SUMARIO

1. Introducción y metodología 5
2. Organización de la atención a la salud mental 7
3. Datos de la red asistencial 16
4. El proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos . . . 55
5. Profesionales en la red de salud mental 58
6. Análisis cualitativo 66
7. Conclusiones 72
8. Referencias bibliográficas 74
9. Anexo 75

EL OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL: ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

MENTAL HEALTH OBSERVATORY: ANALYSIS OF MENTAL HEALTH RESOURCES IN SPAIN

Diciembre 2003

Coordinación:
Isabel Salvador

Participantes:
Iván de la Mata
Laura de la Fuente
Álvaro Monzón
Ander Retolaza
Belén Díaz Mújica
Carmen Merina
Cecilio Hernández de Sotomayor
César Sanz de la Garza
Cristina Gisbert
Fermín Pérez
Fernando Márquez
Joaquín López de Guevara
Manuel Gómez Beneyto
Margarita Silvestre
Maria del Mar Soler
Marisa Terradillos
Mikel Munárriz
Oscar Vallina
Pilar de la Viña
Rosa Clarés

Agradecimiento a Jaume Damians i Gelabert por su ayuda informática

1. INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

La Ley General de Sanidad de 1986 (1) en su Capítulo III propone la plena integración de la atención de los problemas de salud mental en el sistema sanitario general, aportando los principios básicos en los que debe basarse esa atención:

- La atención se realizará en el ámbito comunitario: recursos asistenciales ambulatorios, hospitalización parcial y atención a domicilio.
- Se considerarán de modo especial la Psicogeriatría y la Psiquiatría Infantil.
- La hospitalización se realizará en Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales.
- Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social en coordinación, cuando sea necesario, con Servicios Sociales.

La Ley adjudicó la responsabilidad de transformar y organizar la atención a la salud mental a las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas (CCAA). Cada CCAA acometió el proceso de reforma de la atención a la salud mental con arreglo a su propia historia, y es por ello que, en cada una de ellas el desarrollo de dicha Reforma ha sido diferente, provocando grandes desigualdades en las prestaciones de los servicios de salud mental.

El proceso de las transferencias sanitarias desde el Estado a las CCAA se ha realizado en los últimos años, concluyendo este proceso con la aprobación de la ley 21/2001 de 27 de Diciembre (2). Esta Ley regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación en materia de sanidad.

Desde enero del año 2002 la gestión de la salud y, por ende de la salud mental, es responsabilidad de las Consejerías de Salud o Sanidad de cada CCAA. A partir de ahí fue necesario la transformación del Sistema Nacional de Salud y el impulso del Consejo Interterritorial como órgano de coordinación entre las CCAA y el Estado. Para regular esta coordinación se estableció un marco legal mediante la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (3). Esta Ley "*establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud*".

La Ley además propone unos instrumentos para la toma de decisiones que corresponderán asumir conjuntamente al Estado y Comunidades Autónomas. Dichos instrumentos los cataloga como Órganos Especializados e incluye entre ellos el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Define éste como órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo que proporcionará un "*análisis permanente del Sistema Nacional de la Salud en su conjunto mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de servicios, gestión sanitaria y resultados*". (Cap. VI: de la Calidad, sección 2, Art. 63).

El Observatorio se creó el 29 de agosto de 2003 (RD 1087/2003, de 29 de agosto). Es un órgano dependiente de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Paralelamente, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) valoró la necesidad de promover la creación de un observatorio específico de salud mental e impulsó su puesta en marcha con la participación de las Asociaciones Autonómicas.

La AEN planteó como objetivo de dicho Observatorio ofrecer "un análisis permanente del sistema de Salud Mental facilitando información objetiva, fiable y comparable de las diferentes CCAA".

Metodología

Para la instauración del observatorio de salud mental se ha organizado un Grupo de Trabajo constituido con la participación de todas las Asociaciones Autonómicas integradas en la AEN. Los miembros constituyentes de este grupo han sido nombrados por la Juntas Directivas de cada Asociación Autonómica. Cada uno de ellos es el responsable / representante de su Autonómica en el observatorio de salud mental (tabla 1)de la AEN.

Tabla 1. Responsables del observatorio

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	RESPONSABLES
ANDALUCÍA	Fermín Pérez
ARAGÓN	Álvaro Monzón
ASTURIAS	Cesar Sanz de la Garza
BALEARES	Isabel Salvador, Laura de la Fuente
CANARIAS	Cecilio Hernández de Sotomayor
CANTABRIA	Oscar Vallina
CASTILLA LA MANCHA	Maria del Mar Soler
CASTILLA LEÓN	Pilar de la Viña
CATALUÑA	Belén Díaz Mújica, Cristina Gisbert
EUSKADI y NAVARRA	Ander Retolaza
EXTREMADURA	Margarita Silvestre García
GALICIA	Fernando Márquez Gallego
MADRID	Iván de la Mata
MELILLA	Joaquín López de Guevara, Rosa Clarés
MURCIA	Marisa Terradillos
RIOJA	Carmen Merina Díaz
VALENCIA	Manuel Gómez Beneyto, Mikel Munárriz

En concreto, los pasos realizados han sido:

1. Análisis de los datos que el cuestionario elaborado por la anterior Junta Directiva de la AEN había a portado a fecha de Diciembre del 2002.
2. Reelaboración del Cuestionario (Anexo I).

3. Cumplimentación por parte del responsable del Cuestionario actual con los datos sobre la atención a salud mental en su CCAA a fecha de Diciembre del 2003.
4. Recogida e informatización de todos los datos para realizar su análisis.

En este Informe presentamos los datos aportados por los diferentes responsables de la AEN en cada CCAA, actualizados a Diciembre del 2003. Así mismo se ha realizado un análisis comparativo, cualitativa y cuantitativamente de la situación de la atención a la Salud Mental de las Comunidades Autónomas y de la Ciudad Autónoma de Melilla.

2. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

1. Planes de Salud Mental

En el Estado Español, las CCAA iniciaron el proceso de reforma de la atención a la salud mental partiendo de la Ley General de Sanidad y del Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica (4). En ambos documentos se proponía el *modelo comunitario* como el modelo a seguir, modelo que había sido alentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la actualidad, todas las CCAA tienen un Plan de Salud Mental aprobado, la mayoría en la década de los 90 (tabla 2). Casi todos han sido revisados excepto en Aragón, Baleares, Extremadura, Navarra y La Rioja.

Tabla 2. Planificación

COMUNIDAD AUTONOMA	PLAN SALUD MENTAL	APROBADO AÑO	REVISADO
ANDALUCIA	SI	-	PLAN INTEGRAL 2003 - 2007
ARAGON	SI	2002	NO
ASTURIAS	SI	1998	PLAN ESTRATÉGICO 2001 - 2003
BALEARES	SI	1998	NO
CANARIAS	SI	1997	2003
CANTABRIA	SI	1998	2002
CASTILLA LA MANCHA	SI	1984	1993
CASTILLA LEON	SI	1991	2002
CATALUÑA	SI	1991	1996 - 1999
EUSKADI	SI	1983	1990
EXTREMADURA	SI	1996	NO
GALICIA	SI	1987	1997 - 2003
MADRID	SI	1989-91	2003 (ambos) 1997: PASPEMGC: CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES
MELILLA	SI	-	-
MURCIA	SI	1995	1999
NAVARRA	SI	1986	NO
RIOJA	SI	1999	NO
VALENCIA (2002)	SI	1991	2001

Hemos de destacar que sólo Andalucía ha elaborado un Plan Integral (2003–2007); Asturias ha elaborado un Plan Estratégico (2001-2003). En Euskadi se han realizado varios documentos técnicos (1990), siendo el segundo de ellos un Plan Estratégico. Madrid tiene un Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Consejería de Sanidad y el Plan de Atención Social al Enfermo Mental Grave y Crónico de la Consejería de Servicios Sociales.

Pensamos que es importante reseñar que, aunque todas las CCAA tienen ya un Plan de Salud Mental aprobado, no existe un Servicio de Planificación específico para Salud Mental en: Cantabria, Melilla, La Rioja y Valencia. (tabla 3)

Respecto a la Salud Mental Infanto-Juvenil, sólo Andalucía y Murcia tienen un Plan específico de Salud Mental Infanto-Juvenil. En Castilla La Mancha, dicho Plan se ha incluido en el General.

Tabla 3. Servicio de Planificación

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SERVICIO PLANIFICACIÓN SALUD MENTAL
ANDALUCIA	Programa Autonómico de salud mental
ARAGON	SI
ASTURIAS	SI
BALEARES	SI
CANARIAS	SI
CANTABRIA	NO
CASTILLA- LA MANCHA	SI
CASTILLA LEON	SI
CATALUÑA	SI
EUSKADI	SI
EXTREMADURA	SI. Subdirección de Salud Mental
GALICIA	SI
MADRID	SI
MELILLA	NO
MURCIA	SI
NAVARRA	SI
RIOJA	NO
VALENCIA (2002)	NO

2. Normativa: Leyes, Decretos y Órdenes

El desarrollo y aplicación de los Planes de Salud Mental ha conllevado la implementación de nuevas normativas. Algunas de estas normativas han surgido a partir de disposiciones nacionales y otras se han configurado desde la situación político-administrativa de cada CA. De todas ellas destacamos:

• *Leyes*

Canarias:	Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria.
Cantabria:	Ley 1/1996 de salud mental.
Castilla la Mancha:	Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria.
Castilla León:	Ley 1/1993 de Ordenación del Sistema Sanitario.
Euskadi:	Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria.
Galicia:	Ley 8/1991 de creación del Servicio Galego de Saúde. Ley 9/1991 de Medidas básicas para la inserción social, modificada por la Ley 1/1999.
Madrid:	Ley 12/2001 de Ordenación sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid.
Valencia:	Ley 8/1987 de creación del Servicio Valenciano de Salud.

• *Decretos*

Andalucía:	Decreto 338/88 de Organización de los Servicios de Salud Mental
Asturias:	Decreto 81/1986 sobre Organización y funcionamiento de los servicios de salud mental. Modificado por los Decretos 119/1991, 61/1994, 183/1995 y 40/1997.
Baleares:	Decreto 37/2001 de creación del Fòrum de Salut Mental. Decreto 29/2002 de estructura orgánica del Servei Balear de Salut Decreto 34/2002 que modifica el Decreto 86/2000, que modifica los Decretos 86/2000 y 192/1996 de organización del Servicio Balear de Salud (SERBASA) y Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA). Decreto 99/2002 de Ordenación de la atención a la Salud Mental.
Canarias:	Decreto 83/1998 de Creación Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria
Cantabria:	Decreto 46/1998 de organización y funcionamiento de la asistencia psiquiátrica y salud mental.
Castilla León:	Decreto 83/1989 donde se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica.
Cataluña:	Decreto Ley 1999 sobre la Red de Centros de Salud Mental de utilización pública.
Galicia:	Decreto 389/1994 por el que se de regula la salud mental. Decreto 58/1996 de transferencia a la Comunidad Autónoma del Complejo Hospitalario Provincial-Rebullón, dependiente de la Diputación Provincial de Pontevedra. Decreto 135/1998 por el que se integra el Hospital Psiquiátrico Provincial O Rebullón en el Complejo Hospitalario Xeral-Cíes de Vigo.

	Decreto 347/2002por el que se regulan los pisos protegidos, viviendas de transición y unidades residenciales para personas con trastornos mentales persistentes.
Madrid:	Decreto 122/1997 de Servicios Sociales de atención Social, Rehabilitación y soporte comunitario de enfermos mentales graves y crónicos.
	Decreto 1/2002 de creación de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
Navarra:	Decreto 293/1998 de Transformación del Hospital Psiquiátrico en Centro Psicogeriátrico.
Valencia:	Decreto 148/1986: Prestación Servicios en materia de salud mental.
	Decreto 132/1996: Necesidades de los enfermos mentales.
	Decreto 81/1998: Definición recursos dirigidos a salud mental y asistencia psiquiátrica.

• *Órdenes*

Baleares:	Orden 11/4/2002 de funciones de la Conselleria de Salut i Consum.
Castilla la Mancha:	Orden 15/10/85: Guía Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
Castilla León:	Orden 9/3/90 que regula la estructura de coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica.
	Orden 19/4/91 que establece la delimitación territorial de la asistencia psiquiátrica.
Galicia:	Orden 2/11/86 por la que se crea la Comisión Asesora en materia de salud mental, modificada por la Orden del 2/10/96.
	Orden 20/11/1989 por la que se reorganizan los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.
	Orden 21/11/1989 por la que se adscriben funciones al Centros de Salud Mental de A Coruña.
	Orden de 30/5/1990 de creación del programa de formación posgraduada de Psicólogos para la atención de la salud mental.
	Orden 29/1/1996 por la que se regula la ordenación de los dispositivos de salud mental en la provincia de Ourense.
	Orden 12/5/1998 por la que se regula la ordenación de los dispositivos de salud mental de la provincia de Pontevedra.
	Orden 15/7/1998 por la que se crea la Comisión Asesora en Psicogeriatría.
	Orden 23/10/1998 por la que regula los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario.

Orden 20/4/1999 sobre atribución a las funciones definidas en el artículo 3.2º del Decreto 389/1994 por el que se regula la salud mental en Galicia.
Orden 24/1/2001 por la que se regulan las ayudas individuales no periódicas para minusválidos y personas mayores.
Orden 1/2/2001 por la que se establecen programas de fomento de empleo en empresas de economía social, para la promoción de empleo autónomo y para la integración laboral de las personas con discapacidad en centros especiales de empleo y trabajo autónomo.
Orden 11/12/2001 por la que se regula el establecimiento de subvenciones para la realización de programas destinados a prestarles atención a los enfermos mentales crónicos en los dispositivos de apoyo comunitario dependientes de las asociaciones de familiares de enfermos psíquicos y otras entidades sin ánimo de lucro. Continuándose con las Órdenes 27/12/2002 y 5/12/2003.
Orden 7/5/2002 por la que se regulan las ayudas para la realización de actividades de prevención del alcoholismo. Se reafirma con las Órdenes 1/8/2003 y 26/12/2003.

Murcia: Orden 13/5/95 de Sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental.

3. Financiación

Como se observa en la tabla siguiente (tabla 4), las únicas CCAA que poseen una financiación específica para salud mental son: Asturias, Castilla La Mancha, Castilla León, Euskadi, Galicia y Murcia. Hemos de reseñar que en esta Comunidad, el Hospital Psiquiátrico consume el 39,4% del presupuesto para salud mental.

En Madrid existe una financiación específica para los recursos que no dependen del antiguo INSALUD, básicamente la atención ambulatoria y la rehabilitación. En el momento de este informe, dicha financiación está en proceso de revisión.

Navarra no tiene financiación específica, sin embargo si que tiene un presupuesto anual específico para salud mental.

En Castilla la Mancha, Castilla León y Cataluña no se conoce cual es el presupuesto anual, o como en el caso de Madrid, no se puede calcular al no estar la gestión de los principales proveedores.

Tabla 4. Financiación

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ESPECÍFICA	PRESUPUESTO ANUAL	% DEL PRESUPUESTO TOTAL DE SANIDAD	€ / HAB.
ANDALUCIA	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe
ARAGON	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe
ASTURIAS	SI	1.030.884.259 €	No se sabe	No se sabe
BALEARES	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe
CANARIAS	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe
CANTABRIA	NO			
CASTILLA LA MANCHA	SI	No se sabe	No se sabe	No se sabe
CASTILLA LEON	SI	No se sabe	-	-
CATALUÑA	SI	No se sabe	5,48	43,87
EUSKADI	SI	90, 15 mill. €	7,7	44,03
EXTREMADURA	NO	15.000.000 €	1,5%	15
GALICIA	SI	107.709.374 €	5,42	39,43
MADRID	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe
MELILLA	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe
MURCIA	SI	2.140.989.000 € * H.P.:39,4%	No se sabe	No se sabe
NAVARRA	NO	23.642.965	No se sabe	42,5%
RIOJA	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe
VALENCIA (2002)	NO	No se sabe	No se sabe	No se sabe

Del presupuesto total de sanidad, sólo conocemos el porcentaje destinado a Salud Mental de las siguientes CCAA:

Castilla León 5,48%
Euskadi 7,70%
Extremadura 1,50%
Galicia 5,42%

Con respecto al porcentaje de euros por habitante dedicado expresamente a la atención a la salud mental, conocemos los siguientes:

Cataluña: 43,87 €
Euskadi: 44,03 €
Extremadura: 15,00 €
Galicia: 39,43 €
Navarra: 42,50 €

4. Gestión de la Red de Salud Mental:

En todas las CCAA, la atención a la salud mental está integrada en la Sanidad General, tal como recomienda la Ley General de Sanidad. En líneas generales, la gestión se organiza desde las Consejerías de Sanidad. (tabla 5)

Tabla 5. Gestión de la red de atención a la Salud Mental

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ADMINISTRACIÓN RESPONSABLE	INTEGRADA SANIDAD GENERAL	ESPECÍFICA SALUD MENTAL
ANDALUCIA	Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud	SI	NO
ARAGON	Consejería de Salud y Consumo. Servicio Aragonés de Salud	SI	SI
ASTURIAS	Servicio Salud Principado Asturias Unidad de Coordinación de S.M.	SI	SI
BALEARES	Conselleria de Salut (IB-Salut)	SI	NO
CANARIAS	Servicio Canario de Salud	SI	SI
CANTABRIA	Conselleria de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales	SI	NO
CASTILLA LA MANCHA	Junta Castilla la Mancha y Diputación Provincial (local)	SI	SI
CASTILLA LEON	Consejería Sanidad de Castilla y León	SI	SI
CATALUÑA	Servei Catalá de Salut	SI	SI
EUSKADI	Osakidetza (Servicio Vasco de Salud)	SI	
EXTREMADURA	Servicio Extremeño de Salud. Diputaciones Provinciales	SI	NO
GALICIA	Servicio Gallego de Salud	SI	SI
MADRID	Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud Consejería de Servicios Sociales	SI	parcialmente
MELILLA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria INGESA	SI	NO
MURCIA	Servicio Murciano de Salud	SI	SI
NAVARRA	Consejería de Salud. Subdirección de Salud Mental	SI	SI
RIOJA	Servicio Riojano Salud	SI	NO
VALENCIA (2002)	Conselleria de Sanitat, Conselleria de Benestar Social, Diputación	SI	NO

Sin embargo, hemos de señalar que, en algunas CCAA como Cantabria, Castilla la Mancha, Extremadura, Madrid y Valencia participan en esta gestión otras administraciones como las consejerías de servicios sociales y las diputaciones y ayuntamientos.

Es especialmente significativo la participación de la Consejería de Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma de Madrid que elaboró, en 1997, un *"Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (PASPEMGC)"* complementario al Plan de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

Solamente las CCAA de Aragón, Asturias, Canarias, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Galicia, Murcia y Navarra tienen una Gestión específica para Salud Mental, pero desconocemos la infraestructura que conlleva.

5. Coordinación de la Red de Salud Mental:

Una asistencia de calidad en salud mental implica la coordinación entre los distintos dispositivos de la red sanitaria y no sanitaria implicados por un lado, y por otro la coordinación entre las administraciones con alguna responsabilidad en salud mental. Además esta asistencia de calidad implica que estas coordinaciones han de estar apoyadas desde una organización que las regule y garantice, tanto mediante la ordenación de las acciones que deben llevarse a cabo, como la valoración del tiempo de los profesionales dedicado a ellas.

Por todo ello, las preguntas en el Cuestionario sobre el modo de organización de la coordinación en la atención a la salud mental se dividieron en tres items: Unidad Funcional, Coordinación entre Administraciones y Coordinación entre Dispositivos. Los resultados del cuestionario figuran en la tabla 6 de forma detallada. Como datos destacamos:

- Las Unidades Funcionales de Coordinación solamente existen en
  - · En Castilla la Mancha se denomina: Comisión Consultiva.
  - · En Galicia, la realiza el Servicio de Salud Mental.
  - · En Madrid se denomina: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Tabla 6. Coordinación de la Red de Salud Mental

COMUNIDAD AUTONOMA	ENTRE ADMINIST.	UNIDAD FUNCIONAL	REGULACIÓN DE LA COORDIANCIÓN ENTRE DISPOSITIVOS
ANDALUCIA	SI	SI	SI Junta de Área
ARAGON	SI	SI	NO
ASTURIAS	SI	NO	SI
BALEARES	SI	SI	NO
CANARIAS	NO	SI	SI
CANTABRIA	SI	NO	NO
CASTILLA LA MANCHA	SI	SI: Comisión Consultiva	SI: Comité Técnicos de Coordinación de Área de Salud
CASTILLA LEÓN	NO	SI	SI
CATALUÑA	SI	SI	SI
EUSKADI	-	-	SI: Comisiones de Salud Mental
EXTREMADURA	SI	NO	SI
GALICIA	SI	Servicio de Salud Mental	SI
MADRID	SI	SI: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental	SI: Comisión de Asistencia de Área
MELILLA	SI	SI	SI
MURCIA	SI	SI	SI
NAVARRA	SI	SI	SI
RIOJA	SI	SI	SI
VALENCIA (2002)	NO	NO	NO

- Las coordinaciones entre Administraciones existen en todas las CCAA, excepto en Canarias, Castilla León y Valencia.
- Pensamos que existen en casi todas las CCAA algún tipo de coordinación entre los dispositivos, aunque sólo conocemos que esté regulada formalmente como tal en:
  - En Andalucía: se denomina Junta de Área
  - Castilla la Mancha: se denomina Comité Técnico de Coordinación de Área de Salud.
  - Euskadi: se denominan Comisiones de Salud Mental.
  - Madrid: Comisión de Asistencia de Área.

