

**PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010  
DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL  
EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE  
ARAGÓN**



## **DIRECCIÓN DEL PLAN**

**Alberto Larraz Vileta**

Consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales

**Luis Ignacio Gómez López**

Director General de Planificación y Aseguramiento

**Alfonso Vicente Barra**

Gerente del Servicio Aragonés de Salud

## **ELABORACIÓN Y REDACCIÓN**

**Juan Francisco Burillo Jiménez**

Gabinete del Consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales

**María José Amorín Calzada**

Dirección General de Planificación y Aseguramiento

## **AGRADECIMIENTOS**

Se agradece profundamente el apoyo prestado en la elaboración de este plan a los compañeros del Servicio de Evaluación y Aseguramiento de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento; de las Direcciones de Atención Primaria, Especializada y Salud Mental y Drogodependencias del Servicio Aragonés de Salud, del Área de Información y Documentación de la Secretaría General Técnica del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales y de las Gerencias de Atención Primaria del recién transferido Instituto Nacional de la Salud en Aragón. A lo largo de diversas fases de elaboración se ha contado con la inestimable ayuda de Juan Pablo Alonso Pérez de Agreda, José María Arnal Alonso, Juan Carlos Bastaros García, Manuel Bueno Franco, Ana Rivases Aunes y Vicente Rubio Larrosa.

Queremos destacar, muy especialmente, la colaboración de todos aquellos profesionales de los dispositivos de salud mental de Aragón que han conformado los diferentes grupos técnicos de trabajo, cuyo conocimiento, experiencia y elaboraciones teóricas han servido de base para la redacción de este documento; en representación de todos ellos, nuestro agradecimiento a los coordinadores de los grupos, Ricardo Campos Ródenas, Armando Colomer Simón, Mercedes De Juan Sanz, Antonio Lobo Satué y Antonio Tarí García.

**Zaragoza, noviembre de 2002**



# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
JUSTIFICACIÓN.....	7
REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA .....	9
REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN .....	10
<b>II. MARCO NORMATIVO</b> .....	<b>13</b>
REFERENCIAS INTERNACIONALES .....	13
MARCO NORMATIVO ESPAÑOL.....	13
MARCO NORMATIVO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.....	16
<b>III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN</b> .....	<b>21</b>
APROXIMACIÓN A LA ENFERMEDAD MENTAL EN ARAGÓN.....	21
RECURSOS ACTUALES .....	23
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL.....	28
ANÁLISIS DAFO.....	28
<b>IV. MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN</b> .....	<b>31</b>
PRINCIPIOS BÁSICOS .....	31
LÍNEAS ESTRATÉGICAS .....	32
<i>Línea 1: Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la salud mental</i> .....	32
<i>Línea 2: Creación de una red de dispositivos sociosanitarios de salud mental</i> .....	33
<i>Línea 3: Reorganización de la atención psiquiátrica hospitalaria</i> .....	34
<i>Línea 4: Integración social del enfermo mental</i> .....	35
<i>Línea 5: Atención prioritaria a colectivos de riesgo</i> .....	36
<i>Línea 6: Sistema de información de salud mental</i> .....	37
<i>Línea 7: Política de calidad</i> .....	38
<i>Línea 8: Reactivación del compromiso institucional con los profesionales</i> .....	39
<b>V. PROPUESTA DE RED DE SALUD MENTAL PARA ARAGÓN</b> .....	<b>41</b>
CATÁLOGO DE DISPOSITIVOS .....	41
<i>Centros de Salud Mental</i> .....	42
<i>Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil</i> .....	43
<i>Unidades de Hospitalización Breve</i> .....	44
<i>Unidad de Hospitalización Breve Infanto-juvenil</i> .....	46
<i>Hospitales de Día</i> .....	47
<i>Equipos de Gestión y Seguimiento de Casos</i> .....	48
<i>Centros de Rehabilitación Psicosocial</i> .....	49
<i>Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia</i> .....	50
<i>Unidades Residenciales-Rehabilitadoras de Larga Estancia</i> .....	51
<i>Alternativas Residenciales</i> .....	52
<i>Dispositivos de Inserción Socio-laboral</i> .....	54
<i>Unidades Monográficas o Especiales</i> .....	55
MAPA DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN .....	56
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL .....	57
<i>Organización administrativa</i> .....	57
<i>Organización funcional</i> .....	58
<i>Instrumentos de coordinación</i> .....	59
<b>VI. ACTUACIONES PRIORITARIAS</b> .....	<b>63</b>
REGULACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL .....	63
ADECUACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS .....	63
<i>Centros de Salud Mental</i> .....	64
<i>Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil</i> .....	65

