Mental y a los enfermos mentales. Del mismo modo predomina la concepción de lo comunitario.

6. REDACTORES

No se especifican en el Plan de Salud Mental

7. CONCLUSIONES

1. Es un plan de Salud Mental enmarcado en un Modelo Comunitario, siendo los Equipos de Salud Mental Comunitarios (E.S.M.C.) el eje sobre el que se estructura dicho plan.
2. La terminología empleada hace referencia en todo momento a la “Atención de la Salud Mental y a los enfermos mentales”. Del mismo modo habla de “Servicios de Salud Mental” No se especifica si el psicólogo debe ser clínico
3. Para ninguno de los profesionales de la Salud Mental se concretan funciones específicas, ni de coordinación/dirección.
5. Según los datos recogidos por la AEN en 2003 la ratio de Psicólogos en las USM de adultos es de 2.3 por cada 100000 habitantes, mientras que existen 2.6 Psiquiatras. En las UHB aparecen 1.62 Psiquiatras y 0.27 Psicólogos por cada 100000 habitantes. El total de Psicólogos por cada 100000 habitantes es 3.39, mientras que el de Psiquiatras es 4.96.

10. PLAN DE SALUD MENTAL DE GALICIA (2002 – 2005)

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. MARCO ADMINISTRATIVO.

El vigente Plan de Salud Mental de Galicia se incluye en el **Plan de Salud 2002-2005 general** de esta Comunidad Autónoma. El marco administrativo de este plan lo constituye el Servicio Gallego de Salud (SERGAS). La gestión de dicho plan se organiza desde la Consejería de Sanidad, integrando la atención a la salud mental en la Sanidad General. Se ha dispuesto una partida presupuestaria específica para esta área de salud que supone un 5.42% del presupuesto total de sanidad. Dentro de la estructura organizativa de la atención a la salud mental se ha creado un Servicio de Planificación de la Salud Mental y una Unidad Funcional de coordinación entre las distintas administraciones implicadas, el Servicio de Salud Mental.

1. 2. MARCO CONCEPTUAL

El PSM establece los principios básicos y las directrices generales que definen el modelo de atención que se ofrece a los usuarios de los Servicios de Salud Mental, y clasifica los dispositivos asistenciales.

PRINCIPIOS BÁSICOS Y DIRECTRICES GENERALES

- integración sanitaria, zonificación y territorialidad
- integral
- interdisciplinariedad
- continuidad terapéutica
- comunitario

DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

BÁSICOS

- ?? Unidades de Salud Mental
- ?? Hospitales de Día
- ?? Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
- ?? Unidades específicas
- ?? USM Infanto-juveniles
- ?? USM Psicogeriatría
- ?? Unidad de Tratamiento de Alcoholismo

COMPLEMENTARIOS

- ?? Unidades Hospitalarias de Rehabilitación Psiquiátrica
- ?? Unidades de apoyo comunitario

2. OBJETIVOS

El PSM recoge el análisis de la situación actual en la comunidad y la identificación de los posibles objetivos y líneas de actuación para el periodo de vigencia para el que se ha dispuesto. Fruto del análisis de la situación se reconocen las importantes carencias a nivel de recursos que tiene la comunidad. Se mencionan distintas áreas de mejora:

1. Es necesario desarrollar más las unidades de salud mental, sobre todo en lo referido al número de profesionales y enfermería especializada. Se argumenta que por la propia idiosincrasia de la patología mental, el profesional de salud mental tiene que consultar unas 6 veces más a cada paciente que cualquier otro especialista.
2. Hospitalización de pacientes agudos. Los servicios de salud mental funcionan como apéndices de los grandes hospitales y su integración debe ser mejorada. Por otro lado, el número de camas se aproxima a 1 cama por cada 10000 habitantes y debe situarse en *5 por cada 10000*.
3. Rehabilitación psicosocial. El número de Unidades de Rehabilitación Psicosocial activa es todavía insuficiente. Deben incrementarse las camas de media estancia, así como dispositivos de apoyo para la rehabilitación y reinserción del paciente. Una meta a asumir es la continuidad de cuidados de los enfermos mentales. Fuera del hospital sería necesario incrementar el número de pisos protegidos, hogares tutelados, etc.
4. Existen ámbitos de la Salud Mental que merecen una atención especial, la psicogeriatría o los pacientes drogodependientes, para los que se demanda un mayor número de camas, de recursos y la participación de equipos multidisciplinares.
5. Debería prestarse mayor atención al tratamiento psicoterapéutico, con el fin de no descuidar la adecuada prescripción farmacológica. Un 70-80% de los casos atendidos serían susceptibles de tratamiento psicoterapéutico.
6. Formación. Los planes de formación existentes son buenos pero habría que velar por la tendencia biologicista.

RELACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES

1. Dedicar el 5% del presupuesto general de salud a la salud mental con el fin de que se desarrolle el Decreto 389/94 al menos en una **dotación mínima, un psiquiatra, un psicólogo y un enfermero por cada 50000 habitantes; dos en caso de superar esta cifra.**
2. Garantizar una distribución equitativa de los recursos por áreas geográficas. Integración de la salud mental en la salud general respetando su especificidad.

Se especifican una serie de objetivos más concretos atendiendo a los tres niveles de prevención:

PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud mental y los estilos de vida saludables.

Actuación preventiva específica sobre grupos de riesgo concretos (suicidio, malos tratos, población infanto-juvenil).

Elaboración de un plan de emergencia para situaciones especiales (grandes catástrofes).

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- A nivel extrahospitalario

Creación de más unidades de salud mental, mejorar sus dotaciones y ampliar sus funciones. No se especifica qué profesionales, cuál es el número previsible a contratar o qué funciones.

Fomentar una mayor coordinación entre las unidades de salud mental y la atención primaria.

Potenciar la aplicación a un modelo comunitario en la atención a las enfermedades mentales.

- A nivel hospitalario.

Aumento del número de camas y del personal. Intentar aproximarnos al ratio de 1/10000 habitantes.

Reubicación de algunas unidades de internamiento.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Potenciar los equipos de continuidad de cuidados y ampliación de los recursos de tercer nivel.

Aumentar el número de camas hospitalarias de rehabilitación.

Potenciar los órganos de gestión para el desarrollo de los dispositivos de apoyo de rehabilitación.

3. DOTACIÓN DE RECURSOS

El PSM de Galicia se limita a realizar un análisis general de la situación actual y a establecer de forma somera los objetivos más importantes, entre ellos conseguir poner a disposición de la población un psicólogo (no específica clínico), un psiquiatra y un enfermero por cada 50000 habitantes. No define en qué tipo de dispositivos y tampoco da a conocer la cartera de servicios ofertada por el Servicio de Salud Mental gallego.

A lo largo del texto no se definen las funciones de los distintos profesionales que componen los equipos multidisciplinares.

RECURSOS HUMANOS SEGÚN EL OBSERVATORIO AEN (2003)

DISPOSITIVO	RATIOS	PSIQ 100000H	PSICOL. 100000H	ENFERM 100000H	TS HAB	TO HAB	DEPENDENCIA ADMINISTRIV
USM	67116 H/EQUIPO	2.68	1.67	1.02	0.46		SERGAS
USMIJ	93351 H/ UNIDAD	0.41	0.33	0.11	0.15		SERGAS
UNIDADES HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	0.090 CAMAS/ 1000 H	1.48	0.31	2.74	0.14	0.092	SERGAS
HOSPITALES DE DÍA	5.19 PLAZAS 100000H						SERGAS
CENTRO DE REHAB SOCIAL LABORAL Y	20 PLAZAS/ 100000H	0	1.11	0	0.37	0.03	SERGAS FEAFES
UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UME)	1.85 CAMAS/ 100000H						SERGAS DIPUTACIÓN
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN LARGA DURACIÓN	23.92 CAMAS 100000H						SERGAS DIPUTACIÓN

PROFESIONALES	RATIOS 100000 H
PSIQUIATRAS	5.46
PSICÓLOGOS	2.74
ENFERMERAS	6.12
TRABAJADORES SOCIALES	1.26
TRABAJADORES OCUPACIONALES	0.51
AUXILIARES DE CLÍNICA	10.6

4. TERMINOLOGÍA

La terminología utilizada a lo largo de todo el texto hace referencia a Unidades de Salud Mental, problemas de salud mental y al mismo tiempo asistencia psiquiátrica, cuadro psiquiátrico y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Al referirse a la profesión de psicólogo utiliza las nominaciones de psicólogo y psicólogo clínico sin ningún criterio aparente.

5. REDACTORES

En el plan no aparecen relacionados los redactores del mismo.

6. PROGRAMA DE CALIDAD

El PSM no plantea entre sus objetivos la implantación de criterios para la evaluación de la calidad de los dispositivos de Salud Mental.