6. Sistemas de Información:

Los Sistemas de Información y recogida de datos de las distintas CCAA. Aparecen en la tabla 7. En general el desarrollo de los sistemas de información es insuficiente en la mayoría de las CCAA y muchas veces cada administración responsable tiene su propia metodología de recogida de datos y sistemas de información que no se operan de forma integrada.

Tabla 7. Sistemas de Información

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SISTEMA DE INFORMACIÓN	RECOGIDA DE DATOS
ANDALUCIA	SI	SI
ARAGON	En elaboración	SI
ASTURIAS	SI	SI
BALEARES	NO	NO
CANARIAS	SI	SI
CANTABRIA	NO	NO
CASTILLA LA MANCHA	Estructura y actividad	General sistema sanitario (AT especializada)
CASTILLA LEON	SI	SI
CATALUÑA	SI	SI
EUSKADI	SI	R.A.C.P. y C. M. B. D.
EXTREMADURA	NO	SI
GALICIA	SI	R.A.C.P.(implantación parcial), CMBD, SISINFO
MADRID	SI	R.A.C.P y Sistemas generales de Atención Especializada: SISCAM, HP-HIS.
MELILLA	SI	SI
MURCIA	SI	SI
NAVARRA	SI	SI
RIOJA	SI	R.A.C.P.
VALENCIA (2002)	NO	SI

Así, solo se ha informado de la recogida de datos en formato de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.) en Euskadi, Galicia (implantación parcial), Madrid y la Rioja.

Existen otros sistemas de recogida de datos e información. Además del RACP, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se utiliza en Euskadi y Galicia. El SISINFO también en Galicia, y los sistemas de recogida de datos de Atención Especializada (HP-HIS, SISCAM) en Madrid. En Castilla la Mancha, la recogida de datos se realiza dentro del Sistema Sanitario Especializado.

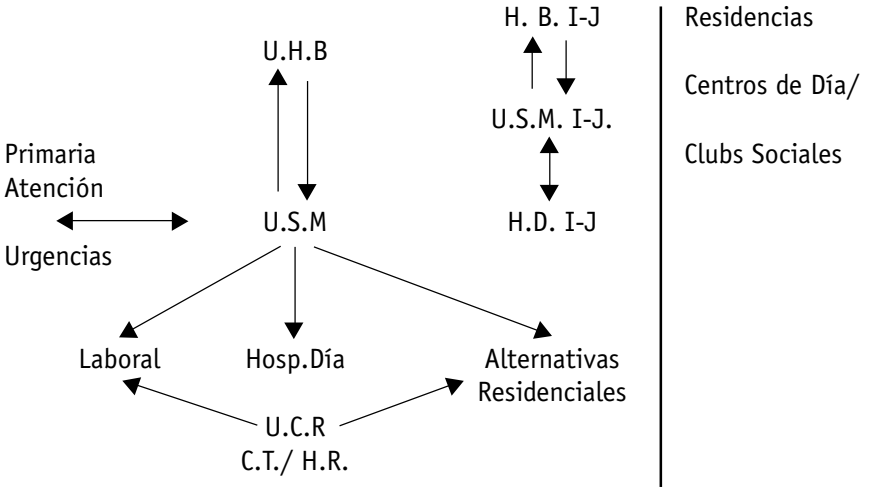
Baleares y Cantabria no cuentan con un sistema de recogida de datos, ni con un Sistema de Información.

En Aragón se está elaborando el Sistema de Información, que tampoco existe en Extremadura ni Valencia.

3. DATOS DE LA RED ASISTENCIAL

En 1985, la AEN apoyó el Modelo Comunitario como el mejor modelo para realizar una atención de calidad en salud mental. Se elaboró un documento con los principios en los que se basaba este modelo de atención (5): Territorialidad, Interdisciplinariedad, Integralidad, Integración, Continuidad Terapéutica, Equipo Comunitario y Participación Comunitaria.

En función de estos principios y siguiendo el Cuaderno Técnico nº 4 de la AEN: *Hacia una atención Comunitaria de Salud Mental de Calidad* (7), presentamos el esquema planteado para explicar la Red de Dispositivos de Salud Mental en un Área Sanitaria:



Basándonos en este esquema, en el Cuestionario se incluyeron preguntas sobre los distintos dispositivos necesarios para dar respuesta a las necesidades de atención en salud mental a la población de referencia.

Cada dispositivo de atención se ha intentado definir con parámetros básicos que tracen lo más precisamente posible, las características del dispositivo. Los parámetros utilizados han sido: Denominación, población de referencia, número de dispositivos, número de consultas, número de camas, Profesionales, Programas y Dependencia administrativa.

La utilización de estos diferentes parámetros, tanto cualitativos como cuantitativos, ha permitido el análisis comparativo entre las diferentes CCAA.

1. Unidades/Centros de Salud Mental

- Adultos

Empezaremos por el Centro o Unidad de Salud Mental que es el elemento central, el eje de la Red de salud mental y responsable del proceso asistencial del paciente.

Los parámetros que comprenden este apartado son: Denominación, población de referencia, número de centros, habitantes por centro de salud mental, actividad asistencial y programas básicos definidos.

Las respuestas en el Cuestionario nos aportan las siguientes informaciones:

Tabla 8. Unidades/Centros de Salud Mental Adultos

COMUNIDAD AUTONOMA	DENOMINACIÓN
ANDALUCIA	Equipo de Salud Mental Comunitario
ARAGÓN	Centro de Salud Mental de Adultos
ASTURIAS	Centro de Salud Mental
BALEARES	Unidad de Salud Mental
CANARIAS	Unidades de Salud Mental Comunitarias
CASTILLA LA MANCHA	Unidad de Salud Mental
CASTILLA LEON	Equipos de Salud Mental
CATALUÑA	Centros de Salud Mental * Consultas Periféricas
EUSKADI	Centros de Salud Mental
EXTREMADURA	Equipos de Salud Mental
GALICIA	Unidad de Salud Mental Comunitaria
MADRID	Servicios de Salud Mental de Distrito
MELILLA	Unidad de Salud Mental
MURCIA	Centro Salud Mental Adultos
NAVARRA	Centros de Salud Mental
RIOJA	Equipos de Salud Mental
VALENCIA (2002)	Unidad de Salud Mental

- Denominación: Como se observa en la tabla 8 existen dos grandes categorías para la definición de este dispositivo:
  - Unidades /Equipos de Salud Mental
  - Centros de Salud Mental

  Algunos tienen la sobre-denominación de Comunitario o de Distrito.
- La población de referencia de los Centros /U.S.M. aparece en la tabla 9. Los datos nos aportan unas cifras muy dispersas: desde los 49.181 habitantes/Centro en Euskadi hasta los 160.579 (de media) en Madrid.

Tabla 9. Población de Referencia

COMUNIDAD AUTONOMA	NÚMERO EQUIPOS/CENTROS	HABITANTES / EQUIPOS o CENTROS
ANDALUCIA	71	101.703
ARAGON	20	52.722
ASTURIAS	15	69.670
BALEARES	8	95.824,5
CANARIAS	17	101.067
CANTABRIA	6	70.757
CASTILLA LA MANCHA	21	65.754
CASTILLA LEON	37	68.056
CATALUÑA	68 +10 consultas periféricas	71200
EUSKADI	37	49.181
EXTREMADURA	14	76.357
GALICIA	35	67.116
MADRID	36	160.579
MELILLA	1	63.000
MURCIA	14	85.027
NAVARRA	9	61.758
RIOJA	5	56.646
VALENCIA (2002)	62	117.000

· En la Actividad Asistencial se recogieron los siguientes items: Primeras visitas, Segundas Visitas y Total de Consultas realizadas por 1.000 habitantes. Los resultados se presentan en la tabla 10. No tenemos datos de Asturias ni de Cantabria. Valencia nos aporta datos del año 2002 y Madrid del año 2000.

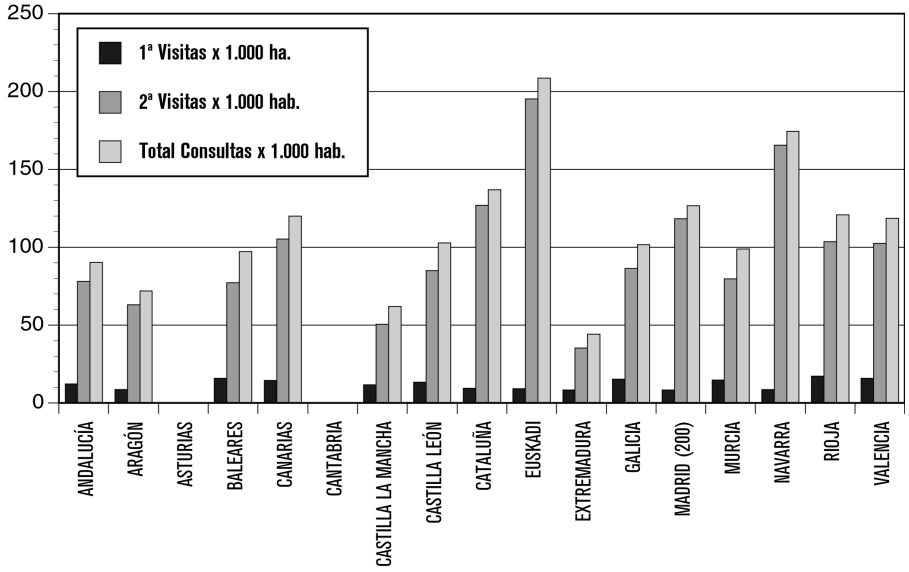
Tabla 10. Actividad Asistencial Unidades/Centros Salud Mental Adultos

COMUNIDAD AUTONOMA	1ª Visitas / 1.000 hab.	2ª Visitas / 1.000 hab.	Total Consultas /1000 hab.
ANDALUCIA	12.20	78.20	90.4
ARAGON	8,77	63,19	71,96
ASTURIAS	-	-	-
BALEARES	15,79	77,33	97,20
CANARIAS	14,63	105,4	120,03
CANTABRIA	-	-	-
CASTILLA LA MANCHA	11,6	50,5	62,1
CASTILLA LEON	13,33	84,95	102,8
CATALUÑA	9,61	127	137
EUSKADI	9,19	195,4	208,79
EXTREMADURA	8,36	35,38	44,21
GALICIA	15,3	86,4	101,7
MADRID (2000)	8,43	118,30	126,73
MELILLA	19	41	60
MURCIA	14,9	79,9	99
NAVARRA	8,7	165,7	174.4
RIOJA	17,25	103,61	120,86
VALENCIA (2002)	16	102,6	118,6

Teniendo en cuenta lo anterior, si realizamos un análisis comparativo de losdatos, éstos nos muestran la gran disparidad (grafico1) entre las distintas CCAA:

- En las Primeras visitas, las cifras van desde los 8,36 por 1.000 habitantes de Extremadura hasta los 17,25 por 1.000 en La Rioja.
- En Sucesivas, el menor número se realiza en Extremadura con 35,38 por 1.000 habitantes siendo el mayor en Euskadi con 195,4.
- Respecto al Total de Visitas por 1.000 habitantes, Extremadura sigue siendo teniendo el menor con 44,21 y Euskadi el mayor con 208,79.

Gráfico1. Actividad Asistencial Unidades/ Centros Salud Mental Adulto



· Programas Básicos Definidos: En el Cuestionario elaborado, no se incluyeron criterios claros de definición de *Programa Básico*, ni se pidió valoración del grado de desarrollo de los programas, por lo cual las respuestas a este parámetro han de tomarse con cautela. En el cuestionario (Anexo I), se propusieron varios Programas: Intervención comunitaria, Visita domiciliaria, Programa atención a Psicóticos, Psicoeducación familiar, Psicoterapia grupal, Programa de Apoyo/Coordinación con Atención Primaria de Salud, Programa de Atención Toxicomanías, Informatización de las demandas, Programa niños-adolescentes y Otros.
En la tabla 11 se presentan los datos obtenidos. Queremos resaltar que en muchas CCAA los Centros de Salud Mental realizan también atención a Toxicomanías.

Tabla 11. Programas básicos definidos unidades/Centros Salud Mental Adultos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Interven comunt.	Visita Domicl	Atenc. Psicótico	Psicoedu Familiar	Psicot. Grupal	Apoyo A.P.	Atenc. Toxicom	Informatiz. Demadas	Program I-J	Otros
ANDALUCIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	Socio – sanitario (FAISEM)
ARAGON	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	
ASTURIAS	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
BALEARES	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	Trastornos Conducta Alimentaria
CANARIAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
CANTABRIA	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
CASTILLA LA MANCHA		SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	
CASTILLA LEON	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	Conductas suicidas Personas Mayores
CATALUÑA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
EUSKADI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Trastornos Conducta Alimentaria
EXTREMADURA	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	Atención y Traslados Urgencias
GALICIA	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	Trastornos Cond. Almt. Alcoholismo Intervención en crisis Urgencias Extrahop. Neuropsiquiatras
MADRID	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	Alcoholismo Neuropsiquiatras
MELILLA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	
MURCIA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	Urgencias
NAVARRA	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	
RIOJA	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
VALENCIA (2002)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Trastorno Conducta Alimentaria Neuropsiquiatras

Esto sucede en: Asturias, Castilla la Mancha, Castilla León, Euskadi, Navarra y la Rioja, ya que la Red de Salud Mental y la de Toxicomanías están integradas. En Murcia, aunque se atienden Drogodependencias en los Centros de Salud Mental, la red de atención a la salud mental y la red de atención a las drogodependencias, son distintas.

Es significativo que ni en Castilla León, Murcia ni Valencia realizan el Programa de Apoyo a Atención Primaria de Salud.

Respecto a otros programas que se desarrollan en los Centros de Salud Mental, hemos de destacar:

- Andalucía: Socio-sanitario (lo realiza la Fundación Andaluza para la reinserción social del Enfermo mental, FAISEM).
- Baleares, Euskadi, Galicia y Valencia: Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Castilla León: Conductas Suicidas, Personas Mayores.
- Extremadura y Murcia: Atención y Traslados y Urgencias.
- Galicia y Madrid: Alcoholismo.
- Galicia: Intervención en crisis y Urgencias Extrahospitalarias.

También es muy significativo que todavía existan neuropsiquiatras de zona en Madrid, Galicia y Valencia.

· Profesionales por 100.000 habitantes: Los datos aportados por las CCAA (excepto Cantabria) se presentan en la tabla 12.

  Comparando los datos aportados, podemos resaltar que:

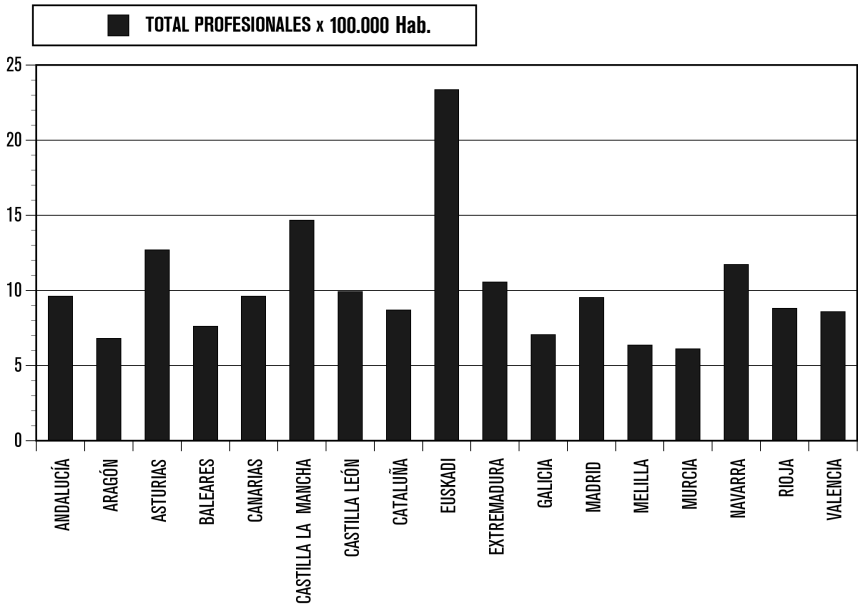
  - Psiquiatras: El menor número lo tienen en Melilla con 1,58. y el mayor número está en Euskadi con 6,10 por 100.000 habitantes.
  - Psicólogos Clínicos: El menor número está en Andalucía con 1,38 y el mayor en Extremadura, con 3,77 por 100.000 habitantes.
  - Enfermería: El menor lo tienen en Murcia, con 1y el mayor en Euskadi con 4,17 por 100.000 habitantes.
  - Trabajador Social: En Melilla no consta ninguno. El mayor número lo tienen en Euskadi con 2,26 por 100.000 habitantes.
  - Auxiliar de Clínica: El menor número lo tienen en Baleares, Melilla y Murcia (donde no se ha reflejado ninguno); y el mayor está en Andalucía con 1,77 por 100.000 habitantes.
  - Terapeutas Ocupacionales: Solo hay en Castilla la Mancha, Euskadi, Madrid y La Rioja.

  Para realizar un mejor análisis de la dispersión de profesionales por 100.000 hab., elaboramos el siguiente gráfico (gráfico 2) .

Tabla 12 . Profesionales Unidades/ Centros Salud Mental Adultos x 100.000 Habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO	ENFERMERÍA	TRABAJADOR SOCIAL	AUXILIAR CLINICA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	OTROS	TOTAL
ANDALUCÍA	2,95	1,38	1,38	1,05	1,77	-	1,08	9,61
ARAGÓN	2,99	1,83	1,66	0,41	0,33	-	-	6,81
ASTURIAS	4,78	1,43	1,82	1,05	1,72	0	1,91	12,71
BALEARES	2,14	2,08	1,62	0,87	0	0	0,92	7,63
CANARIAS	2,6	2,33	2,03	0,55	1,21	0	0,91	9,63
CASTILLA LA MANCHA	4,2	2,91	2,97	1,35	1,46	0,05	1,74	14,68
CASTILLA LEÓN	3,49	2,09	1,7	0,54	0,74	0	1,37	9,93
CATALUÑA	3,57	3,14	0,91	1,08			-	8,7
EUSKADI	6,10	3,12	4,17	2,26	1,68	0,29	5,76	23,38
EXTREMADURA	4,15	3,77	1,98	0,66	-	-	10,56	-
GALICIA	2,68	1,67	1,02	0,46	0,037	0	1,220	7,07
MADRID	3,84	1,70	1,90	1,12	0,66	0,31	-	9,53
MELILLA	1,59	1,59	1,59	0	0	0	1,59	6,36
MURCIA	2,81	1,89	1	0,42	0	0	-	6,12
NAVARRA	4,19	2,51	2,51	1,62	0,90	0	-	11,73
RIOJA	2,82	2,47	2,47	0,35	0,35	0,35	-	8,81
VALENCIA	3,40	1,57	1,35	0,49	1,18	-	0,60	8,59

Gráfico 2
Total Profesionales x 100.000 Hab. Unidades/Centros Salud Mental Adultos



El total de profesionales en Atención Comunitaria de Adultos por 100.000 habitantes en cada CCAA refleja que el menor número pertenece a Murcia con 6,12 y el mayor número pertenece a Euskadi con 23,38 por 100.000 habitantes.

- Infanto-Juvenil

El desarrollo de los dispositivos de atención a la población Infanto-Juvenil con problemas de salud mental ha sido más lento e irregular en todas las CCAA. Este nivel de cuidados y atención posee unas características específicas, por ello, en el Cuestionario, los parámetros para su análisis son distintos.

Hemos de recordar, como dijimos anteriormente, que Andalucía y Murcia son las únicas CCAA con un Plan de Salud Mental específico para la población Infanto-Juvenil. En Castilla la Mancha hay un Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil incluido en el general.

Otra característica importante y exclusiva de Andalucía es que las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil son también Hospitales de Día.

Los primeros parámetros evaluados en las Unidades/Centros de salud mental Infanto-Juvenil son presentados en la tabla 13.

Tabla 13. Unidades/Centros Salud Mental Infanto-Juvenil

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN	RANGO EDAD	NÚMERO UNIDADES	HAB./UNIDAD
ANDALUCIA	Unidad Salud Mental Infanto – Juvenil – Hospital de Día	0 – 18	13	138.866 (*25% pob. Total)
ARAGON	Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil	0 – 18	5	60.211 (*25% pob. Total)
ASTURIAS	Unidad Infanto-Juvenil	0 – 14	4	27.146 (media)
BALEARES	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	0 – 14	2	91.294 .Mallorca Ibiza: 17.000
CANARIAS	Unidad de Salud Mental Comunitaria	0 – 17	18	25.267 (*25% pob. Total)
CANTABRIA	Centros de Atención Infanto juvenil	0 – 17	1	131.784 (*25% pob. Total)
CASTILLA LA MANCHA	Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil	0 – 17	8	55.689 (*25% pob. Total)
CASTILLA LEON	Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil	0 – 17	6	103.763 (*25% pob. Total)
CATALUÑA	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil *Consultas Periféricas	0 – 17	41 + 21 Consultas Periféricas	30.512 (media)
EUSKADI	Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil	0 – 16	13 (7 específicas y 6 en CSM)	42.500 (media)
EXTREMADURA	Equipo de S.M. Infanto-Juvenil	0 – 18	2	132.500tal) (*25% pob. To
GALICIA	Unidad Salud Mental Infanto -Juvenil	0 – 16	8	43.351 (media)
MADRID	Programas de S.M. de niños y adolescentes	0 – 18	30	45.195 (*25% pob. Total)
MELILLA		0 – 17	1	15.750 (*25% pob. Total)
MURCIA	Centro Salud Mental Infanto-Juvenil	0 –15	2 (+ 1 Consulta)	73.217(media)
NAVARRA	Programa Infanto-Juvenil	0 – 16	9	9783 (media)
RIOJA	Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil	0 – 15	1	70.807 (25% total)
VALENCIA (2002)	Unidad Salud Mental Infantil y de la Adolescencia	0 - 14	11 (7 específicas + 4 en U.S.M. adultos	56.000 (media)

- Denominación: En casi todas las CCAA se denominan Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, a excepción de Castilla León y Euskadi donde se llaman *Equipos de Psiquiatría* Infanto-Juvenil, y de Madrid y Navarra donde son *Programas*.
- Rango Edad: Se pueden diferenciar varios grupos de edades entre la población a la que se dirige la atención:
  - De 0 a 14 años: En Asturias, Baleares y Valencia
  - De 0 a 15 años: En Murcia y La Rioja
  - De 0 a 16 años: En Euskadi, Navarra, Galicia y Extremadura
  - De 0 a 17 (18) años: En Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Extremadura, Madrid y Melilla.

- Número de Unidades: Hemos de resaltar que en Euskadi y en Valencia, hay Unidades específicas y otras que se incluyen en las Unidades de Salud Mental de Adultos. En Murcia existe además una Consulta de salud mental Infanto-Juvenil y en Cataluña cuentan con 21 Consultas periféricas.
- Nivel de atención: En el cuestionario, introducimos el término de nivel de atención para poder diferenciar si las derivaciones se realizaban desde Atención Primaria de Salud (nivel de atención secundario) o desde las Unidades / Centros de Salud Mental (nivel terciario). En resumen, las respuestas señalan que sólo se dan a nivel terciario en Andalucía, Aragón, Castilla León, Extremadura y La Rioja.
- Habitantes por Unidad: Hemos intentado calcular qué población de referencia Infanto-Juvenil podrían tener las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil pero no ha sido posible debido a la diferencia del Rango de Edad de población a la que se dirige la atención. Si se calcula que la población Infanto-Juvenil (0 – 18 años) es el 25% de la general, sólo podremos aproximarnos a la población de referencia en las CCAA que ofrezcan esta prestación hasta los 18 años. A pesar de estas dificultades en la tabla 13 se reflejan los datos que se han podido obtener.
- Actividad asistencial. No ha sido posible disponer de los datos de las CCAA. de Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla León, Cataluña ni Extremadura. Del resto de las CCAA, las respuestas aportan los datos reflejados en la tabla 14.

Tabla 14. Actividad Asistencial Unidades/Centros Salud Mental Infanto-Juvenil

COMUNIDAD AUTÓNOMA	1ª Consultas x 1.000 habitantes	Consultas Sucesivas x 1.000 habitantes	Total Cosultas x 1.000 habitantes
ANDALUCIA	0.63	5.33	5.96
ARAGON	1,77	16,62	18,39
BALEARES	7,49	45,95	54,06
CASTILLA LA MANCHA	8,5	76,5	85
EUSKADI	10,85	181,2	233,8
GALICIA	11,39	85,85	97,24
MADRID (2000)	6,58	11,94	63,8
MELILLA	0,12	0,19	0,31
MURCIA	19.8	92	112
NAVARRA	9,7	78.4	86.3
RIOJA	6,49	86,55	93,04
VALENCIA (2002)	6,71	38,77	45,48

Los ítems evaluados en este parámetro de actividad asistencial: primeras consultas, consultas sucesivas y total consultas por 1.000 habitantes permiten hacer una análisis comparativo:

- Primeras consultas: El menor número está en Melilla con 0,12 por 1.000 habitantes y el mayor Murcia con 19,8 primeras visitas por 1.000 hab.
- Consultas sucesivas: El menor número se realiza en Melilla con el 0,19, y el mayor en Euskadi con 181,2 por 1.000 habitantes.

- Número total de consultas: el menor número se realiza también en Melilla con 0,31, y el mayor en Euskadi con 233,8 por 1.000 habitantes.

· En relación al número de profesionales de las unidades/centros de salud mental infanto-juvenil, la tabla 15 nos muestra los datos de los profesionales por 100.000 habitantes en las distintas CCAA excepto de Canarias, Cantabria y Cataluña. Cabe destacar:
  - Psiquiatras: El menor número lo tienen en Extremadura con 0,19 y el mayor en Melilla con 1,59.
  - Psicólogos: El menor número está en Castilla León con 0,18 y el mayor en Melilla con 1,59.
  - Enfermería: Si exceptuamos Melilla donde no hay ningún Enfermero, el menor número está en Galicia y Valencia con 0,11. El mayor número es en Andalucía con 0,64 (recordamos que las U.S.M. Infanto-Juvenil son también Hospitales de Día).
  - Trabajador social: Castilla León, Melilla y La Rioja no tienen ninguno. El mayor número de Trabajadores Sociales está en Castilla la Mancha con 0,22.
  - Auxiliar de clínica: Sólo hay en Andalucía (U.S.M./ H.D.), Aragón, Asturias, Galicia, Navarra y Valencia.
  - Terapeutas Ocupacionales: Sólo hay en Andalucía con 0,12 por 100.000 habitantes.

Si analizamos el Total de Profesionales de las Unidades/Centros de salud mental Infanto-Juvenil por 100.000 habitantes (gráfico 3) observamos que el mayor número de Profesionales está en Melilla con el 3,18 y el menor número en Castilla León con 0,7.

Gráfico 3
Total Profesionales Unidades/Centros Salud Mental Infanto-Juvenil x 100.000 Hab.

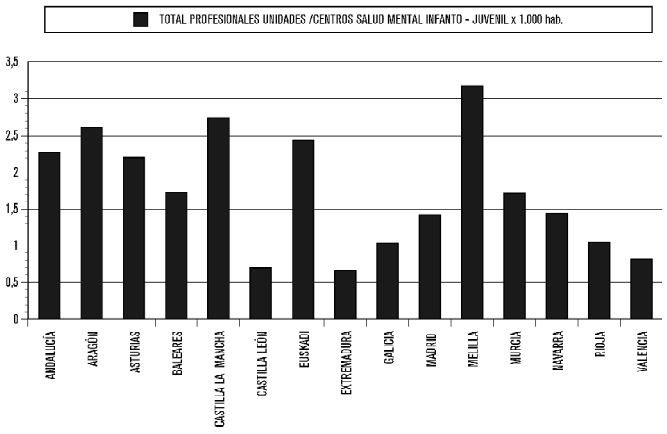


Tabla 15. Profesionales Unidades/Centros Salud Mental Infanto-Juvenil x 100.000 Habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO	ENFERMERÍA	TRABAJADOR SOCIAL	AUXILIAR CLINICA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	OTROS	TOTAL
ANDALUCÍA	0,40	0,39	0,64	0,14	0,51	0,12	0,07	2,27
ARAGÓN	0,75	0,58	0,50	0,12	0,33	-	0,33	2,61
ASTURIAS	0,48	0,48	0,48	0,19	0,29	0	0,29	2,21
BALEARES	0,52	0,58	0,12	0,12	0	0	0,39	1,73
CASTILLA LA MANCHA	0,62	0,78	0,62	0,22	-	-	0,5	2,74
CASTILLA LEÓN	0,40	0,18	0,12	0	0	0	0	0,7
EUSKADI	1,10	0,96	0,38	-	-	-	-	2,44
EXTREMADURA	0,19	0,19	0,19	0,09	-	-	-	0,66
GALICIA	0,41	0,33	0,11	0,15	0,03	0	-	1,03
MADRID	0,63	0,79	-	-	-	-	-	1,42
MELILLA	1,59	1,59	0	0	0	0	0	3,18
MURCIA	0,80	0,59	0,25	0,08	-	-	-	1,72
NAVARRA	0,36	0,36	0,18	0,18	0,18	-	0,18	1,44
RIOJA	0,35	0,35	0,35	0	0	-	-	1,05
VALENCIA	0,26	0,24	0,11	0,07	0,045	-	0,09	0,815

· Respecto a las respuestas de las CCAA sobre los programas básicos definidos en las unidades de salud mental infanto-juvenil, podemos señalar que la especificidad de la atención a la salud mental infanto-juvenil se refleja, sobre todo, en esos Programas básicos de atención. En el cuestionario (Anexo I), se propusieron varios programas: evaluación y diagnóstico, tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico, tratamiento familiar, psicoterapia grupal, programa de trastornos generalizados del desarrollo, programa de apoyo/coordinación con atención primaria de salud, programa de coordinación con: Educación, Servicios Sociales, Justicia y otros.
La tabla 16 muestra los datos de esos programas indicando como en casi todas las CCAA se aplican.

Tabla 16. Programas básicos definidos en unidades/centros salud mental infanto-juvenil

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Evaluación y Diagnóstico	Trat. Psicoterapéutico y Farmacológico	Trat. Familiar	Psicoterapia Grupal	Prog. Trast. General. Desarrro	Prg. Apoyo. A.P.	Coord Recur. Comut.	Otros
ANDALUCIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Psicosis TCA Trastr. Disocial.
ARAGON	SI	SI	SI	-	-	-	SI	-
ASTURIAS	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	-
BALEARES	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	-
CANARIAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
CANTABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTILLA LA MANCHA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-
CASTILLA LEON	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
CATALUÑA	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
EUSKADI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Acogida
EXTREMADURA	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
GALICIA	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	Prevención
MADRID	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
MELILLA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	TCA
MURCIA	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	-
NAVARRA	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	-
RIOJA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-
VALENCIA (2002)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-

Destacamos los programas específicos de:

- Trastornos generalizados del desarrollo que se aplican en Andalucía, Castilla la Mancha, Euskadi, Melilla y La Rioja.

- Programa de coordinación con los recursos comunitarios (Educación, Servicios Sociales, Justicia, Protección de Menores, etc.): se aplican en todas las CCAA excepto en Canarias, Castilla León, Murcia y Valencia.
- Otros programas son: trastornos de la conducta alimentaria en Melilla; Trastornos disociales en Andalucía; Acogida en Euskadi, y prevención en Galicia.

2. Unidades de Hospitalización Breve:

• Hospitalización breve de adultos:

Los parámetros propuestos en el cuestionario para evaluar este dispositivo han sido: Denominación, Ubicación, Número total de camas por 1.000 habitantes, Unidades Específicas y Profesionales.

Las respuestas manifiestan los siguientes datos:

· Denominación: Respecto a la Hospitalización, la denominación de "Breve o corta estancia" es el término más empleado, unido al de "Psiquiátrica". Sólo en Murcia y Cataluña se utiliza el término de "Agudos". Debemos destacar que sólo en Andalucía se utiliza el término "Salud Mental". (tabla 17)

Tabla 17. Denominación Unidades Hospitalización breve Adultos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN
ANDALUCIA	Unidad Hospitalización de Salud Mental
ARAGON	Unidad de Hospitalización Breve
ASTURIAS	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
BALEARES	Unidad Hospitalización Breve
CANARIAS	Unidades de Internamiento Breve
CANTABRIA	Unidad Hospitalización Breve
CASTILLA LA MANCHA	Unidad Hospitalización Breve
CASTILLA LEON	Unidad Hospitalización Psiquiátrica
CATALUÑA	Unidades de Agudos Adultos
EUSKADI	Servicio de Psiquiatría. Unidad Corta Estancia
EXTREMADURA	Unidad Hospitalización Breve
GALICIA	Unidad Hospitalización Psiquiátrica
MADRID	Unidad Hospitalización Psiquiátrica Breve
MELILLA	Planta Psiquiatría
MURCIA	Unidad de Agudos
NAVARRA	Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
RIOJA	Unidad Hospitalización Psiquiátrica
VALENCIA	Unidad Hospitalización Psiquiátrica

· Ubicación: Queremos señalar que existen todavía Hospitales Psiquiátricos con esta denominación en Baleares, Cataluña, Cantabria, Castilla León, Extremadura, Madrid, Murcia y Valencia. En todos ellos hay Unidad de Hospitalización Breve. Sin embargo, no tenemos datos de las camas existentes para Hospitalización Breve en los Hospitales Psiquiátricos de Cantabria ni Castilla León.

Del resto de CCAA, donde se ha facilitado el número de las camas disponibles en el Hospital Psiquiátrico, hemos realizado un análisis comparativo entre las camas para Hospitalización Breve en el Hospital General y las del Hospital Psiquiátrico. De este análisis podemos señalar que en Cataluña y Extremadura tienen más camas en el Hospital Psiquiátrico.(tabla 18) que en el Hospital General.

Tabla 18. Análisis comparativo camas Hospital Psiquiátrico/ Hospital General
Número Camas x 1.000 Habitantes

	Hospital Psiquiátrico	Hospital General
BALEARES	0.14	0.31
CATALUÑA	0.09	0.08
EXTREMADURA	0.06	0.048
MADRID	0.041	0.072
VALENCIA	0.0045	0.0528
MURCIA	0.042	0.047

- Nº Total de Camas por 1.000 habitantes: La tabla 19 muestra la situación en todas las CCAA. Destacamos que el menor número de camas se encuentra en Cantabria con el 0,06 por 1.000 habitantes. El mayor número las tiene Cataluña con 0,17, estando muy cerca Baleares con el 0,16 por 1.000 habitantes.

Tabla 19. Número de camas x 1.000 Habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NÚMERO CAMAS / 1.000 HABITANTES
ANDALUCIA	0.074
ARAGON	0,10
ASTURIAS	0,08
BALEARES	0,16
CANARIAS	0,084
CANTABRIA	0,060
CASTILLA LA MANCHA	0,088
CASTILLA LEON	0,106
CATALUÑA	0,17
EUSKADI	0,129
EXTREMADURA	0,108
GALICIA	0,090
MADRID	0,113
MELILLA	0,09
MURCIA	0,09
NAVARRA	0,1
RIOJA	0,0918
VALENCIA (2002)	0,0574

· Unidades específicas: En la tabla 20 se muestran las Unidades Específicas que hay en las distintas CCAA. De las respuestas del cuestionario, podemos destacar las Unidades para los Trastornos de la Conducta Alimentaria que tienen en: Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Galicia y Madrid.

Tabla 20. Unidades específicas en Hospitalización breve Adultos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	UNIDAD ESPECÍFICA
ARAGON	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria
ASTURIAS	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria. Unidad de Desintoxicación.
BALEARES	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria. Unidad de Desintoxicación.
CANTABRIA	Patología Dual. Trastornos Conducta Alimentaria
CASTILLA LA MANCHA	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria
CASTILLA LEON	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria
CATALUÑA	Alcoholismo. Unidad Trastornos Conducta Alimentaria. Patología Dual
EUSKADI	Unidad Desintoxicación
EXTREMADURA	Alcoholismo
GALICIA	Alcoholismo. Trastornos Conducta Alimentaria
MADRID	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria. Gerontología. Alcoholismo

Otras Unidades Específicas son:
- Desintoxicación: En Asturias, Baleares y Euskadi.
- Alcoholismo: En Cataluña, Extremadura, Galicia y Madrid.
- Patología Dual: Cantabria y Cataluña
- Gerontología en Madrid

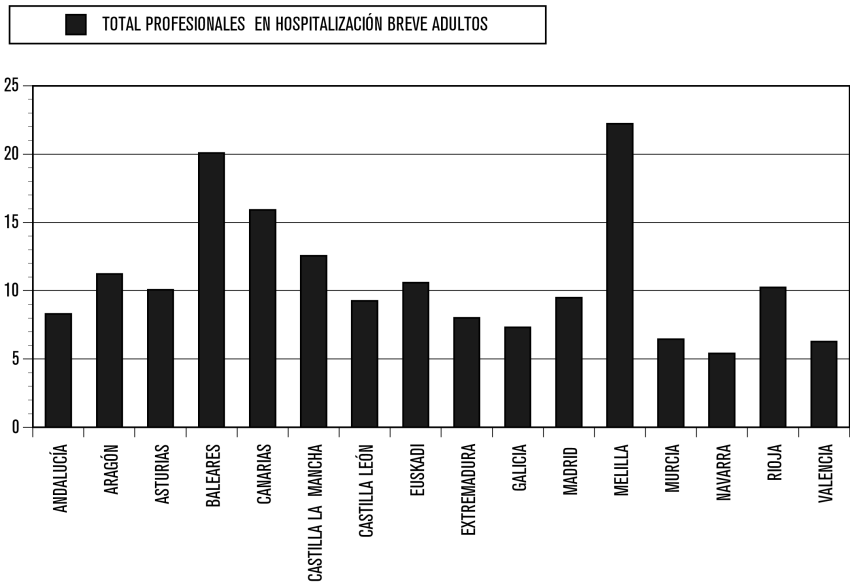
· Profesionales por 100.000 habitantes.: No tenemos datos de Cataluña ni Cantabria. Del resto de CCAA, los profesionales que trabajan en estos dispositivos se reflejan en la tabla 21.
Respecto a las profesiones:
- Psiquiatras: El menor número está en Valencia (2002) con 0,97 y el mayor número lo tiene Melilla, con 3,17.
- Psicólogos Clínicos: No existe ningún profesional en Asturias ni Melilla. El mayor número está en Murcia con 0,67.
- Enfermería: El menor número está en Valencia (2002) con 2,01 y el mayor número en Baleares con 7,4.
- Trabajador Social: No hay ningún profesional en Asturias, Melilla y la Rioja. El mayor número lo tienen Canarias y Navarra con 0,36.
- Terapeuta Ocupacional: No hay ningún profesional en Aragón, Asturias, Baleares, Extremadura, Melilla, Navarra, La Rioja y Valencia (2002). El mayor número de Profesionales está en Canarias con 1,65.

Tabla 21. Profesionales en Hospitalización breve Adultos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO	ENFERMERÍA	TRABAJADOR SOCIAL	AUXILIAR CLINICA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	OTROS	TOTAL
ANDALUCÍA	1,13	0,19	2,6	0,07	4,21	0,013	0,08	8,293
ARAGÓN	1,74	0,33	4,23	0,29	4,65	-	-	11,24
ASTURIAS	1,62	0	5,16	0	3,82	0	-	10,06
BALEARES	2,60	0,46	7,40	0,26	9,37	-	-	20,09
CANARIAS	1,62	0,27	4,17	0,36	5,94	1,65	1,89	15,9
CASTILLA LA MANCHA	1,12	0,39	3,20	0,17	6,85	0,11	0,73	12,57
CASTILLA LEÓN	1,27	0,12	3,40	0,18	4	0,02	0,26	9,25
EUSKADI	2,11	0,48	3,36	0,19	-	0,14	4,32	10,6
EXTREMADURA	1,6	0,38	2,45	0,19	2,26	-	1,13	8,01
GALICIA	1,48	0,31	2,74	0,24	2,45	0,092	-	7,312
MADRID	1,95	0,46	2,76	0,40	3,69	0,22	-	9,48
MELILLA	3,17	0	9,52	0	9,52	0	0	22,21
MURCIA	1,85	0,67	3,61	0,25	-	0,08	-	6,46
NAVARRA	1,26	0,18	3,60	0,36	0	0	-	5,4
RIOJA	1,41	0,35	3,53	0	4,94	0	-	10,23
VALENCIA	0,87	0,05	2,01	0,04	3,04	-	0,28	6,29

Respecto al Total de Profesionales (gráfico 4): El menor número de profesionales lo tiene Navarra con 5,4 por 100.000 habitantes y el mayor lo tiene Melilla con el 22,21 por 100.000 habitantes.

Gráfico 4. Total Profesionales en Hospitalización breve Adultos



- Hospitalización Breve Infanto-Juvenil:

Como dijimos anteriormente, la red de atención a la salud mental Infanto-Juvenil aún hoy en día adolece de la falta de muchos dispositivos. Sólo en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Euskadi, Madrid y Valencia disponen de un dispositivo de hospitalización breve para la población Infanto-Juvenil.

En el cuestionario, los parámetros que utilizamos para evaluar este dispositivo han sido:

· Denominación (tabla 22): En las CCAA citadas anteriormente este dispositivo tiene las siguientes denominaciones:
  - Andalucía: Hospitalización Breve Infanto-Juvenil
  - Cataluña: En la misma Unidad diferencian entre Unidad de Hospitalización Infantil y Unidad de Crisis Adolescentes.
  - Euskadi: Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil

- Madrid: Unidad de Hospitalización de niños y adolescentes
- Valencia: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil

Tabla 22. Unidades de Hospitalización breve Infanto-Juvenil

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN	RANGO EDAD	NÚMERO UNIDADES	NÚMERO CAMAS	NÚMERO CAMAS / 1000 HABITANTES
ANDALUCIA	Unidad. Hospitalización Breve	0 - 18	2	26	0,014
CATALUÑA	Unidad de Referencia Psiquiátrica Infanto- Juvenil	0 - 18	4	48	0,04
EUSKADI	Unidad Psiquiátrica. Infanto -Juvenil	0 - 17	3	20	0,09
MADRID	Unidad Hospitalización Breve Infanto-Juvenil	0- 18	2	43	0,031
VALENCIA (2002)	Unidad Hospitalización Psiquiátrica Infantil	0 - 14	3	10	0,009

· Número de dispositivos, camas en cada uno de ellos y porcentaje por 1.000 habitantes: El menor número lo tienen en Valencia con 0,009 y el mayor en Euskadi con 0,09.
· Ingresos en Pediatría: en las CCAA de Cantabria, Extremadura, Madrid, Melilla, Murcia y La Rioja no se pueden realizar ingresos en Pediatría. En las demás CCAA si se pueden ingresar niños y adolescentes en Pediatría, sin embargo solamente hay camas asignadas en Andalucía (22) y en Castilla León (8).
· Unidades Específicas: los trastornos de la conducta alimentaria son las únicas unidades específicas. Tienen camas asignadas en Andalucía (15) y en Cataluña (25). En Baleares esta unidad ofrece atención tanto para la población infanto-juvenil como para adultos y no hay un número de camas definido. En Galicia tampoco tiene esta unidad específica un número de camas asignado. Lo más significativo para reseñar es que en Cataluña existe una unidad específica denominada Unidad de Crisis para adolescentes con 25 camas, lo que representa 0,02 por 1.000 habitantes.
· Profesionales: Solamente tenemos los datos de Madrid:
  - Psiquiatras: 12,5
  - Psicólogos: 10
  - Enfermería: 15
  - Trabajador Social: 2
  - Auxiliar de Clínica: 15
  - Otros: 2

3. Hospitalización parcial

- Hospitalización parcial (día) adultos

Para poder realizar el análisis de la situación actual de este dispositivo, en el cuestionario preguntamos los siguientes items: Denominación, Número de dispositivos en la CA, Número total de plazas, Tratamientos psicoterapéuticos y Dependencia administrativa del dispositivo.