7. CONCLUSIONES.

1. El PSM de Galicia realiza un análisis de la situación actual de la Salud Mental en esa CCAA concluyendo la necesidad de mayores recursos humanos y asistenciales para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad. Para alcanzar este objetivo se ha creado una organización administrativa que vehicule el Plan y se ha dotado a la Salud Mental de una financiación específica.
2. Entre las carencias de recursos se destaca la necesidad de desarrollar un mayor número de USM y dispositivos intermedios, necesidad coherente con la implantación de un Modelo de Atención Comunitario que intenta fomentar la rehabilitación. Actualmente algunos dispositivos de Rehabilitación dependen de Administraciones ajenas al SERGAS, entre ellas las FEAFES.
3. Tras el reconocimiento de necesidades se realiza una relación de objetivos a conseguir a través de la implantación de Programas específicos, programas que no se especifican.
4. En cuanto a los recursos humanos se establece el objetivo a alcanzar de lo que se considera una dotación mínima en función de grupos de 50000 H, un psiquiatra, un psicólogo y un enfermero. Se habla en la mayor parte de las ocasiones de psicólogos y no de psicólogos clínicos.
5. La terminología es indefinida y aunque a lo largo de la exposición del plan se habla de éste como PLAN DE SALUD MENTAL, en muchos otros momentos se utiliza el adjetivo psiquiátrico para definir el tipo de asistencia o las patologías.

11. PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA (1998 – 2000)

1. MARCO DE REFERENCIA.

1.1. MARCO ADMINISTRATIVO

El **Plan de Salud Mental de Cantabria** vigente fue aprobado para el periodo 1998 – 2000 y posteriormente revisado en el año 2002. Es presentado durante toda su exposición como **Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica**. Su responsable administrativo es el Servicio de Salud Mental de la Diputación de Cantabria en coordinación con otras administraciones de carácter nacional (INSALUD) y local (Ayuntamientos). Tanto el INSALUD como la Diputación acometen en ese momento la progresiva integración de sus recursos, previa a la transferencia de las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Cantabria.

La estructura del Servicio de Salud Mental consta de dos secciones: Sección de Gestión y Evaluación de Recursos y Sección de Coordinación Asistencial y Formación. A este Servicio están adscritos 4 técnicos superiores (3 psiquiatras y 1 psicólogo), una enfermera psiquiátrica y 2 auxiliares administrativos.

La atención a la Salud Mental, organizada por las distintas administraciones, no implica un Servicio de Planificación y una financiación específica para este área de la salud. La infraestructura que conlleva la gestión de la Salud Mental está integrada en la sanidad general, pero no es específica de la Salud Mental.

El PSM establece tres Programas de Coordinación diferentes que intentan formalizar la coordinación entre todas las administraciones que deciden en y se relacionan con la Salud Mental. En el organigrama de la administración no se define una Unidad Funcional de coordinación ni tampoco se ha regulado la coordinación entre los dispositivos.

1.2. MARCO CONCEPTUAL.

Frente al modelo tradicional hospitalocéntrico, el PSM intenta implantar y consolidar, a través de cambios funcionales y estructurales, el Modelo de Psiquiatría Comunitaria, basado en distintas concepciones sobre la enfermedad mental y sus causas, impulsando la aparición de propuestas terapéuticas alternativas al manicomio, así como nuevos modelos de organización asistencial. Las implicaciones más importantes del nuevo modelo son el enfoque biopsicosocial de la valoración y manejo de los problemas de salud mental, articulada en distintos niveles, y la conveniencia de situar el núcleo de los sistemas de atención y el mayor número posible de dispositivos en la propia comunidad garantizando la accesibilidad.

2. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

El PSM establece 27 principios de actuación, entre ellos:

- ?? Establecer una red integrada de servicios de salud mental donde el centro de salud mental garantiza la continuidad de cuidados.
- ?? Definir programas preventivos y asistenciales según las prioridades de cada nivel asistencial.
- ?? Potenciar la calidad del equipo de atención primaria como puerta de entrada eficaz a la red de salud mental comunitaria.
- ?? Elaborar protocolos de intervención en cada uno de los niveles de asistencia y prevención.
- ?? Planificar las acciones y gestionar los recursos de acuerdo con fundamentos técnicos y científicos en el orden de lo biológico, psicológico y social.
- ?? Registrar la información relativa a las actuaciones de manera útil y operativa.
- ?? Incluir en todos los programas acciones específicas encaminadas a evaluar la calidad.

Los Programas que van a permitir alcanzar los objetivos del Servicio de Salud Mental siguiendo sus líneas de actuación son:

- ?? Programas orientados a la coordinación.
- ?? Programas orientados a la gestión.
- ?? Programas orientados al conocimiento.
- ?? Programas orientados a la sociedad.
- ?? Programas orientados a la prevención.
- ?? Programas orientados a la prestación de servicios, estableciendo distintos programas asistenciales,
- ?? Programa de centros de salud mental y de apoyo a los equipos de atención primaria.
- ?? Programa de hospitalización breve y parcial.
- ?? Programa de psiquiatría de enlace.
- ?? Programa de rehabilitación.
- ?? Programa de actuación especial en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas.
- ?? Programa de atención a situaciones de urgencia.
- ?? Programa de asistencia a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil.
- ?? Programa de asistencia a los problemas de salud mental de la población geriátrica.
- ?? Programa de atención a patologías específicas.

En cada uno de los programas se establecen su justificación y fines, la situación de partida y las líneas de actuación, y los objetivos y las acciones a realizar, señalando sobre todo aquellas más prioritarias. Se define un cronograma estableciendo las fechas en las que se intentarán implementar las distintas acciones que conllevan los objetivos de los Programas.

3. DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN EÑ PLAN DE SALUD MENTAL

En el plan se reconoce que el número de profesionales de las USM es inferior al de otras regiones y a lo recomendado por la Comisión Paritaria sobre salud mental de Cantabria. El objetivo a conseguir en el periodo de vigencia del plan es:

1. Profesionales de la psiquiatría: se considera óptimo disponer de 1 psiquiatra cada 30000 habitantes mayores de 18 años. Se especifica que uno de los psiquiatras realizará las funciones de coordinación del equipo de salud mental.
2. Profesionales de la psicología clínica: se considera óptimo disponer de 1 profesional cada 40000 habitantes mayores de 18 años.
3. Profesionales de la enfermería psiquiátrica: se considera óptimo de 1 profesional cada 60000 habitantes.

El pleno funcionamiento de equipos de salud mental, objetivo del PSM con las dotaciones consideradas óptimas, supondría que el Servicio de Salud Mental contara con:

- ?? 10 profesionales de la psicología
- ?? 14 profesionales de la psiquiatría
- ?? 8 profesionales de la enfermería psiquiátrica.

El Programa de Centros de Salud Mental considera que la función asistencial es la primordial dentro de las funciones del equipo, ocupando el 70 – 75 % del tiempo de trabajo. El resto del tiempo se dedicará a funciones de docencia, apoyo a los equipos de atención primaria, investigación y coordinación con otros dispositivos. El mismo programa señala que el paciente y su familia tendrán siempre un responsable de su tratamiento, accesible y garante de sus cuidados, pero no señala quienes de los profesionales de los equipos de salud mental pueden ejercer esa responsabilidad y con qué criterios se tomará esa decisión.

El PSM (no existe un Plan de Salud Mental específico para la atención a la población infanto-juvenil, sino que se define un Programa dentro del PSM general) reconoce la deficitaria atención a la población infanto-juvenil y establece como uno de sus objetivos el pleno funcionamiento de un equipo de salud mental infanto-juvenil cada 25000 – 30000 habitantes, lo que supondría unos cuatro equipos en la CCAA.

El Programa de Hospitalización Breve y Parcial considera adecuado un número de camas entre 0.5 y 1 por 10000 habitantes, recomendando que cada dispositivo tenga un máximo de 30 camas. No se establecen cuáles deben ser las dotaciones óptimas de profesionales de las Unidades de Hospitalización Breve o Parcial.

El PSM diseña un programa específico, de actuación especial, en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas. Además de otros cambios de tipo estructural y funcional, supondría la creación de una Unidad de Rehabilitación Activa y dos Unidades de Cuidados Medios. Cada una de ellas, según el objetivo del programa, deberá contar con la siguiente dotación de profesionales:

UNIDAD DE REHABILITACIÓN ACTIVA

2 psiquiatras, se especifica que uno de ellos será el jefe de
tres unidades de hospitalización

1 psicólogo clínico

1 enfermero

1 terapeuta ocupacional

2 auxiliares de clínica a turnos

1 educador

UNIDADES DE CUIDADOS MEDIOS

Cada una de ellas dispondrá a tiempo total de:

1 psiquiatra

1 enfermero a turnos

2 auxiliares de clínica

Ambas compartirán a tiempo parcial:

1 psicólogo clínico

1 terapeuta ocupacional

1 educador

4. DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS

Datos del PSM, año 1998

AREA 1: Santander (290.789 habitantes)

DENOMINACIÓN	PROFESIONALES
USM Santander I	2 psiquiatras 1 psicólogo 1 DUE
USM Santander II	2 psiquiatras 1 psicólogos 1 DUE
USM Diputación Regional de Cantabria	3 psiquiatras 1 psicólogo
CSM Infanto-Juvenil	1 psiquiatra 1 psicólogo
Centro de Especialidades 113119 h	2 neuropsiquiatras
Atención a urgencias Hospital Valdecilla	1 psiquiatra 24 horas
Atención a urgencias Centro de Rehabilitación Parayas	1 psiquiatra 24 horas
Atención a urgencias Centro P. Menni	1 psiquiatra 24 horas
UHB Unidad de admisiones psiquiátricas del hospital Marqués de Valdecilla 32 camas	5 psiquiatras 3 psicólogos 8 MIR psiquiatría 2 trabajad. sociales 18 DUE 16 auxiliares de clínica

Unidad de Hospitalización de Media y Larga Estancia Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas	4 Psiquiatras 2 Médicos de guardia 1 Psicólogo 3 Enfermeros 2 Asistentes Sociales 1 Terapeuta Ocupacional 1 Educador 38 Auxiliares de Clínica
Unidad de Hospitalización de Media y Larga Estancia Centro Hospitalario Padre Menni	3 Psiquiatras 4 Médicos generales 2 Psicólogos 13 Enfermeros 2 Asistentes Sociales 1 Terapeuta Ocupacional
Unidad Investigación en Psiquiatría Clínica y Social	1 Psiquiatra 2 Titulados superiores 1 DUE
Unidad de Gestión Servicio de Salud Mental	1 Jefe de Servicio 2 Jefes de Sección
Unidad de Gestión Servicio de Psiquiatría del H. Marqués de Valdecilla	1 Jefe de Servicio

AREA II: Laredo (77.200 habitantes)

DENOMINACIÓN	PROFESIONALES
USM de Laredo 77.200 habitantes	1 psiquiatra 1 psicólogo 1 DUE
Atención a urgencias USM Laredo 77.200 habitantes	USM Laredo 8 h.