Las respuestas nos han ofrecido los siguientes datos:

· Denominación: Lo primero que hemos de señalar es que este recurso no existe en Canarias, Extremadura, Murcia, La Rioja y Valencia. (tabla 23).

Tabla 23. Hospitalización parcial (día) Adultos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN	NÚMERO DISPOSITIVOS	NÚMERO PLAZAS	TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS
ANDALUCIA	Hospital de Día	6	180	SI
ARAGON	Hospital de Día	2	35	SI
ASTURIAS	Hospital de Día	6	105	SI
BALEARES	Hospital de Día	2	15 + 15 UTCA	SI
CANTABRIA	Trastornos Conducta Alimentaria	2	30	
CASTILLA LA MANCHA	Hospital de Día	3	70	SI
CASTILLA LEON	Hospital de Día Psiquiátrico	3	60	NO
CATALUÑA	Hospital de Día	8	785	depende
EUSKADI	Hospital de Día	14	140+15 Hosp. A. Menni	SI
GALICIA	Hospital de Día	7	140	SI
MADRID	Hospiatl de Día	9	244	SI
MELILLA	Hospital de Día	1	8	SI
NAVARRA	Hospital de Día Centro de Día para Drogodependientes	4	70	SI

Por otro lado, también hemos de señalar que en Cantabria sólo es un recurso para trastornos de la conducta alimentaria y en Navarra para drogodependientes.

En el resto de CCAA, la denominación es Hospital de Día. Sin embargo en Castilla León se le añade el término «Psiquiátrico» y es la única CCAA donde manifiestan que no realizan Tratamientos psicoterapéuticos. En Cataluña no es posible conocer en que dispositivos efectúan tratamientos psicoterapéuticos y en cuales, no.

· Nº plazas por 100.000 habitantes: Se reflejan en la tabla 24. El mayor número de plazas lo tiene la Ciudad Autónoma de Melilla con 12,69 plazas por 100.000 habitantes, siendo Castilla León la que menos tiene con 2,41 por 100.000 hab.

Tabla 24. Número de plazas en Hospitalización parcial (día)
Adultos x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NÚMERO DE PLAZAS
ANDALUCIA	2,49
ARAGON	2,91
ASTURIAS	10,05
BALEARES	3,47
CANTABRIA	5,69
CASTILLA LA MANCHA	3,93
CASTILLA LEON	2,41
CATALUÑA	12,07
EUSKADI	6,72 + 0,72 Hospital. A. Menni
GALICIA	5,19
MADRID	4,50
MELILLA	12,69
NAVARRA	70

· Dependencia administrativa: Este item es importante resaltarlo ya que en varias CCAA este dispositivo no depende de la sanidad pública. Lo podemos observar en la tabla 25 donde se muestran las distintas dependencias.

Tabla 25. Dependencia Administativa Hospitalización parcial (día). Adultos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ANDALUCIA	Servicio Andaluz de Salud
ARAGON	Salud. Servicio Aragonés
ASTURIAS	Servicio Salud Principado Asturias (SESPA). Unidad Coordinación Salud Mental
BALEARES	Conselleria de Salut. Institut Balear de Salut (Ib – Salut)
CANTABRIA	Servicio Cántabro Salud Padre Menni (privado concertado)
CASTILLA LA MANCHA	Junta de Castilla La Mancha
CASTILLA LEON	Sanidad de Castilla y León (S ACYL) y consorcio con Privados
CATALUÑA	Sanidad
EUSKADI	Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y Concertado
GALICIA	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
MADRID	Consejería de Sanidad
MELILLA	INGESA
NAVARRA	Servicio Navarro de Salud y 2 Concertados

En resumen, reseñamos que dependen exclusivamente de Sanidad en las CCAA de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla la Mancha, Cataluña, Galicia y Madrid. En Cantabria, de los dos existentes, uno pertenece a Sanidad y el otro es un centro privado concertado. En Castilla León pertenecen a un consorcio entre Sanidad pública y privada. En Euskadi, de los catorce existentes, uno es concertado; y en Navarra, donde hay cuatro, dos son del Servicio Navarro de Salud y dos son concertados.

· Profesionales por 1000 habitantes: En la tabla 26 podemos ver los profesionales de las CCAA. que nos han remitido el dato.

Tabla 26. Profesionales Hospital de día Adultos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO	TRABAJADOR SOCIAL	AUXILIAR CLÍNICA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	OTROS
ANDALUCIA	-	-	-	-	-	-	-
ARAGON	2	2	3	1	3	1,5	-
ASTURIAS	2	1	5	1	20	6	-
BALEARES	2	3	2	0,25	-	-	2,5
CANTABRIA	-	-	-	-	-	-	-
CASTILLA LA MANCHA	4	3	4	-	3	4	2
CASTILLA LEON	3,5	2,5	4	1,5	4	1,5	0
CATALUÑA	-	-	-	-	-	-	-
EUSKADI	-	-	-	-	-	-	-
GALICIA	-	-	-	-	-	-	-
MADRID	14	10	12	1	2	7	-
MELILLA	-	-	-	-	-	-	-
NAVARRA	2	3,5	3	3	3	1	2

• Hospitalización Parcial (Día) Infanto-Juvenil

Para la valoración de este dispositivo las preguntas en el cuestionario fueron: Denominación, Número de dispositivos en la CA, Número total de plazas, si se realizaban Tratamientos psicoterapéuticos y Dependencia administrativa.

Las respuestas reflejan que es un dispositivo de atención a la población infanto-juvenil casi inexistente en las distintas CCAA del estado español. En la tabla 27 se muestran las CCAA que poseen este dispositivo, el número de plazas y su dependencia administrativa.

Del análisis de dicha tabla podemos extraer estos puntos significativos:

- En Andalucía, las unidades de salud mental infanto-juvenil son a la vez Hospitales de día, esta es una característica única en todo el Estado español.
- En Aragón sólo es un dispositivo para la atención a trastornos de la conducta Alimentaria.
- En Euskadi y Navarra, el dispositivo se ha creado mediante un convenio de colaboración entre Sanidad y Educación.

Un dato que queremos resaltar es que en Cataluña existen 7 centros de día (ocio y tiempo libre) para niños y adolescentes, con un total de 244 plazas y que dependen administrativamente de Sanidad.

Tabla 27. Hospìtalización parcial (día) Infanto-Juvenil

COMUNIDAD	DENOMINACIÓN	NÚMERO	NÚMERO PLAZAS	TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ANDALUCIA	Unidad Salud Mental y Hospital de Día Infanto - Juvenil	13	-	SI	Salud
ARAGON	Unidad Trastornos Conducta Alimentaria Adolescentes	1	25	SI	Salud
CANARIAS	Hospital de Día	1	-	SI	Salud
CASTILLA LA MANCHA	Hospital de Día Infanto - Juvenil.	1	-	SI	Salud. Junta Castilla La Mancha
CATALUÑA	Hospital de Día infantil y adolescentes	8	124	-	
EUSKADI	Hospital de Día	1	12	SI	Osakidetza y Educación
MADRID	Hospital de Día de Niños y Adolescentes	4 + 1 (10 plazas)	105 +10	SI	Consejería de Sanidad con convenio con Educación
NAVARRA	Unidad Infanto-Juvenil	1	10	SI	Servicio Navarro de Salud con convenio con Educación

4. Dispositivos de Rehabilitación

• Unidades Hospitalarias de Rehabilitación / Comunidades Terapéuticas

En el cuestionario, no se realizó una definición del recurso, lo que unido a la diferente terminología y a la heterogeneidad de prácticas que se realizan bajo esa denominación, hacen que deban ser leídos estos datos con cautela.

El objetivo era determinar los recursos de hospitalización que tuvieran una función realmente rehabilitadora y de reinserción, para diferenciarlos de aquellos recursos de media estancia en los que esta función no está desarrollada y que figuran en la sección 3.5. Utilizar el criterio de función y no sólo de duración de la estancia debe primar a la hora de definir un dispositivo y por eso, pese a las dificultades se incluyó en el cuestionario.

Los items recogidos fueron: Denominación, número de dispositivos existentes en la CA, si el dispositivo cuenta con programas rehabilitadores y número de camas.

De las respuestas se desprende que sólo en ocho CCAA existe este tipo de dispositivo. En Castilla León, se denomina Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica y se ha incluido en el apartado de Unidad de Media Estancia.

En Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Melilla, Murcia, La Rioja y Valencia no existe este dispositivo.

En la tabla 28 se pueden observar claramente las distintas respuestas de las CCAA que poseen este dispositivo.

Tabla 28. Unidades de Hospitalización de Rehabilitación / Comunidades Terapéuticas

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN	NÚMERO	PROGRAMA REHABILITADOR	NÚMERO CAMAS	NÚMERO CAMAS/1000 HAB.
ANDALUCIA	Comunidad Terapéutica	13	SI	195	0,022
ASTURIAS	Comunidad Terapéutica	4	SI	62	0,06
CANARIAS	Unidades de Rehabilitación activas	2	SI	202	0,133
EUSKADI	Unidad de Rehabilitación	1	SI	48	0,023
EXTREMADURA	Unidad de Rehabilitación	1	SI	60	0,056
GALICIA	Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación	4	Solo en 2	171	0,0315
MADRID	Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación	1	SI	40	0,007
NAVARRA	Clínica de Rehabilitación	1	SI	34	0,06

De su análisis, podríamos extraer las siguientes conclusiones:

- Denominación: En Andalucía y Asturias se denomina Comunidad Terapéutica, en Canarias, Euskadi y Extremadura, se denominan Unidad de Rehabilitación; en Galicia: Unidad Hospitalaria de Rehabilitación, en Madrid Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación y en Navarra: Clínica de Rehabilitación.
- En todos los dispositivos hay programa rehabilitador al menos teórico. En Madrid, aunque hay 4 unidades con esta denominación, sólo se puede considerar que tienen una función claramente rehabilitadora una de ellas y por eso las otras figuran en las Unidades de Media Estancia clásicas.
- El menor número de camas por 1.000 habitantes lo tiene Andalucía con 0,022 y el mayor Canarias con 0,133.

• Centros de Rehabilitación Psicosocial

Los parámetros evaluados en el cuestionario reflejan la dificultad para realizar un análisis comparativo de este dispositivo entre las distintas CCAA por la heterogeneidad de funciones de estos dispositivos en el conjunto del Estado. Por ejemplo, Cataluña no ha aportado los datos de este dispositivo porque no tiene una definición clara del mismo. Se denomina Centro de Día y, aunque algunos realizan funciones rehabilitadoras, otros, sin embargo sólo son un Centro de Ocio y tiempo libre. Por todo ello se han incluido estos datos en el apartado de Centro de Día.

Sin embargo, los datos presentados tienen el valor de ser una aproximación real a la situación de la rehabilitación ambulatoria.

Del total de CCAA, sólo en Melilla y Navarra no existe este dispositivo como tal.

Siguiendo las preguntas del cuestionario, las respuestas nos ofrecen los siguientes resultados:

- Denominaciones: Existen mas de ocho denominaciones diferentes para este dispositivo como se puede ver en la tabla 29:
  - Unidad de Rehabilitación de Área: En Andalucía y La Rioja.
  - Centro de Día: En Aragón (y Rehabilitación Psicosocial), Asturias, Canarias (y Talleres Ocupacionales) y Cataluña.
  - Unidad Comunitaria de Rehabilitación: En Baleares
  - Centro de Rehabilitación Psicosocial: En Cantabria, Castilla León, Extremadura y Madrid.
  - Centro de Rehabilitación Social y Laboral: En Castilla la Mancha y Galicia.
  - Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica: En Euskadi
  - Programa de Rehabilitación: En Murcia
  - Centro de Rehabilitación e Inserción Social: En Valencia.

Tabla 29. Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN
ANDALUCIA	Unidad Rehabilitación Área
ARAGON	Centro de Día y Rehabilitación Psicosocial
ASTURIAS	Centro de Día
BALEARES	Unidad Comunitaria Rehabilitación
CANARIAS	Centros de Día, Talleres Ocupacionales
CANTABRIA	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CASTILLA LA MANCHA	Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
CASTILLA LEÓN	Centro Rehabilitación Psicosocial
CATALUÑA	Centro de Día
EUSKADI	Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica
EXTREMADURA	Centro de Rehabilitación Psicosocial
GALICIA	Centro Rehabilitación Social y Laboral
MADRID	Centro Rehabilitación Social
MELILLA	No
MURCIA	Programa Rehabilitación
NAVARRA	No
RIOJA	Unidad Rehabilitación Área
VALENCIA	Centro Rehabilitación e Inserción Social y Hospital de Día

- Nº plazas por 100.000 habitantes: En la tabla 30 se presentan el número de plazas así como el porcentaje por 100.000 habitantes. Si realizamos en análisis de la tabla, podemos observar que el menor número de plazas lo tiene la CA de Asturias con 1,9 plazas, estando el mayor número en Castilla la Mancha con 47 por 100.000 habitantes.

Tabla 30. Dispositivos Rehabilitación Psicosocial

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NÚMERO PLAZAS	NÚMERO PLAZAS x 100.000 Habitantes
ANDALUCÍA	270	3,7
ARAGÓN	200	16,6
ASTURIAS	20	1,9
BALEARES	No determinadas	No determinadas
CANARIAS	No determinadas	No determinadas
CANTABRIA	153	29
CASTILLA LA MANCHA	850	47
CASTILLA LEÓN	204	8
EUSKADI	365	17,5
EXTREMADURA	360	33
GALICIA	540	20
MADRID	971	17
MURCIA	180	15
RIOJA	25	8
VALENCIA (2002)	690	15

· Respecto de la Dependencia Administrativa: En la tabla 31 se detallan la diversidad de dependencias administrativas.

Tabla 31
Dependencia Administrativa de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ANDALUCIA	Servicio Andaluz de Salud
ARAGON	Salud (1),Convenios AAFF y privados
ASTURIAS	Servicio Salud del Principado de Asturias
BALEARES	Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) Consell Insular de Menorca
CANARIAS	Comunidad Autónoma, Cabildos y Ayuntamientos
CANTABRIA	Privados Concertados: Padre Menni, AAFF, Dr. Mirapeix
CASTILLA LA MANCHA	Fundación Sociosanitaria de Castilla La Mancha para la integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM)
CASTILLA LEON	Sanidad Castilla y León (SACYL), Asociación Familiares Enfermos Mentales (FEAFES), Investigación y tratamiento en salud mental y Servicios Sociales (INTRAS) (consorcio)
EUSKADI	Osakidetza
EXTREMADURA	Concertados (financiación Servicio Extremeño de Salud)
GALICIA	Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y Asociación Familiares Enfermos Mentales (FEAFES)
MADRID	Consejería de Sanidad (2) y Consejería de Servicios Sociales (9)
MURCIA	Servicio Murciano de Salud
RIOJA	Servicio Riojano de Salud
VALENCIA (2002)	Ayuntamientos, Asociaciones Familiares Enfermos Mentales (AAFF), Diputaciones, Concertados

Dependen en exclusivamente de Sanidad en: Andalucía, Asturias, Euskadi, Murcia y la Rioja. En otras CCAA, la dependencia administrativa suele ser compartida entre los servicios sanitarios y fundaciones privadas (Aragón) o Servicios Sociales (como en Madrid donde gestionan a través de conciertos nueve de los once centros). En el resto de CCAA que poseen este dispositivo la provisión de este servicio se realiza a través de conciertos con Cabildos Insulares, Diputaciones, Ayuntamientos, Asociaciones de Familiares, etc. En Baleares los gestiona una empresa pública pero con gestión privada.

Cantabria es la única CA donde el concierto es exclusivamente con instituciones privadas.

· Profesionales por 100.000 habitantes: En la tabla 32 se presentan todos los profesionales que trabajan en Rehabilitación Psicosocial.

Tabla 32. Profesionales Rehabilitación x 100.000 Habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÌNICO	ENFERMERÍA	TRABAJADOR SOCIAL	MONITOR	TERAPEUTA OCUPACIONAL	OTROS
ANDALUCÍA (HD/CT/URA)	0,79	0,62	1,60	0,28	0,75	0,30	2,59
ARAGÓN	0,37	0,54	0,33	0,33	1,85	0,46	0
BALEARES	0,46	0,69	0,35	0,35	1,97	0,35	0,23
CASTILLA LA MANCHA	0	1,18	0	0,90	1,96	0,84	0,78
CASTILLA LEÓN	0	0,46	0,08	0,14	0,82	0,12	0
EXTREMADURA	0	1,70	0	0,57	0	0,57	2,07
GALICIA	0	1,11	0	0,37	0	0,03	2,33
MADRID	0,036	1,03	0,036	0,28	0,22	0,42	2,76
MURCIA	0,25	0,33	0,5	0,029	0,5	0,42	0
RIOJA	0,35	0,35	1,05	0,35	1,05	1,05	0
VALENCIA	0,022	0,41	0,11	0,23	0,47	0	0,081

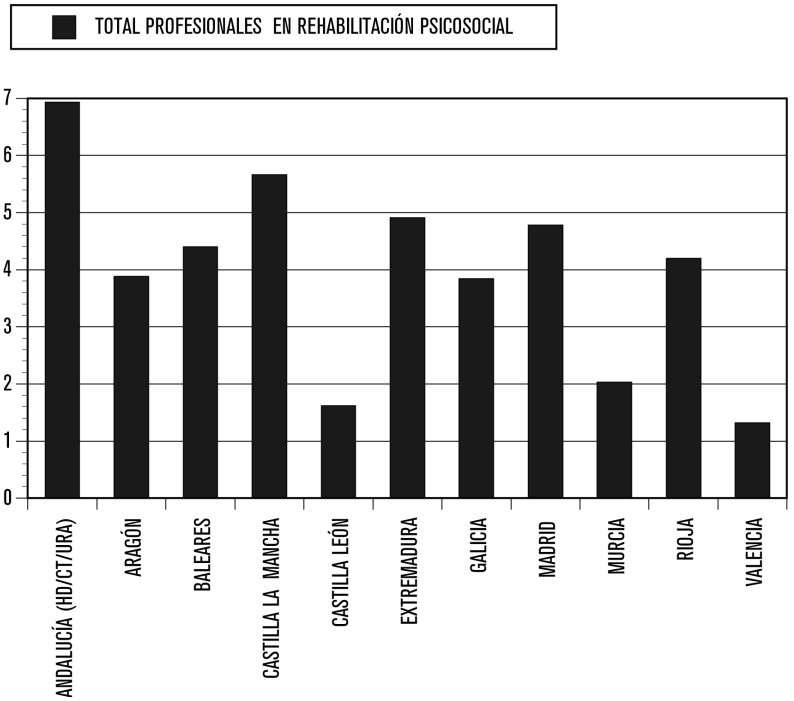
Según las Profesiones:

- Psiquiatras: No hay en Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura y Galicia. El mayor número existe en Andalucía (se contabilizan los dispositivos: Hospital de Día, Comunidad Terapéutica y Unidad de Rehabilitación de Área) con 0,79.
- Psicólogos Clínicos: No hay en Asturias. El mayor número está en Extremadura con 1,70.
- Enfermería: No hay en Asturias, Castilla la Mancha, Extremadura ni Galicia. El mayor número está en Andalucía con 1,60.
- Trabajador Social: No hay en Asturias. El mayor número está en Castilla la Mancha con 0,90.

- Monitor (de rehabilitación psicosocial): No hay en Asturias, Extremadura ni Galicia. El mayor número está en Baleares con 1,97.
- Terapeutas Ocupacionales: No hay en Asturias. El mayor número está en La Rioja con 1,05.

El Total de Profesionales por 100.000 habitantes en Rehabilitación Psicosocial se presenta en el siguiente gráfico. (gráfico 5). No incluimos en el análisis Andalucía al haber reunido a los profesionales de tres dispositivos: Hospital de Día, Comunidad Terapéutica y Unidad de Rehabilitación de Área.
Según los datos presentados, el menor número de profesionales en Rehabilitación por 100.000 habitantes está en Valencia (2002) con 1,323 y el mayor número en Castilla la Mancha con 5,66.

Gráfico 5. Total Profesionales en Rehabilitación Psicosocial



• Alternativas Laborales

Aunque muchos Centros de Rehabilitación Psicosocial incluyen en sus prestaciones la integración laboral, pensamos que para poder realizar mejor un análisis comparativo hemos de incluir este item en el Cuestionario de manera independiente.

Los parámetros evaluados en este dispositivo fueron: Denominación, Número de centros en la CCAA, Número de plazas y Dependencia administrativa.

El tipo de denominación y dependencia administrativa en cada una de las CCAA se presentan en la tabla 33. Como se observa en la tabla, no poseen este dispositivo las CCAA de Asturias, Melilla, Murcia La Rioja ni Valencia.

Tabla 33. Alternativas laborales

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ANDALUCIA	Empresa social – Centro Colaborador de Empleo	Fundación Andaluza para la Inserción Social del EnfermoMental (FAISEM)
ARAGON	Centros Laborales, Talleres de Empleo	Consejería de Salud, Fundación Agustín Serrate, Pre-laboral, Centro Especial FundaciónRey Ardid, CODEF, ASAPME, Cooperativa de Cierzo
ASTURIAS	NO	
BALEARES	Unidad Rehabilitación Psicosocial Centro de Integración Laboral	Consell Insular Ibiza y Consellería de Salut Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA), Empresa Girasol convenio con Consellería de Salut
CANARIAS	Programas de Apoyo al empleo, empresas protegidas	ONGs
CANTABRIA	INICIA	Concertado
CASTILLA LA MANCHA	Centros Especiales de Empleo	
CASTILLA LEON	Talleres Ocupacionales	Asociaciones Familiares (FEAFES), Investigación y tratamiento en Salud Mental y Servicios Sociales (INTRAS)
CATALUÑA	Empresa Trabajo Protegido	Conselleria de Trabajo
EUSKADI	Centro Especial de Empleo Centro Ocupacional	Concertados con Diputaciones
EXTREMADURA	Centro de Rehabilitación Laboral. Taller	Concertados (Financiación Servicio Extremeño de Salud)
GALICIA y Laboral	Centro de Rehabilitación Social Asociaciones de Familiares(FEAFES)	Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y
MADRID	Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)	4 Consejería de Servicios Sociales y 2 Consejería de Sanidad
MELILLA	NO	
MURCIA	NO	
NAVARRA	Centro Ocupacional, Centro Especial de Empleo	Consellería de Bienestar Social y Consejería de Trabajo
RIOJA	NO	
VALENCIA (2002)	NO	

Así mismo, la tabla refleja la heterogeneidad de instituciones públicas y privadas de los que depende la gestión de estos centros. Al igual que sucede con el resto de dispositivos de rehabilitación, la concentración de servicios es más frecuente que en el resto de dispositivos de la red de salud mental. Hemos de señalar que de Sanidad exclusivamente sólo dependen dos Centros en Madrid.

El número de dispositivos, así como de las plazas que disponen, se presentan en la tabla 34.

Tabla 34. Alternativas laborales

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NÚMERO CENTROS	NÚMERO PLAZAS
ANDALUCIA	8 96	172 (enfermos mentales contratados 1624 plazas Talleres
ARAGON	20	Más de 200
BALEARES	1 (Ibiza) 1 0 (Mallorca)	25 (Ibiza) 20 0
CANARIAS	2	40
CANTABRIA	1	30
CASTILLA LA MANCHA	-	-
CASTILLA LEON	4	-
CATALUÑA	7 - 8	230
EUSKADI	6	300 (aprx.)
EXTREMADURA	2	38
GALICIA	18	540
MADRID	6	298
NAVARRA	3	85

Para poder reflejar de manera más precisa este dispositivo, comentaremos a continuación las características de dichos dispositivos en las diferentes CCAA:

- Andalucía: La Fundación Andaluza para la Inserción Social del Enfermo Mental (FAISEM) es la que ha asumido esta atención al enfermo mental. Es una fundación pública que posee 8 Empresas Sociales- Centros Colaboradores de Empleo con 172 Enfermos Mentales Contratados.
- Aragón: Tienen varias denominaciones: Centros Laborales, Taller Prelaboral y Centros Especiales de Empleo. En la CA hay un total de 20 centros con más de 200 plazas. Respecto a la Dependencia administrativa, algunos dependen de Sanidad, pero sobre todo de Fundaciones como la de Agustín Serrate y la de Rey Ardid, aunque también tienen estos dispositivos CODEF, ASAPME y la Cooperativa del Cierzo.
- Baleares: Existen dos dispositivos que ofrecen una atención para la integración laboral del enfermo mental. Uno se encuentra en la Isla de Ibiza y depende administrativamente del Consell Insular de Ibiza y de la Conselleria de Salut del Govern de las Illes Balears, tiene 25 plazas. El otro está en Mallorca, es fruto de

un convenio de colaboración entre la Empresa Social Girasol (de la Asociación Girasol de Familiares de Enfermos mentales) y la Conselleria de Salut, que ofrece 20 plazas.

En Octubre del 2003, la empresa pública Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) apoyada por la Conselleria de Salut inició el Programa de Integración Laboral, que aún se encuentra en proceso de organización.

- Canarias: Los dos Centros que existen en esta CA dependen de Organizaciones no gubernamentales (ONGs) que realizan Programas de Apoyo al Empleo y tienen Empresas protegidas. El número de plazas totales que tienen es de 40.
- Cantabria: Se denomina INICIA y existe un Centro con 30 plazas, concertado.
- Castilla La Mancha: Se denominan Centros Especiales de empleo. No tenemos datos sobre el número ni las plazas con las que cuentan. Sin embargo hemos de recordar que los Centros de Rehabilitación Psicosocial son también de Integración Laboral.
- Castilla León: Se denominan Talleres Ocupacionales y dependen administrativamente de las Asociaciones de Familiares de Enfermos mentales (FEAFES) y del Instituto INTRAS. No tenemos datos sobre el número de plazas que ofrecen.
- Cataluña: La denominación es Empresa de Trabajo Protegido. La dependencia administrativa de esta atención corresponde a la Conselleria de Trabajo que posee 8 centros en Cataluña con un número total de 230 plazas.
- Euskadi: Existen Centros Especiales de Empleo y Centros Ocupacionales que dependen administrativamente de un concierto entre Sanidad y las Diputaciones. En total, los 6 Centros tienen 300 plazas.
- Extremadura: En esta CA existe un Centro de Rehabilitación Laboral y un Taller, son concertados aunque están financiados al 100% por el Servicio Extremeño de Salud. El número total de plazas que disponen es de 38.
- Galicia: La integración Laboral la realizan desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
- Madrid: Se denominan Centros de Rehabilitación Laboral. En la CCAA existen un total de 6 centros de los cuales, 4 dependen de la Consejería de Servicios Sociales y 2 de la Consejería de Sanidad, como hemos dicho anteriormente. Estos 6 Centros tienen un total de 298 plazas.
- Navarra: En la CA existen 2 Centro Ocupacionales y 1 Centro Especial de Empleo que dependen administrativamente de la Consejería de Bienestar Social y la de Trabajo. En total ofrecen 85 plazas.

• Centros de Día (Ocio y Tiempo Libre).

En el Cuestionario este dispositivo se subtituló Ocio y Tiempo Libre para especificar la finalidad del mismo. Antes hemos señalado las dificultades terminológicas que existen en los diferentes recursos de rehabilitación psicosocial. Como ya explicamos, en

Cataluña el recurso denominado Centro de Día no tiene definida claramente su cartera de servicios, en unos dispositivos realizan actividades de Rehabilitación Psicosocial y en otros es propiamente un Centro de Ocio y tiempo libre. Los resultados del cuestionario es probable que reflejen esta confusión.

Primero, hemos de señalar que este dispositivo no existe en las CCAA de Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla León, Extremadura, Melilla y La Rioja. En Murcia el Programa de Ocio y Tiempo Libre está integrado en el Programa de Rehabilitación.

Los items que se recogieron fueron: Denominación, Número de plazas, Dependencia administrativa y si tenían Programas de Ocio y Tiempo Libre.

Las respuestas están reflejadas en la siguiente tabla 35. Destacamos:

Tabla 35. Centros de día (Ocio y Tiempo libre)

COMUNIDAD AUTONÓNOMA	DENOMINACIÓN	Nº CENTROS	Nº PLAZAS	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ANDALUCIA	Talleres Ocupacionales 24 Clubs Sociales	96	1624	Fundación Andaluza para la Inserción Social del Enfermo mental ((FAISEM)
ARAGON	Centro de Día	6	+/- 200	Consejería de Salud, ASAPME, Fundación Rey Ardid, Fundación Agustín Serrate, Caritas, Hermanas Hospitalarias
BALEARES	Centro de Día	1	No se sabe	Asociación Familiares
CASTILLA LA MANCHA	Club de Ocio (en CRPSL)	-	-	Asociaciones de Familiares
CATALUÑA	Centro de Día	42	1656	Conselleria de Sanidad
EUSKADI	Centros de Día Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial	11	230	Comisión Sociosanitaria
GALICIA	Centro de Día	1	25	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
MADRID	Centro de Día	8	177	Servicio Madrileño de Salud
MURCIA	Integrado en el Programa Rehabilitación	-	-	Servicio Murciano de Salud
NAVARRA	Servicio de Ocio	-	45	ANASAPS (subvención Bienestar Social)
VALENCIA (2002)	Variable	-	340	Ayuntamientos y Bienestar Social

- Denominación: En general tienen la denominación de Centro de Día. Sin embargo, resaltamos las siguientes denominaciones que expresan, de manera más específica, la finalidad del dispositivo:
  - Andalucía: Tiene 96 Talleres Ocupacionales con 1624 plazas en toda la CA. Además tiene 24 Clubs Sociales.
  - Castilla la Mancha: Club de Ocio
  - Navarra: Servicio de Ocio

- Número de centros y plazas: Como se observa en la tabla, el número de dispositivos es muy pequeño. Además es significativo que, en la mayor parte de los centros no hay un número de plazas determinado.
- Es un dispositivo que, en general, depende administrativamente de las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales subvencionadas por las Consejerías de Salud de las CCAA. En la tabla se observa que, además de Cataluña, en Aragón (1 Centro), y en Galicia y en Madrid dependen administrativamente de la Consejería de Salud. Los demás dispositivos existentes dependen de Ayuntamientos (Valencia), Consejerías de Bienestar Social (Valencia y Navarra), Caritas, Fundaciones (Andalucía y Aragón) y Asociaciones de Familiares (Aragón, Baleares y Castilla La Mancha). Solamente en Euskadi depende de una Comisión Sociosanitaria.

5. Recursos Residenciales y de hospitalización prolongada

• Alternativas residenciales

En el cuestionario, para poder realizar mejor un análisis de la situación en todo el estado español este item fue subdividido en tres parámetros generales: Tipo de residencia, Otros Programas y Dependencia Administrativa.

En la tabla 36 aparecen los datos del cuestionario que nos ofrecen los siguientes datos:

Tabla 36. Alternativas Residenciales

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº PLAZAS PISOS TUTELADOS/ SUPERVISADAS	Nº PLAZAS PENSIONES/HOSTALES	Nº PLAZAS RESIDENCIAS/HOGAR
ANDALUCIA	320	12	328
ARAGON	75	3	0
ASTURIAS	No definidas	-	-
BALEARES	37	0	30 + 2 Urg.
CANARIAS	50	15	10 (noche en H.P)
CANTABRIA	15	0	
CASTILLA LA MANCHA	110	-	-
CASTILLA LEON	157	0	0
CATALUÑA	170	0	130
EUSKADI	90	0	0
EXTREMADURA	22	0	0
GALICIA	125	4	18
MADRID	67	11	180
MURCIA	25	0	0
NAVARRA	3	0	42
RIOJA	4	-	-
VALENCIA (2002)	80	-	-

- Tipo de Residencia:
  Se subdividió en Plazas en pisos supervisados y/o tutelados, Plazas en pensiones u Hostales y Plazas en Residencias y Hogares. Como se observa en dicha tabla, salvo en Melilla, en todas las demás CCAA existe algún tipo de recurso alternativo residencial. Las alternativas mas desarrolladas son los pisos supervisados. En Andalucía, Madrid y Cataluña también destacan las residencias de pacientes. Las plazas en pensiones u hostales tienen escaso desarrollo.
- Otros Programas:
  - Asturias es la única CA en la que el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario está implantado, en funcionamiento con un Equipo completo en Oviedo, Gijón y Avilés e implantado parcialmente en las restantes áreas sanitarias.
  - Aragón posee dos Programas: Apoyo a domicilio y Acompañamiento Terapéutico.
  - Madrid: Programa ARCO y Programa de Exclusión Social.
- Dependencia Administrativa:
  La tabla 37 muestra la situación actual con detalle. Observamos que en este nivel de atención participan múltiples instituciones y administraciones, desde gestión directa desde las administraciones públicas hasta recursos privados gestionados por Asociaciones de Familiares, pasando por distintas formas de concertación de servicios con Fundaciones, empresas privadas u otros organismos públicos.

Tabla 37. Dependencia administrativa de las alternativas residenciales

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ANDALUCIA	Fundación Andaluza para la Inserción Social del Enfermo Mental (FAISEM)
ARAGON	Convenio Consejería de Salud con Asociaciones y Fundaciones
ASTURIAS	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
BALEARES	Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA)
CANARIAS	ONGs, Cabildo Tenerife, Comunidad Autónoma
CANTABRIA	Servicio Cántabro de Salud, Padre Menni y ASCASAM
CASTILLA LA MANCHA	Fundación Sociosanitaria de Castilla la Mancha para la integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM)
CASTILLA LEON	-
CATALUÑA	-
EUSKADI	Osakidetza
EXTREMADURA	Diputación Badajoz (financiación Servicio Extremeño de Salud)
GALICIA	Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y ONGs
MADRID	Consejería Sanidad y Consejería Servicios Sociales
MURCIA	Servicio Murciano Salud
NAVARRA	Concierto Servicio Navarro Salud y Bienestar Social
RIOJA	-
VALENCIA (2002)	Asociaciones de Familiares, privados, ONGs

• Unidades de Media Estancia:

Los parámetros propuestos en el Cuestionario para la evaluación de este dispositivo han sido: Denominación, Número de unidades, Número de camas, Número de camas por 100.000 habitantes, Programa rehabilitador y Dependencia administrativa.

Solamente en Andalucía y Melilla no existe este dispositivo. Los datos de Cataluña reflejan solo las Unidades de Subagudos, ya que el resto de camas de media estancia se contabilizan junto con las de larga estancia bajo la denominación de Mille.

· Denominación: Como refleja la tabla 38 en la mayor parte de las CCAA se denomina Unidad de Media Estancia aunque muchas tienen la subdenominación de Rehabilitación o Residencial. Los dispositivos con connotaciones más diferentes están en Cataluña (Unidades de Subagudos), en Galicia (Unidades de Cuidados Especiales) y en Euskadi (Unidad de Psicosis Refractarias).

Tabla 38. Unidades de Media estancia

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN
ARAGON	Unidad Rehabilitadora de Media Estancia
ASTURIAS	Unidad Residencial
BALEARES	Unidad Media Estancia
CANARIAS	Unidades de Estancias Intermedias
CANTABRIA	Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas. Centro Padre Menni
CASTILLA LA MANCHA	Unidad de Media Estancia
CASTILLA LEON	Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica
CATALUÑA	Unidades de subagudos
EUSKADI	Unidad Media Estancia/ Unidad Rehabilitación. / Unidad Psicosis Refractarias
EXTREMADURA	Unidad Media Estancia
GALICIA	Unidad de Cuidados Especiales
MADRID	Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación
MURCIA	Unidad Subagudos
NAVARRA	Estancia Media
RIOJA	Media Estancia
VALENCIA(2002)	Unidad de Media Estancia

· Porcentaje de camas por 100.000 habitantes. En la tabla 39 se observa que el rango de camas oscila entre el 1,32 por 100.000 habitantes de Canarias hasta el 27,53 de La Rioja, si no tenemos en cuenta el inusual dato de Cantabria (84,03).

Tabla 39. Unidades Media estancia

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CAMAS x 100.000 HABITANTES
ARAGON	8,38
ASTURIAS	6,22
BALEARES	2,77
CANARIAS	1,32
CANTABRIA	84,03
CASTILLA LA MANCHA	3,25
CASTILLA LEON	8,87
CATALUÑA	6,57
EUSKADI	13,63
EXTREMADURA	7,55
GALICIA	1,85
MADRID	2,41
MURCIA	4,2
NAVARRA	3,96
RIOJA	27,53
VALENCIA (2002)	6,41

· Dependencia Administrativa. En la siguiente tabla 40 se muestra que todas dependen de Sanidad, excepto en Cantabria y Navarra que son concertadas. En Euskadi y Madrid hay 2 dispositivos concertados. En Extremadura todas dependen de las Diputaciones y en Galicia, sólo una depende de la Diputación de Lugo.

Tabla 40. Unidades de Media estancia

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	PROGRAMA REHABILITADOR.
ARAGON	Sanidad	SI
ASTURIAS	Sanidad	SI
BALEARES	Gestión Sanitaria de Mallorca	SI(GESMA) financiación de Conselleria de Salud
CANARIAS	Sanidad	SI
CANTABRIA	Privados concertados	SI
CASTILLA LA MANCHA	-	SI
CASTILLA LEON	Sanidad	SI
CATALUÑA	Sanidad	SI
EUSKADI	Sanidad y 2 Concertados	SI
EXTREMADURA	Diputación Cáceres y Badajoz	SI
GALICIA	Sanidad y Diputación de Lugo	SI
MADRID	Sanidad y concertadas	NO
MURCIA	Sanidad	SI
NAVARRA	Concertado con Sanidad	NO
RIOJA	Sanidad	NO
VALENCIA (2002)	-	NO

· Respecto al item sobre si en el dispositivo se realizan programas de rehabilitación hay que señalar que no se definió previamente lo que se consideraba este programa. No obstante, en todas las CCAA expresan que los desarrollan, excepto en Madrid, Navarra, Rioja y Valencia.

• Unidades de Larga Estancia:

Los parámetros incluidos en el cuestionario para la evaluación de este dispositivo han sido: Denominación, Programa rehabilitador, Dependencia administrativa y Número de camas por 100.000 habitantes.

Las CCAA de Andalucía, Asturias, Cantabria, Melilla y Navarra no tienen ningún dispositivo de este tipo o no están definidos como tal.

· Denominación: La tabla 41 muestra las denominaciones de estas unidades en las distintas CCAA. Se puede observar que la denominación de "Unidad de Larga Estancia" es la más utilizada. Como expusimos anteriormente, en Cataluña, tanto las Unidades de Media como las de Larga Estancia, se denominan "Mille". En las demás CCAA, en la denominación suele especificar que son residenciales o de cuidados prolongados.

Tabla 41. Unidades de larga estancia

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DENOMINACIÓN	PROGRAMA REHABILITADOR	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ARAGON	Unidad Residencial – Rehabilitadora de Larga Estancia	SI	Consejería Salud
BALEARES	Unidad Larga Estancia	NO	Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) financiado por Conselleria de Salud
CANARIAS	Unidades de Rehabilitación Activa (URA)	SI	Consorcio Sanitario Tenerife. Servicio Canario de Salud
CASTILLA LA MANCHA	Unidades Residenciales y Rehabilitadoras	En 1	Diputación provincial
CASTILLA LEON	Unidad Residencial Psiquiátrica de referencia Regional	SI	Servicio Salud Castilla y León (SACYL)
CATALUÑA	Mille (media y larga estancia)	depende	Conselleria de Sanidad
EUSKADI	Unidad Larga Estancia	SI	Osakidetza y 2 concertados
EXTREMADURA	Unidad de Larga Estancia	SI	Diputación Cáceres y Badajoz
GALICIA	Unidad de Hospitalización de Larga Estancia	SI	Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y Diputación
MADRID	Unidad de Cuidados Psiquiátricos prolongados Unidad de Disminuídos Psíquicos	NO	Consejería de Sanidad y Consejería de Servicios Sociales
MURCIA	Residencia Luis Valenciano	SI	ISSORM (Instituto Murciano de Servicios Sociales)
La RIOJA	Larga Estancia	NO	Servicio Riojano de Salud
VALENCIA(2002)	Residencias de enfermos	NO	Concertado

- Programa de Rehabilitación: Tal como se manifiesta en la tabla 41, en la mitad no hay ningún tipo de Programa Rehabilitador.
- Dependencia administrativa. Suele ser de Sanidad aunque en Euskadi (2 dispositivos) y en Valencia son concertados. En Murcia depende del Instituto Murciano de Servicios Sociales. En Madrid las Consejerías de Sanidad (enfermos crónicos) y Servicios Sociales (disminuidos psíquicos y psicogeriatría) gestionan los recursos directamente o a través de conciertos (2 dispositivos). También en Castilla la Mancha, Extremadura y Galicia (1 dispositivo) dependen de Diputaciones. Por último, en Canarias depende de un consorcio sanitario y en Baleares de la empresa pública Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA).
- Número de camas por 100.000 habitantes. La tabla 42 refleja que, exceptuando aquellas CCAA donde no existe este dispositivo, el menor número de camas lo tiene Castilla León con 2 y el mayor número lo tienen Extremadura con 52,83 camas por 100.000 habitantes y Cataluña con 59 (aunque aquí están incluidas las camas de media estancia).

Tabla 42. Número de camas unidad larga estancia x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CAMAS x 100.000 HABITANTES
ARAGON	32,55
BALEARES	5,55
CANARIAS	11,10
CASTILLA LA MANCHA	17,11
CASTILLA LEON	2
CATALUÑA	59
EUSKADI	38,41
EXTREMADURA	52,83
GALICIA	23,92
MADRID	11,36
MURCIA	4,2
RIOJA	27,54
VALENCIA (2002)	7,73

• Unidades de Psicogeriatría

Para poder ofrecer una análisis sobre la situación de atención a este sector de la población en las distintas CCAA, se propusieron en el cuestionario los siguientes items: Denominación, Número de centros, Número de plazas, Número de plazas por 100.000 habitantes y Dependencia administrativa.

Los resultados del cuestionario se presentan en la tabla 43

Según los datos disponibles, las CCAA de Andalucía, Castilla La Mancha, Castilla León, Euskadi, Melilla, Rioja y Valencia no tienen ningún dispositivo de este tipo.

En algunas CCAA como en Aragón, Baleares, Cataluña, Madrid, Murcia y La Rioja, estas Unidades están en Hospitales Psiquiátricos públicos o concertados.