AREA III: Torrelavega (166.943 habitantes)

DENOMINACIÓN	PROFESIONALES
USM I Torrelavega	2 psiquiatras 2 psicólogos 1 DUE
USM II Torrelavega	1 psiquiatra 1 psicólogo 1 DUE

DATOS OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL (AEN, 2003)

PROFESIONALES	Nº/100000 H
PSICÓLOGOS	8.16
PSIQUIATRAS	7.40
ENFERMEROS	10.81
TRABAJADORES SOCIALES	3.41
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	1.14

4. TERMINOLOGÍA

El plan se presenta como Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Esta doble terminología se extiende a otras entidades y conceptos al utilizar en distintos momentos Servicio de Salud Mental y Servicio de Psiquiatría, y de forma constante, al referirse a la atención psiquiátrica, cuidados psiquiátricos y pacientes psiquiátricos.

De forma general, en todos los programas que establecen entre sus objetivos la contratación de psicólogos, a éstos se les nomina de forma específica como psicólogos clínicos. En otras ocasiones el término para referirse a estos profesionales es genéricamente psicólogo.

5. REDACTORES

En el PSM no se relacionan las personas que han participado en la redacción del mismo.

6. PROGRAMA DE CALIDAD.

El PSM define un Programa de Calidad Asistencial y Evaluación de los Servicios con el objetivo general de poder ofertar una asistencia de calidad que satisfaga las expectativas de los usuarios (necesidades), de los profesionales (logros profesionales y aumento del conocimiento) y de la sociedad (eficiencia).

Partiendo de una situación de partida en el año 1998 en la que no se realizaba una evaluación asistencial en los dispositivos de Salud Mental, se plantea la puesta en marcha de esta evaluación en cuatro niveles diferentes: gestión de recursos, utilización de los servicios por los pacientes, resultado de las intervenciones y estudio del impacto del Programa sobre la comunidad. Los objetivos planteados de forma concreta, con un cronograma determinado, son introducir criterios de calidad asistencial y herramientas de gestión clínica en los dispositivos de la Dirección General de Salud Mental y en los Programas del PSM. .

7. CONCLUSIONES

1. El PSM se caracteriza por su énfasis en los Programas de Coordinación ya que en SALUD MENTAL están implicadas tres administraciones distintas. Las Unidades de Hospitalización Parcial, los CRPSL y las Alternativas Residenciales dependen de otras Administraciones además del SCS.
2. El PSM se define por la implantación del Modelo de Atención Comunitario lo que implica la necesidad de creación de dispositivos intermedios y la adaptación de otros ya existentes. Se determinan distintos Programas específicos con cronogramas de acciones establecidos.
3. Se hace hincapié en la necesidad de un mayor número de profesionales (entre ellos PSICÓLOGOS CLÍNICOS) en las USM y USMIJ, y se establecen las ratios por número de habitantes. Se determina explícitamente que el coordinador de las USM de adultos será un Psiquiatra.
4. En cuanto a la terminología es necesario destacar que la nominación del Plan de Salud Mental se acompaña siempre del término ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA. La terminología es indefinida ya que se utilizan como nombres y adjetivos SALUD MENTAL y Psiquiatría de forma indefinida. Del mismo modo se utilizan los términos Psicólogo y Psicólogo Clínico, aunque al hablar de las dotaciones de las USM se habla siempre de Psicólogos Clínicos.

12. PLAN DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA (1996)

1 .MARCO DE REFERENCIA

El PSM de Extremadura se inserta dentro de un Modelo Comunitario de atención a la Salud Mental, cuyos principios son:

?? Territorialización. Un equipo de salud mental en estrecha colaboración con el resto de dispositivos del área sanitaria, asume la responsabilidad de prestar asistencia a toda la población de un área.

?? Descentralización y contextualización. Los pacientes serán tratados en su contexto, cerca de su hogar y su familia, lo que repercute positivamente en su evolución. Se Facilitará el acceso de los pacientes a los dispositivos de salud mental.

?? Servicios Integrales.

?? Los dispositivos elementales del área de salud son:

- Equipo de Salud Mental
- Unidad de Hospitalización Breve
- Unidad de Hospitalización Parcial
- Servicio de Urgencias de 24 horas
- Servicios de Rehabilitación y Reinserción Social.

A estos servicios se añadirán programas específicos de:

- Salud Mental Infanto-Juvenil
- Psicogeriatría
- Alcoholismo y Toxicomanías
- Continuidad de cuidados

?? Participación de la comunidad

?? Evaluación: disponer de indicadores válidos que permitan la evaluación de programas.

2. OBJETIVOS GENERALES

1. La asistencia en Salud Mental plenamente integrada en el sistema general de salud.
2. Incorporar todos los recursos en una única red dependiente del Servicio Extremeño de Salud.
3. Se organizará la asistencia de acuerdo a los principios del Modelo Comunitario.
4. Se pondrá en marcha el proceso de transformación de los dos hospitales psiquiátricos existentes en la Comunidad.
5. Se pondrán en marcha programas específicos, fundamentalmente de carácter preventivo, para aquellas poblaciones con una mayor vulnerabilidad.

6. Se desarrollarán programas de formación para el conjunto de profesionales de la Salud Mental.
7. Se pondrán en marcha sistemas de recogida de información que hagan posible la evaluación del funcionamiento de la red asistencial.
8. Se fomentará la educación sanitaria de la población en relación con la Salud Mental.

3. NECESIDADES BASICAS PARA LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL EN EXTREMADURA

3.1. EQUIPOS DE SALUD MENTAL

Los ESM deben constituirse en ejes de articulación de todos los dispositivos asistenciales de salud mental, y constituyen la estructura asistencial básica dentro del modelo comunitario de salud mental.

Están compuestos por equipos multidisciplinarios, el número de profesionales recomendables en una primera etapa de desarrollo del plan sería:

- 1 psiquiatra por cada 25.000 habitantes
- 1 psicólogo por cada 35.000 habitantes
- 1ATS/ DUE por cada 35.000 habitantes
- 1 trabajador social
- 1 administrativo

3.2. UNIDADES DE HOSPITALIZACION BREVE

Se asignará una UHB por cada área de salud, a título orientativo el número de camas será de 10 por cada 100.000 habitantes. La UHB estará coordinada con los restantes dispositivos asistenciales a través de los ESM. No se especifican la dotación de profesionales en cada UHB.

3.3. UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

Se creará una UME en cada provincia. Cada UME estará coordinada con los restantes dispositivos asistenciales, a través de una comisión de rehabilitación. No se especifica la dotación de recursos humanos en cada UME.

3.4. UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

La creación de una ULE en cada provincia. El acceso a la ULE se hará a través de la Comisión de Rehabilitación.

No se especifica la dotación de profesionales.

3.5. HOSPITALIZACION PARCIAL. HOSPITAL DE DIA.

Preferentemente ubicado cerca del ESM de área, con una capacidad para 15-30 pacientes. La dotación de profesionales será la siguiente:

- 1 psicólogo por cada 15 pacientes
- 1 psiquiatra por cada 15 pacientes
- ATS (no especifica nº)
- 1 auxiliar de enfermería
- 1 celador
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 monitor ocupacional
- 1 trabajador social
- 1 auxiliar administrativo

3.6. ATENCION DE URGENCIAS Y TRASLADO DE ENFERMOS

Se pueden diferenciar tres niveles de asistencia en la atención de urgencias psiquiátricas:

- 1) Equipos de Atención Primaria
- 2) Equipos de Salud Mental
- 3) Servicios de Urgencias Hospitalarias

3.7. ESTRUCTURAS DE REHABILITACION, RESOCIALIZACION Y REINSENCION

Guiados por los principios de la rehabilitación (normalización, contextualización, individuación, continuidad de cuidados y coordinación), el PSM propone el desarrollo de toda una red de dispositivos rehabilitadores que estará coordinada por:

- Comisión Regional de Rehabilitación
- Comisiones Provinciales de Rehabilitación
- Comisiones de Rehabilitación de Área

3.8. PROCESO DE TRANSFORMACION DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

Potenciar la desinstitucionalización de todo paciente que pueda beneficiarse de otras formas residenciales propuestas en el plan de rehabilitación y reinserción. Se creará un programa de Rehabilitación de aplicación longitudinal, con los siguientes subprogramas:

- Programa de retrasos mentales
- Programa de psicogeriatría
- Programa de enfermos mentales crónicos sin posibilidades reales de reinserción.