Tabla 43. Unidades de Psicogeriatría

COMUNIDAD AUTONOMA	DENOMINACIÓN	Nº CENTROS	Nº PLAZAS	Nº PLAZAS x 100.000 HAB.	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
ARAGON	Unidad Gerontopsiquiátrica	2	92	7,64	Consejería de Salud
ASTURIAS	Unidad Psicogeriatría	1	Indefinidas	-	Servicio Salud Principado de Asturias SESPA
BALEARES	Psicogeriátrico	1	58	6,71	Gestión Sanitaria de Mallorca GESMA(financiación Conselleria de Salud)
CANARIAS	-	2	-	-	Cabildos Insulares
CANTABRIA	Psicogeriátricos	13	222	42,11	Concertado con varios privados
CATALUÑA	Unidades Psicogeriátricas	5	470	7,23	Algunas dentro del Hospital Psiquiátrico
EXTREMADURA	Centros de Día y Unidad de Psicogeriatría	7	179	16,87	Consejería de Bienestar Social
GALICIA	Unidad de Psicogeriatría	1 (S. Ambulatorio)	Seguimiento IC Residencias 3ª Edad	-	Servicio Gallego de Salud SERGAS
MADRID	Unidad de Psicogeriatría	3	498	9,18	Consejería Servicios Sociales
MURCIA	Unidad de Psicogeriatría	2	100	8,40	Instituto Murciano de Servicios Sociales ISSORM
NAVARRA	Centro Psicogeriátrico y Centro de Día	1	206	37,06	Servicio Navarro de Salud

Del resto de CCAA que poseen este dispositivo, debemos reseñar que en Galicia es un Servicio Ambulatorio dependiente del Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

- Denominación: En todas las CCAA, excepto Valencia (Centros Psicogeriátrico y Centro de Día) tienen la denominación de Unidad de Psicogeriatría. En Aragón se denomina Unidad Gerontopsiquiátrica y en Extremadura también Centros de Día.
- El número de centros en cada CCAA es muy reducido, así como las plazas destinadas a la atención de este sector de la población, que no están definidas ni en Asturias ni en Galicia. Del resto de CCAA que cuentan con este dispositivo, calculamos el número de plazas por 100.000 habitantes. Como podemos observar en la tabla, el menor número de plazas está en Baleares con 6,71 por 100.000 habitantes y el mayor número en Cantabria con 42,11 por 100.000 habitantes.
- Dependencia administrativa. Los dispositivos de Aragón, Asturias, Baleares (GESMA), Cataluña y Navarra dependen de Sanidad. En Cantabria, los 13 centros existentes son concertados con centros privados En Canarias la dependencia es de los Cabildos Insulares. Por último, de Servicios Sociales (Consejería, Instituto, etc.) dependen en Extremadura, Madrid (a través de conciertos) y Murcia.

4. EL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS:

En el cuestionario elaborado por la anterior Junta Directiva de la AEN, se incluyó un apartado sobre evaluación del Proceso de Reforma en las distintas CCAA. Nos ha parecido importante presentar el resumen de los datos aportados por cada una de ellas. En la tabla 44 mostramos la situación actual de los Hospitales Psiquiátricos.

Tabla 44. Hospitales Psiquiátricos

COMUNIDAD AUTÓNOMA	HOSP. PSIQUIÁTRICO	DENOMINACIÓN
ANDALUCÍA	NO	-
ARAGÓN	SI	Centros de Rehabilitación Psicosocial
ASTURIAS	NO	-
BALEARES	SI	Área de Salud Mental
CANARIAS	NO	-
CANTABRIA	SI	Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas y Padre Menni
CASTILLA LA MANCHA	SI	Hospital Psiquiátrico de Alcohete
CASTILLA LEÓN	SI	Unidad Residencial Psiquiátrica de referencia Regional
CATALUÑA	SI	Hospital Monográfico
EUSKADI	SI	Hospital Psiquiátrico y/o Monográfico
EXTREMADURA	SI	Hospital Psiquiátrico
GALICIA	SI	Hospital Psiquiátrico
MADRID	SI	Hospital Psiquiátrico
MELILLA	NO	-
MURCIA	SI	Unidades de: - Agudos, Subagudos y Rehabilitación - Crónicos y Psicogeriatría
NAVARRA	NO	-
RIOJA	SI	Centro Asistencial Reina Sofía
VALENCIA	SI	Hospital Psiquiátrico y Sanatorio de Santa Fe

Exponemos un resumen del proceso de desinstitucionalización en cada CCAA.

ANDALUCÍA: No existe Hospital Psiquiátrico. *El proceso de desinstitucionalización, desmantelamiento y cierre de los 8 Hospitales Psiquiátricos que existían se realizó entre los años 1985 y 1999. Al mismo tiempo que se cerraban los Hospitales, se abrían Comunidades Terapéuticas y Casas Hogares.*

ARAGÓN: Los Hospitales Psiquiátricos se denominan Centros de Rehabilitación Psicosocial. *Existen en las tres provincias de Aragón y se componen de Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia y Unidad Gerontopsiquiátrica (actualmente sólo existe en Zaragoza, en Huesca y Teruel están en obras).*

Los pacientes de los Hospitales Psiquiátricos que fueron externalizados se enviaron a Residencias, Centros de Deficientes, Recursos Residenciales protegidos (pisos, casa, hogares) y Familias.

ASTURIAS: No existe Hospital Psiquiátrico. *En los terrenos del antiguo Hospital Psiquiátrico existen actualmente la Unidad Residencial, Unidad de Psicogeriatría y Unidad de Rehabilitación.*

Previo al proceso de derribo de los edificios del antiguo Hospital Psiquiátrico de Oviedo en el año 2003, se derivaron pacientes de las Unidades Residenciales a establecimientos Residenciales en toda Asturias.

BALEARES: El Hospital Psiquiátrico se denomina Área de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Mallorca. *La gestión la realiza la empresa pública con gestión privada, Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA). En estos momentos, en el recinto del Hospital Psiquiátrico se encuentran el Psicogeriátrico (58 plazas), Unidad de Larga Estancia y Residencia Mixta (48 plazas), Pabellón Lluerna (24 plazas) y Unidad de Hospitalización Breve (30 camas) con Servicio de Urgencias Psiquiátricas*

El proceso de desinstitucionalización se inició hace un año aunque desde hace varios años ya no ingresan pacientes a las Unidades de Larga Estancia.

Los pacientes (155) fueron evaluados entre 2000-2001 y han sido externalizados a Residencias, Recursos residenciales protegidos (pisos, casas, hogares) y Familias.

CANARIAS: No existe Hospital Psiquiátrico. *Las distintas Unidades de los Hospitales Psiquiátricos se han ido transformando en Unidades de Rehabilitación Activas. A la vez se han ido creado alternativas residenciales comunitarias.*

CANTABRIA: Los Hospitales Psiquiátricos se denominan Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas *(depende administrativamente del Servicio Cántabro de Salud)* y Padre Menni *(Concertado). Tienen en total 443 plazas.*

CASTILLA LEÓN: Existe un Hospital Psiquiátrico *que se denomina Unidad Residencial Psiquiátrica de referencia Regional con 50 camas.*

CASTILLA LA MANCHA: El único que en estos momentos existe como Hospital Psiquiátrico es el de Alcohete. *Los demás Hospitales Psiquiátricos que existían (6 en total, con 450 plazas) están en proceso de reconversión en Unidades de Media Estancia, Unidades Residenciales y Residencias Sociosanitarias, excepto el de Ciudad Real que es Unidad de Media Estancia y Residencia Psicogeriátrica desde Diciembre de 1998.*

El Hospital Psiquiátrico de Albacete lo cerrarán en el 2004.

Los pacientes después de un proceso de evaluación, han sido externalizados a Residencias, Centros de deficientes, Recursos residenciales protegidos, Familia, etc.

CATALUÑA: Existe el Hospital Psiquiátrico, pero se denomina Hospital Monográfico. *Hay 7 centros en Cataluña que dependen administrativamente de Sanidad. El total de plazas que tienen es de 2875.*

El Proceso de Desinstitucionalización está actualmente en curso. Se está realizando el estudio de los pacientes de Larga Estancia para su externalización y reubicación en otros dispositivos. Los pacientes que ya se han externalizado han sido destinados a Residencias, Familia y Unidades Polivalentes.

El acuerdo de reconversión de los Hospitales Monográficos plantea la creación de Unidades de Agudos, Unidades Polivalentes: De alta dependencia, de Patología Dual, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria y una Unidad de Alta Seguridad.

EUSKADI: Existen Hospitales Psiquiátricos. *El Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) tiene 4 Hospitales Psiquiátricos (Álava, Bermeo, Zaldibar y Zamudio) con un total de 800 plazas. Además existen tres Hospitales Psiquiátricos(Aita Menni) con plazas concertadas.*

El proceso de desinstitucionalización ha sido progresivo y el destino de los pacientes externalizados ha sido en residencias, recursos residenciales protegidos (pisos, casa, hogares) y familia.

EXTREMADURA: Existen 2 hospitales psiquiátricos, uno en Badajoz y otro en Cáceres. *Tienen un total de 835 plazas y dependen administrativamente de las Diputaciones Provinciales. En la actualidad están en un proceso de integración en el Servicio Extremeño de Salud.*

En el año 1996, se aprobó el Proyecto Augusta para externalización de pacientes. Hasta estos momentos se han externalizado a pisos a 49 pacientes.

GALICIA: Existe un hospital psiquiátrico dependiente de la Diputación de Lugo que actualmente está en proceso de transferencia a la Comunidad Autónoma.

MADRID: Existen tres hospitales psiquiátricos: Centro San Juan de Dios, Centro Benito Menni y Hospital Psiquiátrico. *Dependen administrativamente de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Servicios Sociales. El número de plazas totales es de 1712. Los hospitales cuentan con Unidad de Hospitalización Breve (123 camas de agudos), Unidad de Media Estancia (131), Unidad de Larga Estancia (524), Psicogeriatría (498) y Centros de Deficientes Mentales (426).*

El programa de desinstitucionalización se llevó a cabo en los años 80. Actualmente no existe.

MELILLA: No existe hospital psiquiátrico.

MURCIA: Existe hospital psiquiátrico. *Tiene varias unidades: 2 Unidades de agudos con un total de 52 camas, además una Unidad denominada de Sub-agudos con 48 camas y una Unidad de Rehabilitación con 60 plazas. Administrativamente depende del Servicio Murciano de Salud.*

La Consejería de Bienestar Social del Gobierno Murciano tiene el Instituto de Servicios Sociales (ISSORN) y de él dependen la Unidad de Crónicos Luis Valenciano (50 camas), la Unidad de Psicogeriatría Javier Asturiano (54 camas) y otra Unidad de Psicogeriatría que es una residencia para la tercera edad (30 camas).

NAVARRA: No existe hospital psiquiátrico.

Entre 1986 y 1991 se trasladaron varios pacientes del Hospital Psiquiátrico a otros recursos: 73 a Residencias, 48 a residencias protegidas, 18 fueron con su familia y 20 pacientes quedaros sin ubicación. Por otra parte, se realizó la transferencia de una Residencia de Deficientes Mentales (donde estaban 100 pacientes) desde la Consejería de Sanidad a la Consejería de Bienestar Social.

En 1998, se aprueba por Decreto la transformación del Hospital Psiquiátrico en Centro Psicogeriátrico.

RIOJA: El Hospital Psiquiátrico se denomina Centro Asistencial Reina Sofía. *Depende administrativamente del Servicio Riojano de Salud y de la Consejería de Bienestar Social. Tiene aproximadamente 200 plazas.*

El proceso de desinstitucionalización de los pacientes del Hospital Psiquiátrico se iniciará a partir del 2004. Desde hace 10 años, para ingresar en el hospital han de pasar por una comisión constituida por diferentes psiquiatras. En la actualidad se está en proceso de evaluación de pacientes para poder remitirlos a Residencias, Recursos residenciales protegidos, Centros de deficientes, Familia, etc.

El Hospital Psiquiátrico cuenta actualmente con diferentes pabellones: Larga Estancia, Media Estancia, Residencia Geriátrica y Residencia de Minusválidos Psíquicos.

VALENCIA: Existen dos hospitales psiquiátricos: Padre Jofré en Bétera (Valencia) y el Sanatorio de Santa Faz (Alicante). *La dependencia administrativa es de las Diputaciones provinciales. No se sabe el número de plazas de los Hospitales. Actualmente no ingresan prácticamente pacientes.*

5. PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL

En el apartado 3 de este informe hemos presentado los datos de los profesionales por dispositivos de la red asistencial. A continuación presentamos el número de profesionales totales que tiene cada Autonomía y agrupados según las profesiones.

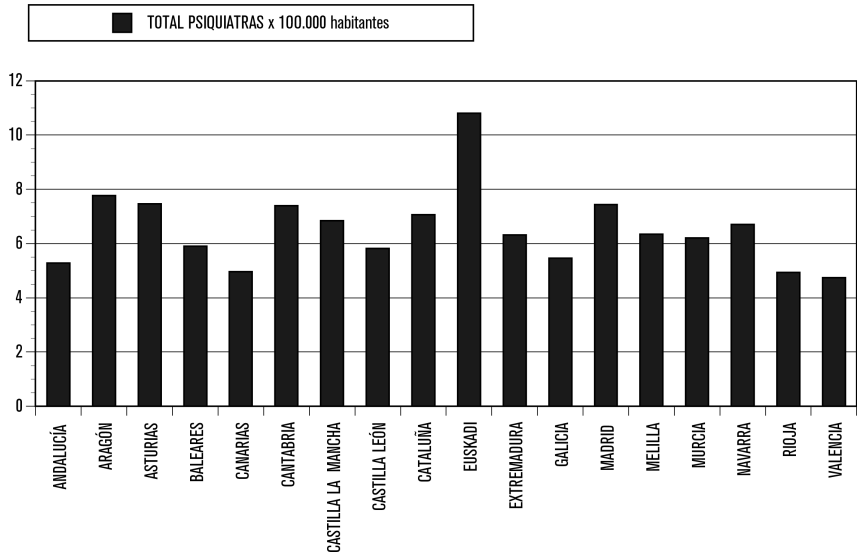
Total profesionales por 100.000 habitantes según las distintas profesiones:

- Psiquiatras: En la tabla 45 y gráfico 6 puede observarse el número de Psiquiatras en todas las CCAA por 100.000 habitantes. El rango está entre los 4,74 Psiquiatras por 100.000 habitantes.

Tabla 45. Total Psiquiatras x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRAS
ANDALUCÍA	5,28
ARAGÓN	7,76
ASTURIAS	7,46
BALEARES	5,90
CANARIAS	4,96
CANTABRIA	7,40
CASTILLA LA MANCHA	6,84
CASTILLA LEÓN	5,82
CATALUÑA	7,06
EUSKADI	10,80
EXTREMADURA	6,32
GALICIA	5,46
MADRID	7,44
MELILLA	3,17
MURCIA	3,82
NAVARRA	4,40
RIOJA	3,88
VALENCIA (2002)	2,64

Gráfico 6. Total Psiquiatras x 100.000 habitantes

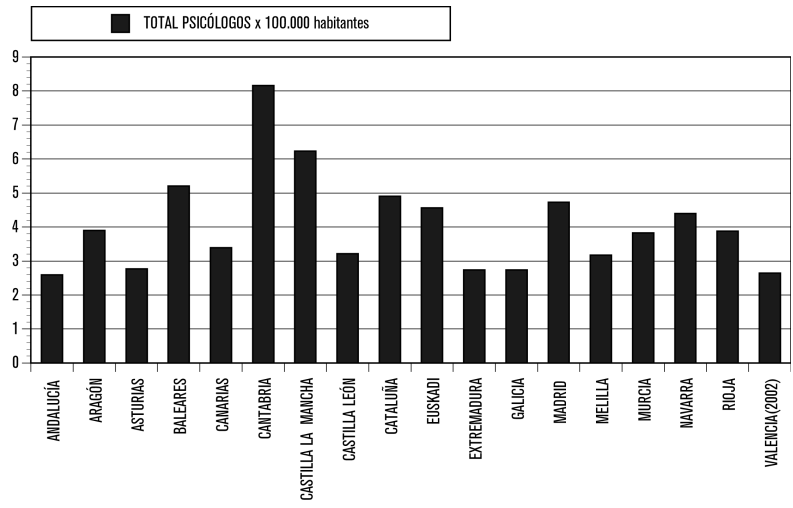


- Psicólogos: En la tabla 46 podemos observar el número de profesionales psicólogos en todas las CCAA. por 100.000 habitantes. Como muestra el gráfico 7 el menor porcentaje lo tiene Valencia (2002) con el 2,64 y el mayor Cantabria con el 8,16 por 100.000 habitantes.

Tabla 46. Total Psicólogos x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSICÓLOGOS
ANDALUCÍA	2,59
ARAGÓN	3,90
ASTURIAS	2,77
BALEARES	5,20
CANARIAS	3,39
CANTABRIA	8,16
CASTILLA LA MANCHA	6,23
CASTILLA LEÓN	3,21
CATALUÑA	4,90
EUSKADI	4,56
EXTREMADURA	6,79
GALICIA	2,74
MADRID	4,73
MELILLA	3,17
MURCIA	3,82
NAVARRA	4,40
RIOJA	3,88
VALENCIA(2002)	2,64

Gráfico 7. Total Psicólogos x 100.000 habitant

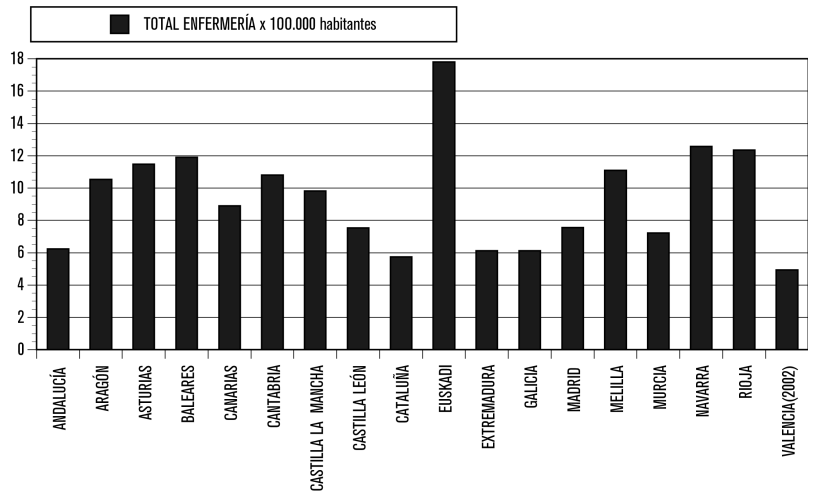


- Enfermería: En la tabla 47 y gráfico 8 se muestran el número de profesionales de Enfermería en todas las CCAA. El menor número de estos profesionales está en Valencia (2002) con el 4,93 y el mayor está en Euskadi con el 17,81 por 100.000 habitantes.

Tabla 47. Total profesionales de enfermería x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ENFERMERÍA
ANDALUCÍA	6,23
ARAGÓN	10,54
ASTURIAS	11,48
BALEARES	11,91
CANARIAS	8,90
CANTABRIA	10,81
CASTILLA – LA MANCHA	9,82
CASTILLA – LEÓN	7,53
CATALUÑA	5,75
EUSKADI	17,81
EXTREMADURA	6,3
GALICIA	6,12
MADRID	7,56
MELILLA	11,11
MURCIA	7,22
NAVARRA	12,59
RIOJA	12,36
VALENCIA (2002)	4,93

Gráfico 8. Total profesionales de Enfermería x 100.000 habitantes

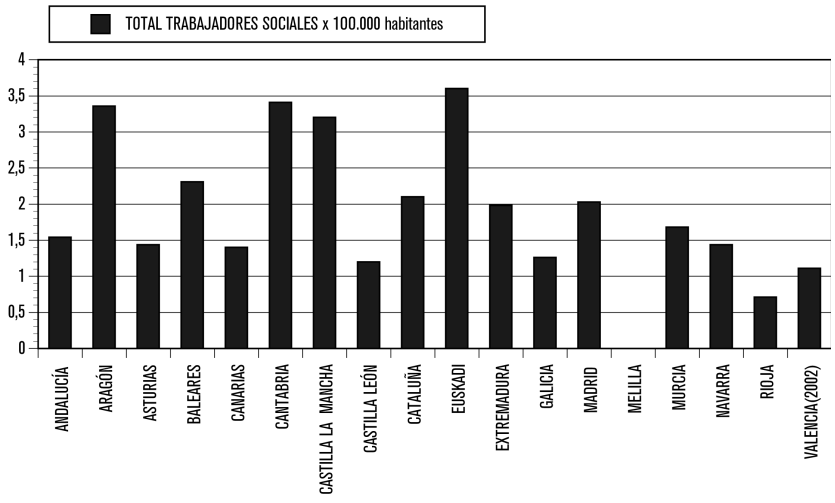


- Trabajadores sociales: En la tabla 48 podemos ver todos los profesionales trabajadores sociales en las distintas CCAA. En el gráfico 9 comprobamos que en Melilla no hay ninguno y que el mayor número de profesionales Trabajadores Sociales está en Euskadi con el 3,60 por 100.000 habitantes.

Tabla 48. Total Trabajadores Sociales x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TRABAJADOR SOCIAL
ANDALUCÍA	1,54
ARAGÓN	3,36
ASTURIAS	1,44
BALEARES	2,31
CANARIAS	1,40
CANTABRIA	3,41
CASTILLA – LA MANCHA	3,20
CASTILLA – LEÓN	1,20
CATALUÑA	2,10
EUSKADI	3,60
EXTREMADURA	1,98
GALICIA	1,26
MADRID	2,03
MELILLA	0
MURCIA	1,68
NAVARRA	1,44
RIOJA	0,71
VALENCIA (2002)	1,11

Gráfico 9. Total Trabajadores Sociales x 100.000 habitantes

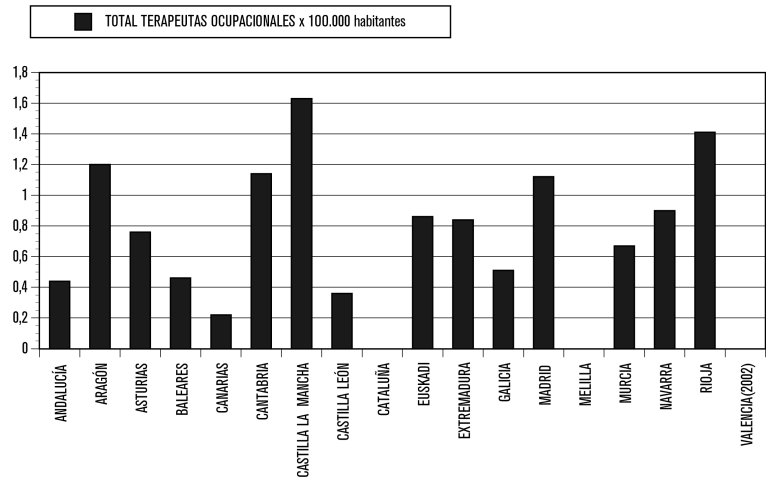


- Terapeutas ocupacionales: En la tabla 49 se presentan todos los Terapeutas ocupacionales en las distintas CCAA, excepto en Cataluña y en Valencia donde no tenemos datos. En el gráfico 10 se observa que en Melilla no hay ningún Terapeuta Ocupacional. En Castilla la Mancha es donde tienen el mayor número de Terapeutas Ocupacionales por 100.000 habitantes con el 1,63.