4. PROGRAMAS ESPECIFICOS

4.1. SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

Los dispositivos asistenciales estarán a dos niveles:

- a) Atención ambulatoria (USMIJ): cada unidad estará dotada, entre otros profesionales, de al menos un psicólogo y un psiquiatra.
- b) Unidad de hospitalización breve infanto juvenil

Estarán dotadas de:

- 1 psicólogo
- 1 psiquiatra
- Educador
- DUE
- Auxiliar de enfermería
- Administrativo

4.2. PSICOGERIATRÍA

Los programas de psicogeriatría se desarrollarán a dos niveles:

- a) A nivel ambulatorio: desde los ESM.
- b) A nivel hospitalario:
 - En las Unidades de Hospitalización Parcial
 - En las Unidades de Hospitalización Breve.
 - En las residencias para ancianos asistidos.

4.3. DROGODEPENDENCIAS.

Los centros de atención a drogodependientes constituyen en estos momentos una red paralela a la actual existente en Salud Mental debido a las características específicas de la atención a drogodependientes, sin renunciar a una futura incorporación de estos dispositivos dentro de la red actual de salud mental conservando los centros específicos de atención a drogodependientes.

4.4. CONSULTA Y ENLACE

En los hospitales generales de menos de 400 camas las actividades de consulta y enlace serán desarrolladas por los profesionales adscritos a la UHB

En los hospitales generales de más de 400 camas se creará u equipo de consulta y enlace compuesto por: 1 psicólogo y 1 psiquiatra

5. ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN

Para promover la creación de una red única asistencial en Salud Mental se propone la suscripción de un convenio de gestión entre la Junta de Extremadura y Las Diputaciones Provinciales de Cáceres y Badajoz que sirva de base para la integración definitiva de todos los dispositivos asistenciales de Salud Mental en el Sistema Extremeño de Salud.

Se propone la creación de estructuras de coordinación a tres niveles:

Nivel 1. Área Sanitaria

- a) Jefe de Unidad
- b) Coordinador Jefe de Área
- c) Responsable de Programas

Serán nombrados por el Consejero de Bienestar Social entre los jefes de unidad de área. El PSM no adscribe este nombramiento a una titulación profesional determinada.

Nivel 2. Nivel Provincial

- Comisión de Área
- Comisión de Rehabilitación de Área

Nivel 3. Nivel Regional

6. RECURSOS HUMANOS

La dotación de recursos profesionales que **el PSM (1996) estima necesarios** en toda la Comunidad Extremeña es la que sigue:

	EXISTENTES *	NECESARIOS EN ESTRUCTURAS ESPECÍFICAS DE SALUD MENTAL										Incre- mento
		ESM	UHB	H. DIA	DROG.	ENLAC.	UME	ULE	CRPS	CRR	TOTAL	
Psiquiatras	30,0	41	17	7	-	2	4	4	-	-	75	45
Psicólogos	28,5	33	5	7	2	2	4	4	15	4	76	47,5
Médicos no especializados	16,0	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4,0	-
Supervisor Enfermería	13,0	-	4	-	-	-	2	-	-	-	6,0	-
A.T.S./D.U.E.	90,0	30	35	7	14	-	12	14	-	-	124	34
T.S./D.U.T.S.	9,5	10	-	-	1	-	2	-	5	1	19	9,5
Terapeutas ocupacionales	3,0	-	4	7	-	-	2	4	5	2	24	21
Monitores T. ocupacional	16,0	-	1	6	-	-	2	4	15	28	56	40
Aux. Enfermería	362,0	-	43	9	12	-	18	36	3	-	121	-
Aux. Administrativos	23,5	12,5	5	3	1	-	2	1	4	2	29,5	6
Celadores	10,0	3	30	9	12	-	12	14	1	-	78	68
Otros	327,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	928,5	126,5	144	55	46	4	62	80	48	37	612,5	271

Profesionales por cada 100.000 habitantes. Extremadura

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador Social	Aux. Clínica	Terapeuta ocupacional	Otros
USM Adultos	4.15	3.77	1.98	0.66	---	-----	-----
USM Inf-juv	0.19	0.19	0.19	0.09	---	---	---
UHB adultos	1.6	0.38	2.45	0.19	2.26	--	1.13

*Observatorio de Salud Mental de la AEN, de **diciembre de 2003***

7. CONCLUSIONES

1. El PSM de Extremadura aboga por un Modelo Comunitario e Integrado de atención en Salud Mental, y la creación de una red de asistencia que pivota sobre el ESM.
2. La previsión de psicólogos clínicos y psiquiatras que el plan estima para dispositivos específicos es igual en Hospital de Día, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, y en el programa de consulta y enlace; mientras que en la Unidad de Salud Mental de adultos el plan prevé una dotación mayor de médicos psiquiatras. En el resto de dispositivos no se especifica.
3. El número global de Psicólogos Clínicos y Psiquiatras en toda la comunidad extremeña es similar, con la particularidad de que gran parte de los Psicólogos están ubicados en dispositivos sociosanitarios de carácter privado concertado como técnicos y no como facultativos especialistas .
4. Es de resaltar que habla de Psicólogos en lugar de Psicólogos Clínicos el plan vigente es el de 1996- y no hace mención a la figura del PIR ni del MIR.
5. En los dispositivos de atención en Salud Mental no hace mención a la función de coordinador de los mismos.
6. En las diferentes estructuras de coordinación de área , provinciales y regionales hace mención a la figura del coordinador sin vincularla a una categoría profesional determinada.
7. El plan no especifica órganos de planificación y supervisión de objetivos ni programa de financiación.
8. La terminología utilizada en general es atención en Salud Mental.

13. PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE ASTURIAS (2001 – 2003)

1. MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

- ?? Atención no institucionalizadora. Se aboga por una red de servicios comunitarios diversificados y alternativos. Se ha optado por un modelo de atención que reconoce al enfermo mental todos sus derechos y responsabilidades de ciudadano, con actuaciones dirigidas a la normalización e integración plena en la sociedad.
- ?? Cobertura universal y equidad.
- ?? Integración en el sistema nacional de salud. La atención primaria de salud debe contar con los medios necesarios para desarrollar actividades preventivas en salud mental
- ?? Ordenación territorial, descentralización y accesibilidad. Ordenación territorial basada en el área sanitaria, y el centro de salud como eje de la organización y puerta de entrada al sistema de atención especializada.
- ?? Atención integral: biopsicosocial
- ?? Docencia e investigación
- ?? Participación de los profesionales
- ?? Participación comunitaria: la comunidad y el movimiento asociativo relacionado con los problemas de Salud Mental debe contar con espacios de interlocución para transmitir sus opiniones, propuestas y necesidades.
- ?? Evaluación continua como instrumento de apoyo a los órganos de decisión, planificación e investigación.

2. OBJETIVOS Y LINEAS DE INTERVENCIÓN

Los recursos humanos en salud mental han sido objeto de una redistribución territorial desde el Hospital Psiquiátrico Regional hacia las áreas sanitarias.

Evolución de la estructura y disposición del personal en la Red de Salud Mental.

	Año 1984	Año 1989	Año 1995	Año 1999
Personal total	549	612	564	555
Personal H Psiquiátrico	499	308	173	131
Personal áreas sanitarias	50	202	369	395
Personal en Servicios Centrales	-	-	22	29
Proporción titulados superiores y medios	17%	29,4%	41%	44%

Así, los objetivos y líneas de actuación son:

1. Mejorar la percepción y un mayor grado de responsabilidad de la sociedad y sus instituciones en la promoción, mantenimiento y mejora de la Salud Mental.

Estrategias: Sensibilizar a instituciones, servicios y población general con la finalidad de fomentar la orientación preventiva general en Salud Mental y el modelo comunitario de atención mediante acciones específicas y evaluables.

2. Utilización apropiada de los recursos y servicios de Salud Mental.

Estrategias, entre otras: propiciar marcos de coordinación y cooperación adecuados entre servicios sanitarios, sociales, educativos y judiciales.

3. Evaluación continua del grado de adecuación de la atención al modelo comunitario de salud mental.

Estrategia: creación de un grupo de trabajo que elabore una propuesta global. Incorporar una metodología que favorezca el trabajo comunitario.

4. Disponer de un marco orgánico, funcional y de prestaciones de la red de Salud Mental.

Estrategia: Ordenar las funciones tanto internas como externas de los profesionales y de los servicios.

5. Todos los niveles de la red de servicios tendrán el grado de responsabilidad y capacidad de gestión efectiva adecuada.

Estrategia: Desarrollar un modelo de gestión descentralizada. Desarrollar actuaciones tendentes a aumentar la cooperación de los usuarios y familiares en la gestión de los servicios.

6. Establecer unos criterios de calidad evaluables de los servicios de Salud Mental.

Estrategia: Establecer un programa de mejora continua de la calidad.

7. Condiciones adecuadas de accesibilidad, prestaciones y calidad de los recursos de Salud mental.

Estrategia: Revisar y adecuar la organización y los recursos de la red de salud mental.

8 Implantación de programas integrados para el abordaje de problemas específicos y prioritarios:

Estrategias: Intensificar el grado de profesionalización en el abordaje de problemas específicos.