Tabla 49. Total Terapeutas Ocupacionales x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TERAPEUTA OCUPACIONAL
ANDALUCÍA	0,44
ARAGÓN	1,20
ASTURIAS	0,76
BALEARES	0,46
CANARIAS	0,22
CANTABRIA	1,14
CASTILLA – LA MANCHA	1,63
CASTILLA – LEÓN	0,36
CATALUÑA EUSKAD	I0,86
EXTREMADURA	0,84
GALICIA	0,51
MADRID	1,12
MELILLA	0
MURCIA	0,67
NAVARRA	0,9
RIOJA	1,41
VALENCIA (2002)	-

Gráfico 10. Total Terapeutas Ocupacionales x 100.000 habitantes

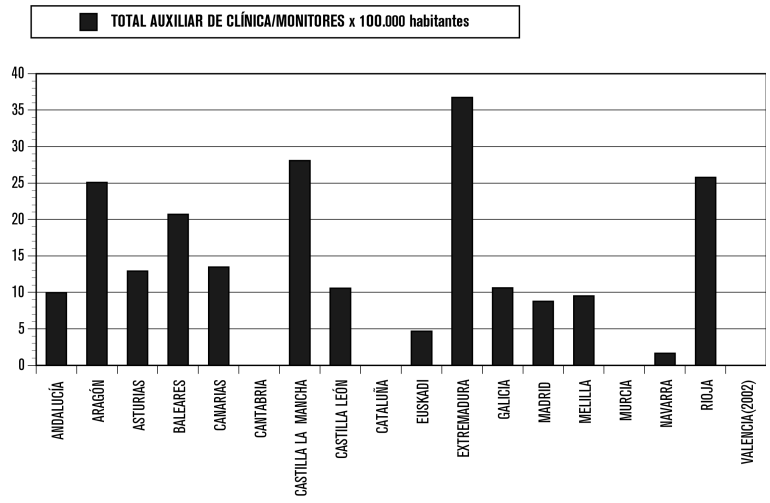


- Auxiliar de Clínica/Monitores: En la tabla 50 se presentan las distintas CCAA excepto Cantabria, Cataluña y Murcia. Como puede observarse, el porcentaje de estos profesionales x 100.000 habitantes se encuentra entre el 1,62 de Navarra (menor) y el 36,70 de Extremadura (mayor). En el gráfico 11 se puede apreciar.

Tabla 50. Total Auxiliares de Clínica/ Monitores x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	AUXILIAR CLÍNICA
ANDALUCÍA	9,98
ARAGÓN	25,08
ASTURIAS	12,92
BALEARES	20,71
CANARIAS	13,47
CANTABRIA	-
CASTILLA – LA MANCHA	28,05
CASTILLA – LEÓN	10,59
CATALUÑA EUSKAD	I4,66
EXTREMADURA	36,7
GALICIA	10,6
MADRID	8,76
MELILLA	9,52
MURCIA	-
NAVARRA	1,62
RIOJA	25,77
VALENCIA (2002)	7,01

Gráfico 11. Auxiliares de Clínica/ Monitores x 100.000 habitantes

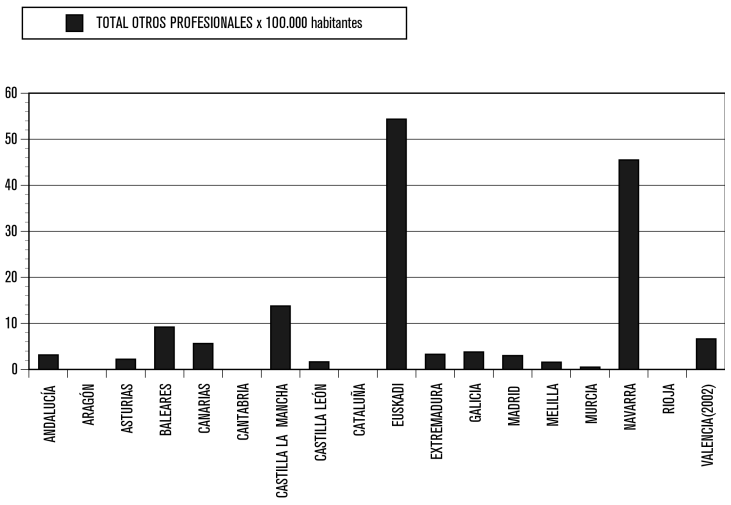


- Otros: auxiliares administrativos, celadores, etc.: No tenemos datos de las CCAA de Aragón, Cantabria, Cataluña, y Rioja. En las demás CCAA, se sitúan entre el 0,50 de Murcia y el 54,36 por 100.000 habitantes de Euskadi Estos datos se presentan en la tabla 51. Un mejor análisis comparativo entre las diferentes CCAA se ofrece en el gráfico 12.

Tabla 51.Total Otros Profesionales x 100.000 habitantes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	OTROS
ANDALUCÍA	3,14
ARAGÓN	-
ASTURIAS	2,20
BALEARES	9,25
CANARIAS	5,61
CANTABRIA	-
CASTILLA – LA MANCHA	13,8
CASTILLA – LEÓN	1,63
CATALUÑA EUSKADI	54,36
EXTREMADURA	3,3
GALICIA	3,82
MADRID	3,02
MELILLA	1,59
MURCIA	0,50
NAVARRA	45,52
RIOJA	-
VALENCIA (2002)	6,63

Gráfico 12. otal Otros Profesionales x 100.000 habitantes



No hemos podido calcular el Total de Profesionales por 100.000 habitantes en cada CA ya que no tenemos datos de las CCAA de Aragón (Otros profesionales), Cantabria (Auxiliares de Clínica ni Otros profesionales), Cataluña (Terapeutas Ocupacionales, Auxiliares de Clínica y Otros profesionales), Murcia (Auxiliares de Clínica), La Rioja (Otros profesionales) ni de Valencia (Terapeutas Ocupacionales).

6. ANÁLISIS CUALITATIVO

1. Organización de la atención a la salud mental.

Desde la Ley General de Sanidad (1986) hasta la culminación de las transferencias sanitarias del Estado a las CCAA (2002), cada una de ellas ha acometido el proceso de transformación de la asistencia a la salud mental desde un modelo hospitalocéntrico, al modelo comunitario conforme a su situación previa y a su política sanitaria. Se han aprobado Leyes, Decretos y órdenes para la implementación del nuevo modelo de atención a la salud mental.

La plena integración de la atención a la salud mental en la salud general es ya un hecho(tabla 5, item 2). En la actualidad, todas las CCAA tienen un Plan de Salud Mental aprobado (tabla 2, item 1), aunque en muchas de ellas, estos planes han consistido, sobre todo, en un guión de propositos más que un nuevo modelo de planificar y gestionar.

Una verdadera organización de la atención a la salud mental implica un servicio de planificación, gestión y una financiación específica. Sin embargo, observamos la ausencia, en muchas CCAA, de un servicio de Planificación para la salud mental (Cantabria, Melilla, Rioja, Valencia), en la falta de financiación específica (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Madrid, Melilla, Navarra, Rioja y Valencia) y en la carencia de una gestión específica (Andalucía, Baleares, Cantabria, Extremadura, Melilla, Rioja y Valencia).

Además, hay que señalar que en muchas CCAA, la gestión (tabla5) no sólo es responsabilidad de la Consejería de Sanidad. En varias de ellas, comparten esta gestión Diputaciones y Consejerías de Servicios Sociales/Conselleria de Bienestar Social (Castilla la Mancha, Extremadura, Valencia y Madrid). Además, y, sobre todo en rehabilitación, esta prestación se realiza a través de convenios con empresas privadas y/o sin ánimo de lucro, Asociaciones, ONGs.

Siguen existiendo dificultades para una buena coordinación entre administraciones (Canarias, Castilla León y Valencia). También es significativa la falta de coordinación (tabla 6) entre los distintos dispositivos (Aragón, Baleares, Cantabria y Valencia). Solamente existe una Unidad Funcional de coordinación definida en Castilla la Mancha (Comisión Consultiva), Galicia (Servicio de Salud Mental) y Madrid (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental).

Otro punto importante de la organización de la atención a la salud mental son los sistemas de información y recogida de datos (tabla 7). En España se han realizado pocos estudios epidemiológicos fiables sobre las necesidades de atención en salud mental a la población general. Las estimaciones de dichas necesidades se han realizado, sobre todo, partiendo de la utilización de los dispositivos existentes. Así, vemos que existen pocas CCAA que tengan implantados un sistema de recogida de datos específicos de Salud Mental. Sólo en algunas está el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) y el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y en otras los sistemas de información y de recogidas de datos son los utilizados de forma general por la atención especializada de los hospitales. En la mayoría de los casos la información de los distintos sistema no se gestiona de forma integrada. El nivel de desarrollo de sistemas de recogida de datos y de información que sirvan, no solo como datos epidemiológicos, sino como herramientas de gestión, es insuficiente.

2. La Red de dispositivos de salud mental en un Área Sanitaria.

• Unidades/Centros de Salud Mental

. Unidades/Centros de Salud Mental de adultos:

En todas las CCAA existen ya Unidades o Centros de salud mental comunitarios. Pero hemos de señalar que todavía existen Neuropsiquiatras de zona en Madrid, Galicia y Valencia.

Observamos que se da una gran disparidad respecto a la población de referencia para cada uno de las Unidades/Centros de Salud Mental (tabla 9).

En todos las Unidades/Centros el equipo es multidisciplinar contando con Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros, Trabajadores Sociales, Auxiliares de Clínica y, en algunos casos, Terapeutas Ocupacionales. Sin embargo, el número total de profesionales por 100.000 habitantes es totalmente dispar de una CCAA a otra (tabla 12).La actividad asistencial (Primeras, Sucesivas y Total consultas) también es muy desigual de una Comunidad Autónoma a otra (tabla 10).

Lo mismo sucede respecto a los Programas asistenciales definidos en las Unidades/Centros. El Programa básico de coordinación con Atención primaria de Salud no se realiza en Castilla León, Murcia, ni Valencia.

En las CCAA de Asturias, Castilla la Mancha, Castilla León, Euskadi, Navarra y la Rioja, la red de atención a la salud mental y la red de drogodependencias están integradas y las Unidades / Centros tienen el programa de atención a ambas patologías. En Murcia, a pesar de que son redes paralelas, los Centros de salud mental atienden también drogodependencias.

Según las recomendaciones del Cuaderno Técnico de la AEN: "Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad", la estimación de necesidades de profesionales totales en los Centros de Salud Mental se sitúa entre 28 y 32,5 (sin contar con el Programa de Niños y Adolescentes) (7, pág. 59). Esto significa que prevalece, en casi todas las CCAA, una carencia manifiesta respecto al número de profesionales en este primer nivel de atención.

. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

En la Ley General de Sanidad, la atención a la salud mental de la población Infanto-Juvenil se planta como un Programa particular, junto a Psicogeriatría. Sin embargo, varias CCAA han elaborado un Plan de Salud Mental específico para esta población (Andalucía, Murcia y Castilla la Mancha; en ésta última incluido en el general).

Para la evaluación del dispositivo del primer nivel de atención comunitaria dirigido a la población Infanto-juvenil, introducimos los parámetros específicos de rango de edad y nivel de atención.

El resultado de las respuestas en el cuestionario manifiesta la escasez de recursos tanto estructurales como de profesionales en todas las CCAA. Respecto al número de profesionales necesarios para una población de 100.000 habitantes, el Cuaderno Técnico de la AEN (7, Pág. 59) expresa que, como mínimo son necesarios un total de 4 profesionales y, en la actualidad, la media de todas las CCAA (excepto Canarias, Cantabria y Cataluña) se sitúa en un 1,75.

La denominación para este primer nivel de atención casi siempre es Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. Sólo Madrid y Navarra lo explicita como "Programa". Existe mucha diversidad respecto al rango de edad de la población atendida que va desde los 0 hasta los 14, 15, 16, 17 y 18 años. Tampoco existe una afinidad respecto al nivel de atención, en unas CCAA pueden derivar directamente desde Atención Primaria de salud y en otras desde las Unidades/Centros de adultos. En Andalucía, las Unidades son también Hospital de Día. El sistema de registro e información también es escaso por lo que no tenemos datos de la actividad asistencial (primeras, sucesivas y total consultas) en seis CCAA (Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla León, Cataluña y Extremadura). En casi todas las CCAA se aplican Programas básicos asistenciales y de coordinación.

• Hospitalización

. Hospitalización Breve de Adultos

Según recomienda la Ley General de Sanidad, ya en todas las CCAA, se han creado ya unidades / servicios de hospitalización en los hospitales generales. Sin embargo siguen existiendo Unidades de Hospitalización Breve en los Hospitales Psiquiátricos (Baleares, Cataluña, Euskadi Extremadura, Madrid y Valencia) .

En el Cuaderno Técnico de la AEN (7, Pág. 59) la estimación de necesidades de plazas de hospitalización breve para la población adulta es de entre un 12 y un 15 x 100.000 habitantes. Actualmente, la media en las CCAA se sitúa en torno al 9,95.

Es significativo que en casi todas las CCAA existan Unidades Específicas para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El número total de profesionales x 100.000 habitantes es muy dispar de unas CCAA a otras, desde 5,4 en Navarra hasta 22,21en Melilla.

. Hospitalización Breve Infanto-Juvenil:

Sólo existe este recurso en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Euskadi, Madrid y Valencia, por lo que no puede realizarse una análisis comparativo, dato ya significativo en sí mismo.

Hemos de reseñar, que en varias CCAA (Andalucía y Castilla León), en el Servicio de Pediatría hay camas asignadas para la población Infanto-Juvenil con trastornos de Salud Mental. Solamente Cataluña cuenta con una Unidad de Crisis para adolescentes.

• Hospitalización Parcial

. Hospitalización Parcial (de Día) de Adultos.

Respecto a este dispositivo hemos de destacar varios puntos:

- Algunos van dirigidos al tratamiento de una patología específica (Navarra y Cantabria).
- No realizan Tratamientos psicoterapéuticos (Castilla León)
- Muchos de ellos no dependen de las administraciones públicas, siendo centros privados concertados (Cantabria, Castilla León, Euskadi y Navarra).

. Hospitalización Parcial (Día) Infanto-Juvenil

Aunque es un dispositivo muy necesario para dar asistencia a niños y adolescentes con una patología grave, casi es inexistente en todo el Estado. Solamente tienen este recurso las CCAA de Andalucía (son también Unidades de Salud Mental), Aragón (sólo para Trastornos de la Conducta Alimentaria), Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, Euskadi, Madrid y Navarra. En todas ellas, excepto en Cataluña y en Madrid, sólo hay un dispositivo.

• Dispositivos de Rehabilitación

. Unidades Hospitalarias de Rehabilitación/Comunidad terapéutica:

Es un dispositivo que se ha creado fundamentalmente en función del propio proceso de reforma de cada CA. Por ello, sólo en Andalucía y Asturias se denomina Comunidad Terapéutica. En el resto de las CCAA que cuentan con este dispositivo son Unidades/Clínica de Rehabilitación. En todos ellos se realiza una rehabilitación intensa durante un tiempo predeterminado.

. Centros de Rehabilitación Psicosocial

El análisis comparativo entre todas las CCAA ha sido dificultoso, comenzando por la definición del dispositivo que va desde Centro de Día, Programa, Unidad y/o Centro de Rehabilitación Psicosocial.

La disparidad de los Procesos de Reforma en cada CA desde su inicio en los años 80, se refleja, sobre todo en esta prestación. La Ley General de Sanidad contempla la Rehabilitación Psicosocial como prestación sanitaria, sin embargo, en la mayor parte de las CCAA no dependen de las Consejerías de Sanidad sino de convenios o conciertos

con Diputaciones, Cabildos, Ayuntamientos, Asociaciones de Familiares, Consejerías de Servicios Sociales, Conselleria de Bienestar Social, empresas públicas de gestión privada o privados. Exclusivamente es una prestación sanitaria en Andalucía, Asturias, Euskadi, Murcia y Rioja. En todos los dispositivos realizan Tratamientos rehabilitadores excepto en algún Centro de Día de Cataluña.

El número de plazas óptimas por 100.000 habitantes se sitúa en torno a 50 (Cuaderno Técnico Nº 4 de la AEN, 7 Pág. 59). Sin embargo ninguna CA llega a este número. Sólo Castilla la Mancha se le acerca con 47 plazas por 100.000 habitantes.

. Alternativas Laborales

La rehabilitación del enfermo mental es, en sí misma, un proceso de recuperación de las habilidades perdidas y de integración social y laboral. Dicho proceso incluye el uso de Talleres Ocupacionales, Talleres Protegidos, Centros de Rehabilitación Laboral o Empresas Sociales.

Si realizamos una valoración de los dispositivos existentes en las CCAA podemos observar que hay una gran carencia de los mismos en varias CCAA (no existe en Asturias, Melilla, Murcia, Rioja ni Valencia).

En las demás CCAA, según su Proceso de Reforma de la asistencia a la salud mental esta prestación se realiza de manera diferente. En algunas la ofrecen los Centros de Rehabilitación como última fase del Programa Individual de Rehabilitación (Canarias, Castilla la Mancha, Galicia y Madrid); en otras han sido las Asociaciones de Familiares quienes han asumido esta prestación (Andalucía: FAISEM). De Sanidad, sólo existen dos centros en Madrid que dependen administrativamente de la Consejería de Sanidad. En otras CCAA se presta mediante convenios con Diputaciones, Consell Insular, Servicios Sociales, Bienestar Social, Asociaciones de Familiares, ONGs, e incluso centros privados.

. Centros de Día

En este apartado se añadió la denominación de Ocio y Tiempo Libre. Sin embargo, la denominación de Centro de Día (Aragón, Asturias, Canarias y Cataluña) se utiliza para el dispositivo donde ser realizan las actividades de Rehabilitación Psicosocial y laboral.

Con este parámetro, queríamos saber y evaluar los dispositivos existentes en todas las CCAA donde se realizaran actividades de ocio y tiempo libre. De las respuestas, podemos concluir que su número es muy pequeño en todo el Estado y mayoritariamente son subvencionados por sanidad, aunque dependen administrativamente de Asociaciones de Familiares, Fundaciones, Cáritas, etc. En Euskadi dependen de la Comisión Sociosanitaria.

De la Consejería de Sanidad sólo dependen los de Cataluña, Aragón (uno), Galicia y Madrid.

• Dispositivos Residenciales

. Alternativas Residenciales

Como hemos dicho anteriormente, en las distintas CCAA, según su propio proceso de transformación de la asistencia a salud mental, estos dispositivos se han ido creando conforme a las políticas sanitarias.

La estimación de plazas necesarias se calcula entre 65 y 130 (Cuaderno Técnico nº 4 de la AEN, Pág. 59, (7)).

En algunas CCAA se han implantado tres tipos de alternativas residenciales: pisos supervisados y/o tutelados, hostales y/o pensiones y residencias/hogares. En otras CCAA, programas residenciales (Aragón, Asturias y Madrid).

Respecto a la dependencia administrativa de los distintos dispositivos, es sanitaria exclusivamente en Asturias, Euskadi y Murcia. En Andalucía y Castilla la Mancha, dependen de Asociaciones y Fundaciones. En el resto de las CCAA, son concertados entre Sanidad, Cabildos, Diputaciones y Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales, centros privados, ONGs, etc.

. Unidades de Media Estancia

Solamente no existe este dispositivo en Andalucía y en Melilla. Los datos aportan información de que este dispositivo, en el resto de las CCAA, es sobre todo residencial y suele ubicarse en las dependencias de los antiguos Hospitales Psiquiátricos. Excepto en Navarra, Rioja y Valencia se realiza algún tipo de Tratamiento rehabilitador.

. Unidades de Larga Estancia

Las CCAA de Andalucía, Asturias, Cantabria, Melilla y Navarra no tienen ningún dispositivo de este tipo.

En el resto de CCAA son, sobre todo dispositivos residenciales ubicados en las dependencias de los antiguos Hospitales Psiquiátricos. Se realizan cuidados específicos, aunque en algún dispositivo también prestan programas rehabilitadores.

Su dependencia es casi siempre pública, bien de sanidad o diputaciones y / consorcios sanitarios o empresas públicas. En la CCAA de Murcia la dependencia administrativa es del Instituto Murciano de Servicios Sociales.

. Psicogerátricos

A pesar de que en la Ley General de Sanidad se especificó la necesidad de ofrecer esta prestación, en la mayoría de las CCAA no la ofrecen y, en algunas es una prestación social, no sanitaria (Extremadura, Madrid y Murcia). Es significativo que en Cantabria todos los dispositivos sean privados.

3. Profesionales

No hemos encontrado en ningún documento cual sería el porcentaje de Profesionales necesarios para ofrecer una atención a la salud mental de calidad en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental. Las únicas estimaciones de profesionales que hemos encontrado (Cuaderno Técnico nº 4 de la AEN, 7) ya han sido presentadas.