9. Creación de grupos de trabajo para adecuar los siguientes programas:

- Trastorno mental severo.
- Atención Infanto Juvenil.
- Psicogeriatría.
- Adicciones.

3. RECURSOS HUMANOS.

Profesionales por cada 100.000 habitantes. Asturias

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador Social	Aux. Clínica	Terapeuta ocupacional	Otros
USM Adultos	4.78	1.43	1.82	1.05	1.72	0	1.91
USM Inf-juv	0.48	0.48	0.48	0.19	0.29	0	0.29
UHB adultos	1.62	0	5.16	0	3.82	0	---

Observatorio de Salud Mental de la AEN, de diciembre de 2003

Según los datos del observatorio de Salud Mental de la AEN: “Análisis de los recursos de Salud Mental en España”, de diciembre de 2003, la tasa por cada 100.000 habitantes de Psicólogos Clínicos es de 2,77 y la de Psiquiatras de 7,46.

8. TERMINOLOGÍA

Utiliza la denominación de salud mental y de trastornos mentales a lo largo de todo el plan.

9. REDACTORES

El director del plan es médico psiquiatra.

10. CONCLUSIONES

1. El plan de Salud Mental de Asturias se inscribe dentro de un modelo de atención comunitaria .
2. Utiliza la denominación de atención en Salud Mental.
3. El plan no especifica órganos de planificación y supervisión de objetivos ni programa de financiación.
4. Enfatiza la necesidad de un incremento en los recursos profesionales sin detallar qué categorías profesionales son prioritarias para incrementar.

5. El plan no especifica ni los dispositivos que componen la red de Salud Mental asturiana ni los recursos profesionales que la integran.
6. Según los datos publicados por la AEN en el año 2003 en las USM trabajan 4.78 Psiquiatras y 1.43 Psicólogos por cada 100000 habitantes. En las UHB no hay ningún Psicólogo Clínico. A diferencia de estos dos dispositivos, en las USMIJ existe una ratio equivalente de Psiquiatras y Psicólogos Clínicos por habitante.

14. PLAN DE SALUD DE CATALUÑA. APARTADO SOBRE “PROBLEMAS DE SALUD MENTAL” (1996-1999)

1. MARCO DE REFERENCIA

En el plan de salud catalán, se describe la problemática de la salud mental y de los trastornos mentales desde una perspectiva amplia, desde un enfoque biopsicosocial, incluso con especial énfasis en lo psicosocial. Relaciona la alta prevalencia de los problemas de salud mental con factores sociales y trata el problema desde las consecuencias vitales que para los afectados tienen estos trastornos (sufrimiento e incapacidad). No hace mención de causas o factores orgánicos, tratando los trastornos como problemas de salud más que enfermedades.

2. OBJETIVOS Y LINEAS DE INTERVENCIÓN

- Suicidio y tentativas de suicidio.
- Depresión y trastornos de ansiedad.
- Trastornos mentales severos en la población adulta.
- Trastornos mentales severos en la población infanto-juvenil.
- Patología dual.
- Retraso mental.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Juego patológico.
- Trastorno límite de la personalidad.

No hay una concreción clara del modo en que se cubrirán estos objetivos, marcando sólo las necesidades y recomendando la realización de estudios y guías con recomendaciones generales.

Se consideran prioridades de intervención:

- Potenciar la capacidad y les habilidades de los profesionales de atención primaria de la salud para la detección precoz y la atención a los problemas de salud mental más frecuentes.
- Desplegar medidas orientadas a fomentar la atención integral a las personas con patología dual.
- Extender medidas dirigidas a la mejora de la atención a los enfermos con trastornos mentales severos como son el Programa de atención específica a los trastornos mentales severos y el Plan de Servicios Individualizados.
- Iniciar la implantación de medidas dirigidas a la mejora de la atención del trastorno mental grave en la población infantil y adolescente.
- Mejorar la detección y tratamiento de patologías emergentes: trastorno límite de la personalidad, patología dual y juego patológico.
- Mejorar la detección y tratamiento de los trastornos mentales en personas con retraso mental.
- Continuar desarrollando el Plan Interdepartamental sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

- Reforzar el trabajo intersectorial, especialmente con los departamentos de Educación, Bienestar y Familia, Justicia y Presidencia para la prevención y atención de los trastornos mentales.
- Promover la inclusión laboral y social de las personas con trastorno mental.
- Soporte y colaboración con las asociaciones de familiares de enfermos mentales y voluntariado.
- Mejorar el conocimiento de la prevalencia de los trastornos mentales en la población.
- Superar el estigma social en relación a los trastornos mentales, mediante estrategias de sensibilización, informativas y educativas.

3. TERMINOLOGÍA

El plan se refiere de forma genérica a "problemas de salud mental" eludiendo mencionar directamente a los profesionales implicados: no aparecen en todo el texto ni la palabra psiquiatra ni psicólogo. Se hacen referencias genéricas a los "profesionales" o a los "clínicos". Tampoco se habla de psiquiatría o psicología (sí de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos).

4. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PREVISTOS EN EL PSM

No se hace referencia a dispositivos previstos.

5. RECURSOS HUMANOS

Profesionales por cada 100.000 habitantes. Cataluña

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador Social	Aux. Clínica	Terapeuta ocupacional	Otros
USM Adultos	3.57	3.14	0.91	1.08	---	-----	-----

Observatorio de Salud Mental de la AEN, de diciembre de 2003

Según los datos del observatorio de Salud Mental de la AEN: "Análisis de los recursos de Salud Mental en España", de diciembre de 2003, la tasa por cada 100.000 habitantes de psicólogos clínicos es de 4.9 y la de psiquiatras de 7,06

6. REDACTORES DEL PLAN

No están diferenciados del resto de redactores de la totalidad del plan. Como entidad colaboradora figura el COP Catalán, pero ninguna asociación de psicología clínica (sí de psiquiatría, familiares....).

7. CONCLUSIONES

1.- Describe las necesidades en materia de salud mental como centrales, e insiste en la necesidad de adaptar la red asistencial para atender adecuadamente esta necesidad.

2.- Aporta información epidemiológica y de funcionamiento de la red, pero no detalla los recursos asistenciales ni los recursos humanos con los que cuenta.

3.- Se insiste en la necesidad de “cambios en la organización y funcionamiento de los equipos asistenciales” para “superar los problemas de infradetección y/o aplicación de tratamientos inadecuados”. Se defiende una estrategia global para la mejora de la atención al paciente con múltiples elementos: medidas organizativas y de provisión de servicios, mayor disponibilidad de tiempo en la atención a los pacientes, la gestión de casos, adecuación y flexibilización de los recursos asistenciales, aplicación de recomendaciones y guías de práctica clínica, formación y feedback, así como trabajo intersectorial.

4.- En general, no da directrices claras acerca de cómo deberán acometerse los cambios propuestos a nivel general. Tampoco propone cambios significativos en los recursos (salvo en lo referido a rehabilitación).

5.- No se explicitan los de financiación, ni se designa un organismo de supervisión del cumplimiento de los objetivos del plan.

15. PLAN DE SALUD MENTAL DE MADRID (2003 – 2008)

1. MARCO DE REFERENCIA.

1.1. MARCO ADMINISTRATIVO.

La Red Integrada de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Madrid está configurada por tres administraciones distintas, INSALUD, SERVICIO REGIONAL DE SALUD y AYUNTAMIENTO DE MADRID. El Plan de Salud Mental es gestionado por la Consejería de Sanidad. Uno de los objetivos del PSM es consolidar la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (Diciembre de 2001).

Es necesario destacar que en esta CCAA, el PSM es complementario del Plan de Atención Social al Enfermo Mental Grave y Crónico (1997), dependiente de la Consejería de Servicios Sociales. Como podemos apreciar la gestión de la Red de Atención a la Salud Mental en Madrid está integrada en la sanidad general pero es parcialmente específica de salud mental. De la Consejería de Servicios Sociales dependen directamente nueve de los once Centros de Rehabilitación Psicosocial de los que dispone Madrid.

La supervisión, planificación y financiación del PSM le corresponde al Comité de Dirección de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Forman parte de este comité los Consejeros de Sanidad y Servicios Sociales, el Director General del Servicio Madrileño de Salud, el Concejal Delegado de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid y el Concejal Delegado de Servicios Sociales y la oficina regional de Coordinación de Salud Mental.

La organización para la atención de la Salud Mental de esta CCAA ha creado un Servicio de Planificación Específico. La financiación necesaria no es específica para la salud mental, al menos en parte de algunas de las administraciones implicadas.

La coordinación de la totalidad de la Red está regulada por una unidad funcional, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Así mismo la coordinación entre los distintos dispositivos corresponde a la Comisión de Asistencia de Área.

1.2. MARCO CONCEPTUAL.

El Modelo de Atención propuesto se define como integral (integrando los aspectos psicosociales y biológicos de la Medicina), global, interdisciplinar, territorializado e insertado en la comunidad. Se persigue un funcionamiento

integrado de las actuaciones de los dos niveles de atención sanitaria (atención primaria y atención especializada). Se presenta la Atención Psiquiátrica como una especialidad médica que forma parte de la Atención Especializada, conservando sus características propias, especialmente las que se refieren a la Rehabilitación Psicosocial. Uno de los principios rectores del modelo es la continuidad de la asistencia en todo el proceso de tratamiento de un paciente.

2. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

El PSM establece tres tipos de OBJETIVOS: generales, específicos y operativos; y diferentes LÍNEAS DE ACTUACIÓN, más específicas, atendiendo a los distintos tipos de dispositivos y necesidades. Entre los objetivos que se refieren destacamos:

OBJETIVOS GENERALES

- ?? Promover la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales.
- ?? Establecer políticas de calidad y acreditación de Proyectos, Programas, Servicios y Dispositivos.
- ?? Fomentar la Investigación y la Formación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ?? Categorizar el Área Psiquiátrica dentro de las Áreas de Especialidad que para la Gestión define el Instituto Madrileño de la Salud, en el mismo nivel que las Áreas Médica, Quirúrgica, Obstétrica, Pediátrica y de Cuidados Intensivos. La consecución de esta categoría de Área Psiquiátrica consolidaría la integración en Especializada y a su vez mantendría una consideración especial de este campo de la Sanidad.
- ?? Delimitar la organización jerárquica y funcional de los profesionales de la Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de acuerdo con sus niveles de responsabilidad.
- ?? Establecer la Cartera de Servicios de la Red.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Se presentan distintas LÍNEAS DE ACCIÓN que persiguen el funcionamiento óptimo de los dispositivos que forman la Red de Atención a la Salud Mental y la atención óptima de los ciudadanos. En función de los estándares que se considerarían óptimos se señalan las propuestas que los redactores del PSM consideran necesarias. Estas propuestas no van acompañadas de un cronograma de actuación. Destacamos:

1. Optimización de la Hospitalización Psiquiátrica.

Se considera necesario que todas las áreas sanitarias dispongan de una UHB de referencia. Se estima la ratio de 12 camas/100000 habitantes como óptima. Para alcanzar este estándar se propone la apertura de dos nuevas UHB (Hospital La Paz y Área 9) y la ampliación de camas en otras áreas hasta alcanzar la ratio establecida.

Todas las áreas dispondrán de plazas de Hospital de Día de Adultos de referencia con un mínimo de 15 plazas.

Se propone una nueva nominación para los dispositivos conocidos hasta ahora como Hospitalización para Cuidados de Media y Larga Distancia: Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados. Se propone la apertura de tres unidades hospitalarias.

2. Reestructuración y optimización de la asistencia ambulatoria especializada en Psiquiatría y Salud Mental.

Se establece que durante la vigencia del PSM se elaborará un manual de organización y funcionamiento que aborde la definición de los distintos roles profesionales en los equipos interdisciplinarios de los Servicios Ambulatorios de Salud Mental. **Se presenta una estimación de profesionales por habitante considerada óptima.**

INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	
PSIQUIATRAS – ATENCIÓN ADULTOS	1 PSIQUIATRA/20000 hab.
PSICÓLOGOS – ATENCIÓN ADULTOS	1 PSICÓLO CLÍNICO/40000 hab.
PSIQUIATRAS – ATENCIÓN NIÑOS Y ADOLESCENTES	1 PSIQUIATRA/20000 hab.
PSICÓLOGOS – ATENCIÓN NIÑOS Y ADOLESCENTES	1 PSICÓLO CLÍNICO/25000 hab.
ENFERMERAS	1 ENFERMERA/40000 hab.

El plan dispone la creación de la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental responsable del Plan de Atención Integral del paciente, que actuará como provisor de cuidados, coordinador de los distintos profesionales y dispositivos que intervengan sobre el paciente y facilitará el acceso a los tratamientos de rehabilitación, de cuidados y de apoyo comunitario. Se propone para ejercer esta responsabilidad a Diplomados de Enfermería y Trabajo Social.

3. Reestructuración, desarrollo y optimización de la Atención Psiquiátrica a los niños y adolescentes.

No se presenta un plan específico para la atención a este tipo de población. Se hace hincapié en optimizar el grado de recursos humanos existentes según los términos ya referidos y en seleccionar a los nuevos profesionales (psiquiatras y psicólogos) atendiendo a sus conocimientos específicos en este campo.

3. DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

A lo largo del PSM se habla de psicólogos y psicólogos clínicos. Éstos últimos son nominados con esta categoría cuando se refiere la dotación de recursos óptimos de las Unidades Asistenciales Ambulatorias para adultos, niños y adolescentes.

TABLA 2
RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO, SEGÚN SU DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

	S.R.S.(1)	INSALUD	AYUNTAMIENTO	OTROS (2)	TOTAL
Nº Psiquiatras	143	64	16	4	227
Nº Psicólogos	87	43	13	2	145
Nº Enfermeras	77	25	-	1	103
Técnicos /Monitores	8	-	-	-	8
Nº T. Sociales Nº	61	1	-	1	63
Nº T. Ocupacionales	17	-	-	-	17
Auxiliares de Enfermería	35	1	-	-	36
Personal Administrativo	67	10	-	2	79
Otros (Auxiliares domésticos y de Control)	47	3	-	1	51
TOTAL	542	147	29	11	729

(1) Incluye los Recursos Humanos de los SS.S.M. de Leganés y Fuenlabrada (I.P. José Germain)

(2) Incluyen los Recursos Humanos de los SS.S.M. de Aranjuez, servicio concertado por el S.R.S.

	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Auxiliar Enfermería	Supervisor	Celadores	Otros
UHB adultos	62,7	6,5	177	222	14,8	37,5	27,5
Interconsulta hospitalaria	13,9	2,8	5				
Consultas externas hospitalarias	16,4	8,2	8				

Recursos humanos de las UHB para niños y adolescentes

Psiquiatras	6
Psicólogos	2
Trabajadores Sociales	1,5
Terapéutas Ocupacionales	1
Maestros	2
ATS/DUEs	16
Auxiliares de Enfermería	16,4
Supervisores de Enfermería	1,5
Celadores	6
Aux. Administrativo	1
TOTAL	52,4

Recursos humanos en los Hospitales de Día

Nº Psiquiatras	12,95
Nº Psicólogos	11,25
Nº Enfermeras	13
Nº Auxiliares de Enfermería	7,25
Nº de Trabajadores sociales	3,5
Terapéutas Ocupacionales	6
Monitores T.O.	4
Otros (Maestros, psicomotricistas, educadores)	5,5

Recursos humanos de las unidades de hospitalización para cuidados de media duración

Nº Psiquiatras	5
Nº Psicólogos	4
Nº ATS/DUEs	19
Nº Auxiliares de Enfermería	40
Nº de supervisores	2
Otros (Administrativos)	6

En ningún momento se hace referencia a las funciones de los distintos profesionales, aunque si se menciona la propuesta de elaborar un manual que defina los distintos roles de los componentes de los equipos multidisciplinares y cuando se presentan los objetivos sobre la asistencia ambulatoria especializada se determina que los equipos se organizarán diferenciando los distintos niveles de responsabilidad profesional en el trabajo de los pacientes, sin mencionar los criterios que definan esos niveles.

4. TERMINOLOGÍA

El PSM es presentado a lo largo de todo el texto como Plan de Atención Psiquiátrica y Salud Mental. En su redacción los términos utilizados para referirse al mismo concepto son varios, sin atender a un principio a ningún criterio explícito, asistencia psiquiátrica y asistencia facultativa; atención psiquiátrica y atención a la salud mental. Además de hospitalización psiquiátrica, área psiquiátrica.

5. REDACTORES DEL PSM

	COORDINADOR	PSIQU	MEDIC	PSICOLOGO	ENFERMERA	T.S.	T.O.	TECNICO	ECONOMISTA	ADMINISTRATIVO
HOSPITALIZACIÓN BREVE	PSIQ	10			2	1				
ALCOHOLISMO	PSIQ	7		1	2					
ENLACE Y ATENCIÓN PRIMARIA	PSIQ	10		1						
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	PSIQ	7		1	2	1				
OTRAS ADICCIONES	PSIQ	7	4		1					
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	PSIQ	7		2		1	1			
ASISTENCIA HOSPITALARIA CUIDADOS MEDIA Y LARGA ESTANCIA	PSIQ	8		1	3	2				
PSICOGERIATRÍA	PSIQ	7	1		2	3		1		
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	PSIQ	3		4	1	2	2			
CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y TRATAMIENTOS	PSIQ	3			8	2				
INMIGRACIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL	PSIQ	2		3	1	4			1	
NIÑOS Y ADOLESCENTES	PSIQ	8		4						
PSIQUIATRÍA LEGAL	PSIQ	8				1				
URGENCIAS, CATÁSTROFES Y TRANSPORTE SANITARIO	PSIQ	7			3					
GESTIÓN DE CALIDAD	PSIQ	8		1						1
PSICOTERAPIA	PSIQ	5		7						
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO SERVICIOS	PSIQ	8								
PATOLOGÍAS Y DEMANDAS EMERGENTES	PSIQ	5				1				
TOTAL	18	111	5	25	25	18	3	1	1	1

6. PROGRAMA DE CALIDAD

El PSM presenta un Plan específico que tendrá como fines la mejora de la satisfacción de los pacientes y sus familiares, y la participación activa de los profesionales para la identificación y mejora de los problemas de calidad.

El modelo será de Calidad Total, término con el que se refiere a la calidad científico-técnica, la calidad percibida por el paciente y la satisfacción de los profesionales.

El establecimiento de la Política de Calidad corresponde al Comité de Dirección de la Red y el Diseño del Plan, una vez aprobado por el Comité de Dirección, será dirigido por el Comité Operativo.