Como hemos podido observar en los datos presentados, si realizamos el análisis comparativo entre las distintas CCAA en cada Profesión y según el Total de Profesionales, la dispersión es muy demostrativa de la situación de cada CCAA.

Según las profesiones:

- Psiquiatras: La media de todo el Estado está en torno a 6 (6,52).
- Psicólogos: La media se sitúa en torno a 4 (4,28).
- Enfermería: La media está en torno al 9 (9,4).
- Trabajador Social: La media se acerca al 2 (1,88).
- Terapeuta Ocupacional: La media de las CCAA (excepto Cataluña y Valencia) está en 0,78
- Auxiliares de Clínica / Monitores: No tenemos datos de tres CCAA (Cantabria, Cataluña ni Murcia). Del resto de CCAA, la media está en torno al 15 (15,03).
- Otros: No tenemos datos de Aragón, Cantabria, Cataluña ni la Rioja. La media del resto de CCAA está en torno a 11 (11,02).

En los datos, es demostrativa la incorporación progresiva de nuevas profesiones en todos los dispositivos de atención a la salud mental. Sobre todo se han ido incorporando Terapeutas Ocupacionales en las unidades de Hospitalización Breve tanto de adultos como infantil. También ha ido aumentando significativamente el número de Trabajadores Sociales y Monitores (de Rehabilitación Psicosocial).

Respecto al análisis comparativo del Total de Profesionales en la Red asistencial de salud mental entre las distintas CCAA, podemos decir en resumen que los datos muestran que Euskadi es la que cuenta con el mayor número, siendo Murcia la que cuenta con menos profesionales tiene (recordamos que carecemos del número de Auxiliares de Clínica).

7. CONCLUSIONES

1. Organización de la atención a la salud mental:

Pensamos que para conseguir una organización, eficiente y de calidad, de la atención a la salud mental es necesario un Servicio de Planificación, Gestión y una Financiación específica. Además se han de potenciar y regular los mecanismos de coordinación entre los dispositivos asistenciales de la red de salud mental y la coordinación con los recursos comunitarios (sociales, educativos, judiciales) tal como preveía la Ley General de Sanidad.

Creemos necesario que dicho Servicio ha de estar integrado en el organigrama de las Consejerías de Salud y bajo su responsabilidad, lo que implica asumir totalmente la gestión de la atención a la salud mental que ahora comparten con Diputaciones y Servicios Sociales, así como el control de convenios con asociaciones e instituciones u organizaciones privadas.

Por otra parte, si se quiere planificar adecuadamente es imprescindible la implantación de un sistema de recogida de datos e información que permitirá la elaboración de estudios epidemiológicos, así como conocer las necesidades reales de atención en salud mental de la población, elaborar programas de prevención y promoción de salud mental. Este sistema de información, conforme a la Ley de Cohesión, ha de ser igualitario en todo el Estado español y ayudará a la elaboración de las prestaciones y la cartera de servicios de los distintos dispositivos asistenciales, así como en una mejora de la calidad asistencial.

2. Red Asistencial:

Tal como plantea el modelo comunitario de atención a la salud mental, en todas las CCAA existen equipos multidisciplinares para la atención a las personas con una enfermedad mental. Se han implantado casi todos los recursos necesarios para los diferentes niveles de atención, sin embargo, todos ellos son insuficientes para las demandas de atención a la población.

Sobre todo, la atención a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental, carece de varios dispositivos básicos. Específicamente los déficits se observan en el nivel de Hospitalización, tanto Breve como Parcial (Día).

Siguen existiendo unidades de hospitalización breve en hospitales psiquiátricos, en contra del principio básico de la Ley General de Sanidad.

Respecto a los dispositivos de rehabilitación, sobre todo se han desarrollado los centros de rehabilitación psicosocial. Sin embargo, aunque la Ley General de Sanidad, contempla la rehabilitación como una prestación sanitaria, en muchas CCAA los Centros de Rehabilitación no están gestionados directamente por las Consejerías de Salud. Esto implica que las prestaciones de este recurso asistencial serán totalmente diferentes de una CCAA a otra.

Hay una carencia notable de dispositivos o programas de integración laboral del enfermo mental y en la mayor parte de las CCAA que ofrecen esta prestación, suele proporcionarla Asociaciones de Familiares, ONGs, Servicios Sociales, etc. Sería necesario un compromiso claro entre Sanidad, Educación y Trabajo para poder implantar un sistema eficiente de integración laboral del enfermo mental.

3. Dispositivos residenciales:

El proceso de reforma de la atención a la salud mental impulsó el cierre de muchos hospitales psiquiátricos, sin embargo siguen existiendo en varias CCAA, aunque en algunas se ha cambiado su denominación. Por ello, siguen viviendo muchas personas con una enfermedad mental en Unidades de Media y Larga Estancia. Se han creado algunas alternativas residenciales pero son totalmente insuficientes para las necesidades de la población.

La Ley General de Sanidad también propuso una atención específica para la Psicogeriatría. A pesar de ello, esta prestación no se ofrece en la mayoría de las CCAA.

4. Profesionales

El número de profesionales en todos los dispositivos de la red de atención a la salud mental no es el recomendable para realizar una asistencia de calidad. Además, existe una gran dispersión de los ratios de profesionales por habitantes de una Comunidad Autónoma a otra.

En resumen, como dijimos, cada Comunidad Autónoma ha realizado su proceso de reforma de la atención a la salud mental conforme a su situación previa y a su política sanitaria, observándose grandes desigualdades y disparidades entre las diferentes Comunidades Autónomas del Estado Español. Sería necesario un Plan Integral de Salud Mental que propusiera los dispositivos, prestaciones, cartera de servicios y profesionales mínimos con el objeto de asegurar y garantizar la equidad y la calidad en todas las CCAA.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)(BOE 102 del 25-4-1986). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.
2. Ley 21/2001 de 27 de Diciembre por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. (BOE 313 del 31 –12-2001). Madrid, 2001.
3. Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE 128 del 29-5-2003). Madrid, 2003.
4. COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA "Documento general y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica. y la Atención en Salud Mental". Revista de la AEN, nº 13, 1985 (204-222).
5. COMISIÓN DE ASISTENCIA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA: "Sobre el modelo de asistencia en salud mental. Revista AEN, nº 15. 1985, 539-555).
6. SALUD MENTAL EN EL MUNDO (2001): Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, de la World Health Organization. Ginebra, 2001.
7. Bravo Ortiz y cols. "Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad". Cuaderno Técnico nº 4 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2000.

9. ANEXO

OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL
Datos de los Servicios de Salud Mental

COMUNIDAD AUTÓNOMA de .....

1.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

1. PLANIFICACIÓN
   1. PLAN DE SALUD MENTAL: SI NO
   2. APROBADO AÑO:
   3. REVISADO AÑO:
   4. LEYES:
   5. DECRETOS:
   6. ORDENES:
   7. ATENCION SALUD MENTAL NIÑOS Y ADOLESCENTES: SI NO
   8. PLAN ESPECIFICO DE S.M. DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: SI NO

2. FINANCIACION
   1. FINANCIACION ESPECIFICA PARA SALUD MENTAL SI NO
   2. PRESUPUESTO S.M. ANUAL TOTAL:
   3. % PRESUPUESTO S. M./ TOTAL SANIDAD:
   4. EUROS/ HABITANTE:

3. GESTION:
   1. ADMINISTRACIÓN/ES RESPONSABLES:
   2. INTEGRADA EN SSG: SI NO
   3. GESTION ESPECIFICA PARA S.M. SI NO
   4. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN SI NO

4. COORDINACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL
   1. COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES: SI NO
   2. UNIDAD FUNCIONAL DE COORDINACIÓN: SI NO
   3. ORDINACIÓN ENTRE DISPOSITIVOS: SI NO

5. INFORMACIÓN
   1. SISTEMA DE INFORMACIÓN: SI NO
   2. RECOGIDA DE DATOS SI NO

2.- DISPOSITIVOS ATENCIÓN

2.1.ATENCIÓN COMUNITARIA DE ADULTOS

1. DENOMINACIÓN:
2. POBLACIÓN TOTAL COMUNIDAD AUTONOMA:
3. Nº CENTROS DE SALUD MENTAL:
4 HABITANTES POR CENTRO DE SALUD MENTAL:
5. PRIMERAS CONSULTAS x1000 hab.:
6. CONSULTAS SUCESIVAS x 1000 hab.:
7. TOTAL DE CONSULTAS X 1000 hab.:

PROGRAMAS BÁSICOS DEFINIDOS:

1.	INTERVENCIÓN COMUNITARIA	SI	NO
2.	VISITA DOMICILIARIA	SI	NO
3.	PROGRAMA ATENCIÓN A PSICÓTICOS	SI	NO
4.	PSICOEDUCACION FAMILIAR	SI	NO
5.	PSICOTERAPIA GRUPAL	SI	NO
6.	PROGRAMA DE APOYO/COORDINACIÓN CON A.P.	SI	NO
7.	PROGRAMA DE ATENCIÓN TOXICOMANÍAS	SI	NO
8.	INFORMATIZACION DEMANDA INDIC.	SI	NO
9.	PROGRAMA NIÑOS-ADOLS.	SI	NO
10.	OTROS:		

2.2.ATENCIÓN COMUNITARIA INFANTO-JUVENIL

1. DENOMINACIÓN:
1. RANGO DE EDAD:
3. Nº DE UNIDADES:
4. HABITANTES X UNIDAD:
5. PRIMERAS CONSULTAS X1000 HAB.:
6. CONSULTAS SUCESIVASX1000 HAB.
7. TOTAL CONSULTASX1000 HAB:
8. NIVEL DE ATENCIÓN

PROGRAMAS BÁSICOS DEFINIDOS:

1. EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO: SI NO
2. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Y FARMACOLÓGICO SI NO
3. TRATAMIENTO FAMILIAR SI NO
4. PSICOTERAPIA GRUPAL SI NO
5. PROGRAMA TRAST. GENERALIZADOS DEL DESARROLLO SI NO
6. PROGRAMA APOYO/COORDINACIÓN A.P. SI NO
7. PROGRAMA COORDINACIÓN: EDUCACIÓN., SERVICIOS SOCIALES, JUSTICIA SI NO
8. OTROS:

2.3. HOSPITALIZACION BREVE ADULTOS

1. DENOMINACIÓN:
2. UBICACIÓN:
3. Nº UNIDADES:
4. Nº CAMAS:
5. Nº CAMAS X 1000 HAB.:
6. Nº CAMAS H.G. X 1000 HAB.:
7. Nº CAMAS H.P. X 1000 HAB.:
8. UNIDADES ESPECIFICAS:

2.4. HOSPITALIZACION BREVE INFANTO-JUVENIL

1. DENOMINACIÓN:
2. RANGO DE EDAD:
3. Nº UNIDADES:
4. Nº CAMAS:
5. Nº CAMAS X 1000 HAB.:
6. INGRESOS PEDIATRIA SI NO
7. Nº CAMAS PEDIATRIA:
8. UNIDADES ESPECIFICAS:

2.5. HOSPITALIZACION PARCIAL (DIA) ADULTOS

1. DENOMINACIÓN
2. NÚMERO
3. Nº PLAZAS
4. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS SI NO
5. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

2.6.HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (DÍA) INFANTO-JUVENIL

1. DENOMINACIÓN:
2. NÚMERO:
3. NÚMERO PLAZAS:
4. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS: SI NO
5. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

2.7. UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE REHABILITACIÓN

1. DENOMINACIÓN:
2. NÚMERO:
3. PROGRAMA REHABILITADOR:
4. Nº CAMAS:
5. Nº CAMAS X 1000 HAB.:

2.8. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL ADULTOS

1. DENOMINACIÓN:
2. NÚMERO:
3. Nº DE PLAZAS:
4. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:
5. PROGRAMAS REHABILITADORES SI NO

2.9. ALTERNATIVAS LABORALES

1. DENOMINACIÓN:
2. Nº CENTROS:
3. Nº DE PLAZAS:
4. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

2.10.CENTROS DE DIA (OCIO Y TIEMPO LIBRE)

1. DENOMINACIÓN:
2. Nº DE PLAZAS:
3. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:
4. PROGRAMAS OCIO/TIEMPOLIBRE SI NO

3.- DISPOSITIVOS RESIDENCIALES

3.1. ALTERNATIVAS RESIDENCIALES
1. Nº PLAZAS PISOS/VIVIENDAS TUTELADAS y SUPERVISADAS:
2. Nº PLAZAS PENSIONES/HOSTALES:
3. Nº PLAZAS RESIDENCIAS/CASA HOGAR:
4. Nº OTROS: PROGRAMAS APOYO DOMICILIO, COMUNITARIO, ETC
5. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

3.2.UNIDADES MEDIA ESTANCIA
1. DENOMINACIÓN:
2. Nº UNIDADES:
3. PROGRAMA REHABILITADOR SI NO
4. Nº CAMAS:
5. Nº CAMAS X 1000 HAB.:
6. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

3.3.UNIDADES DE LARGA ESTANCIA
1. DENOMINACIÓN
2. Nº UNIDADES
3. Nº CAMAS
4. PROGRAMA REHABILITADOR SI NO
5. Nº CAMAS X 1000 HAB.
6. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

* UNIDADES O CENTROS PSICOGERIÁTRICOS
1. DENOMINACIÓN:
2. Nº CENTROS:
3. Nº PLAZAS:
4. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

4.- RECURSOS HUMANOS

4.1.ATENCIÓN COMUNITARIA DE ADULTOS

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.2. ATENCIÓN COMUNTARIA INFANTO-JUVENIL

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4. 3. HOSPITALIZACION BREVE ADULTOS

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.4. HOSPITALIZACION BREVE INFANTO-JUVENIL

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.5. HOSPITALIZACION PARCIAL (DÍA) ADULTOS

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.6. HOSPITALIZACION PARCIAL (DÍA) INFANTO-JUVENIL

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.7.HOSPITALIZACION DE REHABILITACIÓN

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.8.REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.9.ALTERNATIVAS LABORALES

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.10. CENTROS DE DIA

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.11. ALTERNATIVAS RESIDENCIALES

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.12. UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.13. UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

4.14. CENTROS PSICOGERIATRICOS

PROFESIONAL	Nº	Nº X 1000 hab.
PSIQUIATRAS PSIC. CLINICOS DUEs T.S. AUXILIAR CLINICO TERAPEUTA OCUP. OTROS		

5. EXTERNALIZACION DE PACIENTES DE HOSPITALES PSIQUIATRICOS.

5.1. PROCESO DE DESMANTELAMIENTO O DESINSTITUCIONALIZACION EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS
DESCRIBIR: _____

5.2. DESTINO DE LOS PACIENTES EXTERNALIZADOS:

Nº PACIENTES

- ☐ RESIDENCIAS.
- ☐ CENTROS DEFICIENTES.
- ☐ RECURSOS RESIDENCIALES PROTEGIDOS (pisos, casas, hogares) N
- ☐ FAMILIA:
- ☐ OTROS:
- ☐ SIN UBICACIÓN, SIN TECHO

5.3. EXISTE ACTUALMENTE HOSPITAL PSIQUIATRICO, AUNQUE SEA CON OTRO NOMBRE TIPO Y DENOMINACIÓN:

Nº CENTROS:_____ Nº PLAZAS: _____
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Distribución: La Torre Literaria)

ESTUDIOS

1. M.GONZALEZ DE CHAVEZ (ed.), La transformación de la asistencia psiquiátrica,1980.
2. A. PORTERA. F. BERMEJO (eds), Paradigma sistémico y terapia familiar,1983 (agotado).
3. S. MASCARELL (eds), Aproximación a la histeria,1980.
4. T. SUAREZ. C. F. Rojero (eds.), Paradigma sistémico y terapia familiar,1983 (agotado).
5. V. GORCES (ED.), Aproximación dinámica de la psicosis,1983.
6. J. ESPINOSA (ed), Cronicidad en psiquiátrica, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed), Gravedad psíquica en la infancia, 1988 (agotado).
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GOMEZ (eds), I Jornadas de la Seccion De Psicoanálisis de la A.E.N.,»El malestar en la cultura», 1992.
9. R. INGLOTT (ED), El que hacer en salud mental,1989 (agotado)
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed), Criterios de objetivación en sicopatología,1989.
11. A. BAULEO, J.C. DURO, R. VIGNALE (eds), La concepción operativa de grupo,1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M.A. GARCIA CARBAJOSA, J.L. PEDREIRA MASSA (eds), La contancion,1990.
13. M. DESVIAT (ed), Epistemología psiquiátrica, 1990.
14. A. INGALAR, R. GOMEZ ESTEBAN, J. FRERE, A. GONZALEZ GUILLÉN (eds), II y I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N., «El malestar en la cultura», 1992.
15. P. SAN ROMAN VILLALÓN (ed), Jornadas sobre salud mental y ley: Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUAREZ (eds) Psicosis de la infancia y de la adolescencia, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed), Evaluación de servicios en salud mental, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds) Mujer y salud mental. Mitos y realidades, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds), Psicoterapias en el sector publico: un marco para la integración, 1997.
20. R. GOMEZ ESTEBAN (ed), Grupos terapéuticos y asistencia publica, 1997
21. J. LEAL RUBIO (ed), Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones, 1997
22. C. POLO, Crónica del Manicomio,1999
23. F. SANTANDER, Ética y praxis psiquiátrica, 2000
24. F. RIVAS (ed), La Psicosis en la Comunidad,2000
25. E. GONZALEZ, J.M. COMELLES (eds.), Psiquiatría transcultural, 2000
26. FCO. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, Psicoanálisis en España, (1893-1968), 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMON (compiladores). Sesenta y cinco años de historia de la Psiquiatría (1924-1999). Editan: Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación de Galera de Saude Mental, 1999.
28. CRISTINA GISBERT AGUILAR (Coordinadora). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo, 2003
29. ANTONIO ESPINO Y BEGOÑA OLABARRÍA (Coordinadores). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Estado actual y perspectivas, 2003.
30. MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE Y RAFAEL HERRERA VALENCIA (Coordinadores). La atención a la salud mental de la población reclusa, 2003.
31. R. ESTEBAN, J. Mª ÁLVAREZ. Crimen y locura. 2004

HISTORIA

1. JACQUES FERRAND. Melancolía erótica, 1996
2. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía I, 1997
3. ANSELM VON FEUERBACH, Gaspar Hauser, 1997
4. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía II, 1998
5. ROBERT GAUPP, El caso Wagner, 1998
6. GEROLAMO CARDANO, El libro de los sueños, 1999
7. EMIL KRAEPELIN, Cine años de Psiquiatría, 1999
8. ETIENNE ESQUIROL, Sobre las pasiones, Joseph Daquin, Filosofía de la locura, 2000
9. TOMASO GARZÓN, El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables, 2000
   Traducción Mariano Villanueva Salas.
10. JUANA DE LOS ANGELES, Autobiografía. Madrid, AEN,2001
11. FRANCOIS LEURET. El tratamiento moral de la locura, 2001
12. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía III, 2002
13. LAURENT JOUBERT, Tratado de la risa, 2002
14. SAMUEL AUGUSTE TISSOT, El onanismo, 2003
15. DANIEL P. SCHREBER, Sucesos memorias de un enfermo de los nervios, 2003
16. RAIMOND QUENEAU, Los locos literarios, 2004

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos deberán ser inéditos, mecanografiados a doble espacio en panel de tamaño folio o DIN A-4, que se considerará, en cualquier caso, como el original. Se enviarán cuatro copias de éste a la Redacción.
2. La primera página debe incluir el título y un brevísimo resumen de 20 palabras acompañado de tres a cinco palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
3. En página final, se incluirán: 1) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 2) Nombre de los departamentos e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo. 3) Renuncias, si existen. 4) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.
4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.
5. La bibliografía se identificará en el texto mediante número arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por el orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará por este orden: autor, título (subrayado o en cursiva), lugar de la edición, editorial y año. En el caso de las revistas, por este orden: autor, título del artículo (entrecomillado), título de la revista (subrayado o en cursiva), año, volumen, número y páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tiene que ir entre comas*.
6. Si apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página.
8. En caso de presentar, además, los originales en soporte informático, se ruega usar con preferencia Word 97, o posteriores (indicándose en el disco la versión empleada).
   En este caso, tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas (sólo se admiten redondas o cursivas), ni tipos de letra de distinto tamaño; b) no dividir nunca las palabras con guión, al final de línea; y no dejar líneas en blanco; c) no imitar formatos de edición (doble columnas, centrados, sangrados, distintos al usado tras un punto y aparte). Por otro lado, las notas deberán ir siempre al final del texto.

El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:

1. Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
2. Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema tratado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones o, en su caso, de publicarlo sin modificar el mismo, correspondiente en último extremo esta decisión al Consejo de Redacción.
3. La Responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como determinar la fecha oportuna corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

*Ejemplos: Morris, T.E.; Alonso, M., *What is identity?*. Nueva York, Columbia University, 1979.
Morris, T.E., «Trastornos de identidad», *Rev. Esp. Psq.*, 1979, XL, pp. 194-206

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente)

D. .....
profesional de la Salud Mental, con título de .....
que desempeña en (Centro de trabajo) .....
y con domicilio en .....
Población ..... D.P. ..... Provincia .....
Teléfono: .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. .....
D. .....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha:...../ ...../.....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la *Revista* está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre: .....
Dirección: .....
BANCO/CAJA DE AHORROS .....
Sucursal: .....
Cuenta n.º: .....
Población: .....

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi: *Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros* n.º ..... el importe de la suscripción anual a la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*

Firma:

— —

BANCO/CAJA DE AHORROS .....
Sucursal: .....
Cuenta n.º: .....
Población: .....

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente Libreta de Ahorros n.º ..... el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población .....día ..... mes ..... año .....

Firma,