Objetivos:

Mejorar la satisfacción de profesionales y pacientes (mejora de la información, la accesibilidad y el trato)

Evitar la no-calidad: evitar la falta de programas o la existencia de éstos con objetivos poco claros y la ausencia de mecanismos de evaluación; evitar la rotación de los pacientes por diferentes dispositivos de la red.

Garantizar la calidad científico-asistencial.

El soporte estructural para el desarrollo del Plan será proporcionado por la Oficina Regional para la coordinación de la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

7. CONCLUSIONES.

1. El PSM de Madrid está respaldado por una estructura administrativa en la que se coordinan tres Administraciones distintas y cuenta con los servicios y comités administrativos que se consideran necesarios para que los objetivos y líneas de actuación presentados por el PSM sean alcanzados.
2. El Modelo de Atención se define como Integral pero al mismo tiempo que enfatiza la multidisciplinariedad, se refiere de forma exclusiva a la integración de aspectos psicosociales y biológicos de la Medicina. También se presenta la Atención Psiquiátrica como una especialidad médica que forma parte de la Atención Especializada, sin mencionar la Especialidad en Psicología Clínica, resaltando como uno de los objetivos específicos que el Área Psiquiátrica sea categorizada dentro de las Áreas de Especialidad que define para la Gestión el Instituto Madrileño de Salud. En otros momentos se habla de asistencia especializada en Psiquiatría y Salud Mental.
3. El plan diferencia a lo largo de toda su exposición la Atención Psiquiátrica de la atención en Salud Mental. En la redacción se hace referencia a conceptos como asistencia psiquiátrica y asistencia facultativa, sin que quede claro el rol otorgado a la asistencia de psicología clínica. Sólo se habla de psicólogos clínicos al estimar el número de profesionales por habitante óptimo.

4. Es necesario destacar que entre los redactores del PSM el número de Psiquiatras es significativamente superior al del resto de profesionales. Hay 129 psiquiatras por 25 psicólogos y 25 enfermeras. Todos los coordinadores de los grupos de expertos son Psiquiatras y también se debe mencionar que en ocho de los grupos de expertos que han participado en la redacción del plan no ha participado ningún Psicólogo Clínico.
5. En las estimaciones de profesionales por habitante que se proponen en el PSM, la ratio de psicólogos es siempre inferior a la ratio de los psiquiatras. Igualmente ocurre con los recursos humanos existentes en la Comunidad de Madrid.

16. CONCLUSIONES DE LOS PLANES DE SALUD MENTAL

Las siguientes conclusiones están referidas a los planes de salud mental de quince Comunidades Autónomas, faltan Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla.

1. Existe una tendencia muy acusada en las Islas Baleares, Euskadi, Comunidad Valenciana, Murcia, Castilla-León, Madrid y Cantabria, a utilizar el adjetivo psiquiátrico para referirse al conjunto de la asistencia que todos los profesionales de salud mental prestan, sean o no psiquiatras; o para nombrar a los dispositivos asistenciales. En el resto de Comunidades se suele utilizar de manera predominante el término de Salud Mental.
2. Las funciones de coordinación/dirección de los distintos dispositivos asistenciales cuando son asignadas explícitamente en los Planes de Salud Mental a una profesión concreta suelen recaer en los médicos psiquiatras; excepción hecha de los dispositivos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Valenciana (en los que no hay dotación de psiquiatras)
3. No se diferencia al psicólogo del psicólogo clínico, excepto en Andalucía, Aragón y Castilla-La Mancha. En Madrid, Castilla y León y Cantabria únicamente se les diferencia al aludir a las Unidades de Salud Mental de adultos.
4. En todas las CCAA menos Castilla-La Mancha y Extremadura, la dotación de recursos humanos en el nivel facultativo es muy superior para los psiquiatras que para los psicólogos clínicos. Igualmente, la previsión de ratios de los facultativos es siempre superior para los psiquiatras, sobre todo en los dispositivos de hospitalización y Unidades de Salud Mental de adultos. En cambio, en las Unidades de Salud Mental infanto juveniles, las necesidades estimadas o la dotación de recursos humanos es muy pareja, siendo en algún caso levemente superior para los psicólogos clínicos.
5. Hay un significativo mayor número de psicólogos clínicos que de psiquiatras en dispositivos asistenciales de la red pública concertados con empresas privadas. Normalmente estos dispositivos suelen ser de rehabilitación psicosocial o residenciales y suelen tener un carácter sociosanitario dependiendo en algunos casos de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social o sólo de ésta última.
6. Todos planes están redactado de manera casi exclusiva por grupos de expertos de médicos psiquiatras, excepción hecha en Castilla-La Mancha.
7. Pocos Planes de Salud Mental cuentan con órganos de supervisión y control de los objetivos y líneas de actuación de los mismos y cuando existen están formado de manera casi exclusiva por médicos psiquiatras.

TERCERA PARTE: PROPUESTAS

Concluido pues, el proceso de institucionalización de la Psicología Clínica en España, se abre una nueva etapa de puesta en valor, que debe conducir a la especialidad hacia la plena incorporación y participación en los órganos y estructuras que como especialidad sanitaria le corresponden y a la consolidación de los psicólogos clínicos como facultativos especialistas con plena autonomía y responsabilidad en su práctica clínica. Para ello, y a tenor de las conclusiones anteriores, proponemos:

1. El desarrollo de las estructuras existentes en el ámbito de la Salud Mental para que permitan a los psicólogos clínicos tener capacidad de planificación, organización, gestión, evaluación y control de los procesos asistenciales de los usuarios de los Servicios de Salud.
2. La utilización del término Salud Mental, en la denominación de los distintos Servicios y dispositivos que conforman la red asistencial a la salud mental., pues da cuenta de la realidad multidisciplinar de la asistencia a la salud mental en nuestro país, no toma una parte por el todo y está en consonancia con el modelo comunitario,
3. La participación en condiciones de plena igualdad y representatividad respecto de otros facultativos especialistas, en todos aquellos órganos creados por las Administraciones Públicas que se encarguen de la planificación, organización, gestión, dirección, evaluación y supervisión de las políticas y asistencia en materia de salud mental.
4. Un incremento sustancial tanto de las ratio psicólogos clínicos/población como del número de plazas de psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud de tal forma que permita atender la demanda de atención psicológica por parte de los ciudadanos.
5. La aplicación de la legislación vigente en lo referido a los psicólogos clínicos y la consiguiente explicitación y obligatoriedad de tal denominación en los Planes de Salud Mental y en los distintos dispositivos asistenciales de la red.
6. La equiparación de los psicólogos clínicos que trabajan en dispositivos asistenciales de la red pública concertados con empresas privadas, a nivel de titulación y condiciones laborales, con los facultativos especialistas dependientes de las Consejerías de Sanidad y /o Bienestar Social.

ANEXO

ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

0. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

0.1. COMUNIDAD AUTÓNOMA

0.2. PROVINCIA

0.3. LOCALIDAD

0.4. NOMBRE DEL CENTRO

0.5. INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE

1. TIPO DE DISPOSITIVO *(Subrayar el que corresponda)*

1.1. Unidad de Salud Mental de adultos

1.2. Unidad de Hospitalización Breve

1.3. Hospital de Día

1.3. Centro de Rehabilitación Psicosocial

1.4. Unidad de Media Estancia

1.6. Unidades de Crónicos (Pisos protegidos, Mini residencia,..)

1.7. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.8. Unidad de Conductas Adictivas o equivalente

1.9. Unidad de Dolor

1.10. Unidades de Neuropsicología y similares

1.11. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

1.12. Otros *(Nombrar)*

2. DERIVACIÓN DE PACIENTES AL DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL

2.1. Desde dónde

2.1.1. Atención Primaria

- 3.1.1.1. Habitualmente
- 2.1.1.2. En muchas ocasiones
- 2.1.1.3. En pocas ocasiones
- 2.1.1.4. Muy raramente

2.1.2. Atención Especializada (especificar)

- 2.1.2.1. Habitualmente
- 2.1.2.2. En muchas ocasiones
- 2.1.2.3. En pocas ocasiones
- 2.1.2.4. Muy raramente

2.1.3. Servicios concertados, como aseguradoras sanitarias y similares

- 2.1.3.1. Habitualmente
- 2.1.3.2. En muchas ocasiones
- 2.1.3.3. En pocas ocasiones
- 2.1.3.4. Muy raramente

2.1.4. Otros (especificar)

- 2.1.4.1. Habitualmente
- 2.1.4.2. En muchas ocasiones
- 2.1.4.3. En pocas ocasiones
- 3.1.4.4. Muy raramente

2.2. El Psicólogo Clínico realiza *la mayoría* de las primeras consultas

- 2.2.1. Sólo si el profesional que lo deriva lo solicita expresamente
- 2.2.2. Tras decidirse en la reunión de equipo
- 2.2.3. Tras derivación del psiquiatra
- 2.2.4. Tras derivación de otro médico especialista
- 2.2.5. Por un reparto aleatorio entre psicólogo y psiquiatra
- 2.2.6. Según patologías.
- 2.2.7. Derivación tras entrevista inicial de valoración realizada por enfermería

2.3. El Psicólogo Clínico realiza Interconsultas procedentes de otros servicios

- 2.3.1. Habitualmente
- 2.3.2. En muchas ocasiones
- 2.3.3. En pocas ocasiones
- 2.3.4. Casi nunca

2.4. En los informes de derivación al dispositivo en los apartados a rellenar como servicio, consulta, especialidad o similares, el término que figura con más frecuencia es:

2.4.1. Salud Mental

2.4.2. Psicología Clínica (*especificar en este caso*)

3.4.2.1. Porque se solicita explícitamente un psicólogo clínico

3.4.2.2. Otros (*especificar*)

2.4.3. Psiquiatría (*especificar en este caso*)

3.4.3.1. Porque se solicita explícitamente un psiquiatra

3.4.3.2. Porque se incluye en este término también al psicólogo

3.4.3.3. Otros (*especificar*)

2.4.4. Otros (*especificar*)

3. DERIVACIÓN DE PACIENTES HACIA OTROS DISPOSITIVOS DE LA RED DE SALUD MENTAL/OTROS DISPOSITIVOS COMUNITARIOS / ATENCIÓN PRIMARIA

3.1. Cuál es el procedimiento de derivación?

3.1.1. Informe de cada profesional implicado

3.1.2. Sólo del facultativo de referencia (*especificar quién es*)

3.1.3. Informe conjunto de los facultativos que atienden al paciente

3.1.4. Otros (*especificar*)

3.2. Hacia dónde

3.3. En el caso de pacientes tratados por varios profesionales simultáneamente

3.3.1. La derivación se realiza tras una reunión de equipo

3.3.2. Habitualmente es el psiquiatra quien la realiza

3.3.3. Habitualmente es el psicólogo clínico quien la realiza

3.3.4. Indistintamente cualquier facultativo del equipo

3.4. En el caso de las Interconsultas

3.4.1. Se decide conjuntamente quien la debe realizar

3.4.2. Habitualmente la realiza el psiquiatra

3.4.3. Habitualmente la realiza el psicólogo clínico

3.4.4. Aleatoriamente psicólogo clínico/psiquiatra según llega la interconsulta

3.5. ¿A qué servicios realiza la interconsulta el psicólogo clínico?

3.6. En los informes de derivación hacia otros dispositivo en los apartados a rellenar como servicio, consulta, especialidad o similares, el término que figura con más frecuencia es:

3.6.1. Salud Mental

3.6.2. Psicología Clínica (*especificar en este caso*)

3.6.2.1. Porque es el psicólogo clínico quien lo realiza

3.6.2.2. Otros (*especificar*)

3.6.3. Psiquiatría (*especificar en este caso*)

3.6.3.1. Porque es el psiquiatra quien lo realiza

3.6.3.2. Porque se incluye en este término también al psicólogo

3.6.3.3. Otros (*especificar*)

3.6.4. Otros (*especificar*)

4. DIAGNÓSTICO

4.1. ¿El psicólogo clínico los realiza de manera habitual en su práctica clínica atendiendo a la CIE-10 / DSM-IV ?

4.1.1. Sí

4.1.2. No

4.2. De qué trastornos mentales

4.2.1. Habitualmente de todos

4.2.2. Habitualmente quedan excluidos grupos de trastornos (*especificar*)

4.3. En relación a los diagnósticos CIE-10 / DSM-IV que realiza el psicólogo clínico en los informes escritos o documentos oficiales, la norma del servicio/dispositivo en el que trabaja dispone que:

4.3.1. Pueden ir firmados solamente por el psicólogo clínico que lo realiza

4.3.2. Vayan obligatoriamente firmados también por un psiquiatra

4.3.3. Todos los informes deben llevar además la firma del jefe del dispositivo, independientemente del facultativo (psicólogo clínico o psiquiatra) que lo realice

4.3.4. Deben estar siempre firmados por psicólogo clínico y psiquiatra si el paciente está siendo atendido por ambos profesionales

4.4. Señala la frecuencia con que el psicólogo clínico envía a otros dispositivos públicos o privados, sanitarios, sociales, judiciales, ect., informes o documentos escritos donde figure un diagnóstico CIE-10 / DSM-IV

4.4.1. Habitualmente

4.4.2. En muchas ocasiones

4.4.3. En pocas ocasiones

4.4.4. Muy raramente

4.5. En caso del envío de informes/documentos diagnósticos a otros dispositivos/servicios públicos o privados, sanitarios, sociales, judiciales, ect., sobre pacientes atendidos tanto por psicólogo clínico como por psiquiatra:

4.5.1. Habitualmente lo realiza el psiquiatra (*en este caso especificar*)

5.5.1.1. Es la norma del equipo

5.5.1.2. Es quien recibe habitualmente la petición de informe

5.5.1.3. El psicólogo clínico suele delegar en el psiquiatra

5.5.1.4. Otros (especificar)

4.5.2. Habitualmente lo realiza el psicólogo clínico (*en este caso especificar*)

5.5.2.1. Es la norma del equipo

5.5.2.2. Es quien recibe habitualmente la petición de informe

5.5.2.3. El psiquiatra suele delegar en el psicólogo clínico

5.5.2.4. Otros (especificar)

4.5.3. Indistintamente (*en este caso especificar*)

5.5.3.1. Hay un turno establecido en el equipo

5.5.3.2. Ambos facultativos deciden quien lo realiza

5.5.3.3. Lo realiza el facultativo de referencia

4.5.4. Habitualmente suelen ir firmados por psicólogo clínico y psiquiatra

5. COORDINACIÓN

5.1. Interna

5.1.1. ¿El psicólogo clínico es el coordinador/jefe del dispositivo,...

6.1.1.1. Sí

6.1.1.2. No

5.1.2. ¿Participa en las reuniones de equipo?

6.1.2.1. Sí

6.1.2.2. No

5.1.3. ¿Participa en las tareas de planificación y organización?

6.1.3.1. Sí

6.1.3.2. No

5.2. Externa:

5.2.1. ¿Este dispositivo está incluido en un área suprasectorial, sector, zona de salud, ect en la que el coordinador /jefe de área, sector, suprasectorial, es un psicólogo clínico ...?

5.2.1.1. Sí

5.2.2.2.No

5.2.2. ¿El psicólogo clínico participa con otros compañeros de su dispositivo en la coordinación de su unidad con los diferentes dispositivos de la red de Salud Mental y de otros recursos comunitarios?

5.2.2.1. Sí

5.2.2.2. No

5.2.3. ¿El psicólogo clínico participa como representante de su dispositivo en la coordinación de su unidad con los diferentes dispositivos de la red de Salud Mental y de otros recursos comunitarios?

5.2.3.1. Sí

5.2.3.2. No

5.2.4. ¿Participa en las reuniones con la Dirección y Gerencia?

5.2.4.1. Sí

5.2.4.2. No

5.2.5. ¿Participa en tareas de prevención y promoción de la salud en general y mental en particular con su unidad y/o otras instancias?

5.2.5.1. Sí

5.2.5.2. No

6. RESPONSABILIDAD

6.1. En el equipo

6.1.1. ¿Cómo se designa al profesional de referencia del paciente?

6.1.1.1. El facultativo que ve al paciente en primera consulta

6.1.1.2. Se entiende que debe ser el psiquiatra habitualmente

6.1.1.3. otros criterios (especificar detalladamente cuales)

6.1.2. ¿Es el psicólogo clínico referente de pacientes, incluso con aquellos que estén siendo atendidos simultáneamente por un psiquiatra?

6.1.2.1. Sí

6.1.2.2. No

6.1.3. ¿Decide sobre ingresos hospitalarios o de otros dispositivos?

6.1.3.1. Sí

6.1.3.2. No

6.1.4. ¿Escribe informes para que el paciente ingrese en los dispositivos pertinentes?

- 6.1.4.1. Sí
- 6.1.4.2. No

6.1.5. ¿Da altas del dispositivo donde trabaja?

- 6.1.5.1. Sí
- 6.1.5.2. No

6.1.6. ¿Escribe informes de alta?

- 6.1.6.1. Sí
- 6.1.6.2. No

6.1.7. ¿El psicólogo clínico ve urgencias?

- 6.1.7.1. Sí

- 6.1.7.1.1. En este caso la asignación es aleatoria
 - 6.1.7.1.2. En este caso la asignación no es aleatoria (señalar criterio)

- 6.1.7.2. No

6.2. Fuera del equipo

6.2.1. ¿Representa a su equipo, servicio, etc... ante otras instancias?

- 6.2.1.1. Sí
- 6.2.1.2. No

6.2.2 ¿Tienen validez sus informes para altas y bajas laborales?

- 6.2.2.1. Sí
- 6.2.2.2. No

6.2.3. ¿ Interviene en procesos de incapacitación?

- 6.2.3.1. Sí
- 6.2.3.2. No

6.2.4 ¿ Hace peritajes ?

- 6.2.4.1. Sí
- 6.2.4.2. No

7. ¿Los programas informáticos del dispositivo están diseñados teniendo en cuenta al psicólogo clínico como especialista sanitario en igualdad de condiciones que el resto de especialistas sanitarios?

- 7.1. Si
- 7.2. No

8. En general tienes la apreciación subjetiva de que la posición del Psicólogo clínico respecto al psiquiatra es de:

8.1. Subordinación (especificar)

8.1.1. No aprecio cambios en esta posición

8.1.2. Los cambios son progresivamente hacia menor subordinación

8.1.2. Los cambios son progresivamente hacia mayor subordinación

8.1.3. Otros (especificar)

8.2. Igualdad

8.3 No me planteo estas cuestiones