<i>Unidades de Hospitalización Breve</i> .....	66
<i>Unidad de Hospitalización Breve Infanto-juvenil</i> .....	67
<i>Hospitales de Día</i> .....	67
<i>Equipos de Gestión y Seguimiento de Casos</i> .....	68
<i>Centros de Rehabilitación Psicosocial</i> .....	68
<i>Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia</i> .....	70
<i>Unidades Residenciales-Rehabilitadoras de Larga Estancia</i> .....	70
<i>Unidades Gerontopsiquiátricas</i> .....	71
<i>Unidad de Trastornos de la Personalidad</i> .....	71
<i>Unidad de Trastornos Graves Refractarios</i> .....	72
<i>Miniresidencias</i> .....	72
<i>Pisos Tutelados y Protegidos</i> .....	72
<i>Clubes Psicosociales y Centros Ocupacionales y de Empleo</i> .....	73
<b>DESARROLLO DE PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD MENTAL</b> .....	73
<b>ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL</b> .....	74
<b>DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD</b> .....	74
<b>ELABORACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA</b> .....	75
<b>IMPLANTACIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS</b> .....	76
<b>CONCIERTOS, CONTRATOS Y CONVENIOS</b> .....	76
<b>VII. CRONOGRAMA DE ACTUACIONES</b> .....	<b>79</b>
<b>VIII. VALORACIÓN ECONÓMICA</b> .....	<b>83</b>
COSTES ACTUALES DE LA RED DE SALUD MENTAL.....	83
FINANCIACIÓN.....	84
PROGRAMA FINANCIERO POR CAPÍTULOS.....	86
<b>IX. EVALUACIÓN</b> .....	<b>87</b>
<b>X. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA</b> .....	<b>89</b>
<b>XI. TABLAS</b> .....	<b>91</b>
<b>XII. MAPAS</b> .....	<b>103</b>
<b>XIII. APÉNDICES</b> .....	<b>111</b>
ANEXO 1. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN.....	113
ANEXO 2. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE CENTROS DE SALUD MENTAL Y APOYO A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	121
ANEXO 3. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE.....	129
ANEXO 4. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.....	137
ANEXO 5. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL.....	149

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **JUSTIFICACIÓN**

La promulgación en 1946 del Mental Health Act en EEUU supuso un hito en la atención psiquiátrica y el origen del movimiento de salud mental comunitario. En ella se hace un énfasis especial en la importancia de los programas preventivos y de cribado, la potencialidad de los recursos comunitarios para sostener al enfermo en su medio social, y la necesidad de mantener la continuidad de los cuidados en la atención al enfermo grave. La finalidad complementaria era evitar nuevas hospitalizaciones y facilitar las altas de los hospitales psiquiátricos, estructuras de tipo manicomial e internamiento prolongado claramente injustificadas desde el punto de vista ético y asistencial, que habían representado durante siglos la única respuesta social a la enfermedad mental.

Medio siglo después y en relación con la incidencia de la enfermedad mental en nuestras sociedades, la epidemiología nos describe una situación cada vez más preocupante. Sus tasas van en aumento y permiten hablar, por el incremento de los factores que motivan o mantienen la enfermedad, de situación preocupante para el recién iniciado siglo. Los factores ligados genéricamente a las condiciones de vida, al desarrollo político y social, a la interacción del alcoholismo y otras drogodependencias, etc., tienen un impacto decisivo sobre la aparición o el mantenimiento de la enfermedad mental; ésta no se reduce a los grandes y socialmente alarmantes síndromes psiquiátricos, sino también a todas aquellas dificultades afectivas y emocionales, mantenidas en el tiempo, que resultan extraordinariamente limitantes para el desarrollo y disfrute básicos de la persona.

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, generalmente de curso crónico, que suponen una enorme carga para la familia, el sistema sanitario y la propia sociedad. Se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en Europa se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neuropsiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad, representando el 25% de los años de vida perdidos ajustados por esa variable. Con frecuencia inciden aspectos socioeconómicos que limitan la eficacia de la atención sanitaria y que hacen necesario contar con recursos procedentes tanto de los servicios sociales generales como de los específicos para este tipo de pacientes. La ansiedad y los trastornos del ánimo son más frecuentes entre mujeres, en tanto que los derivados del alcoholismo y el abuso de sustancias lo son entre varones. En la mayoría de trastornos, la prevalencia es mayor entre personas con nivel socioeconómico bajo y mayor, a su vez, entre los solteros que entre los casados. Sin entrar al terreno de la causalidad, que parece estar mediada por efectos acumulativos de adversidad ambiental y procesos mantenidos de selección, todo indica que existe una mayor probabilidad de padecimiento de trastorno mental entre sectores y clases desfavorecidas.

La lucha contra las desigualdades es, por tanto, un objetivo relevante de la política sanitaria en salud mental; el futuro de su atención va a depender, en gran medida, de las propuestas de cuidados asistenciales que ahora formulemos en planes como el presente y, especialmente, de los valores sociales y culturales que seamos capaces de proyectar en ellos. Existe, sin embargo, incertidumbre sobre el futuro de los sistemas sanitarios en general y de la atención a la salud mental en particular, amenazada ésta última, tanto por el valor social que ha

tenido atribuido -y en consecuencia, la crisis de costes en su financiación- como por el debate entre modelos y programas de intervención: el enfoque clínico-biológico frente al comunitario, la emergencia y complementariedad del espacio sociosanitario, la función y compromiso de profesionales y ciudadanía ante la enfermedad y los enfermos, etc. Elementos que van a imponer, en definitiva, un nuevo pacto en nuestra sociedad en relación con la salud mental, que deberá transformar tanto su sistema de atención como el propio imaginario social sobre la enfermedad mental y las instituciones que la han venido conteniendo.

Aunque los resultados de la aplicación del modelo de atención comunitario no siempre han alcanzado el efecto previsto en muchos ámbitos geográficos, ha incidido en ello una gran variedad de factores entre los que cabe mencionar el inadecuado diseño de los procesos de organización y de gestión de esta reforma, la limitada dotación de recursos no hospitalarios para su pleno desarrollo e implantación, determinadas orientaciones doctrinales en los profesionales o la ausencia de programas extensivos de información y educación sanitaria a la población, de forma que modificara su percepción de la enfermedad y el enfermo y apoyara decididamente la reforma. El sistema, hasta ahora, ha centrado su atención en el subgrupo de pacientes psicóticos institucionalizados que no puede representar al conjunto de enfermos mentales ni a sus necesidades y demandas. Por otra parte, el proceso se ha acompañado del trasvase de responsabilidad en la atención del sector sanitario público a otros sectores (privados, familiares o sociales) sin un estudio solvente de los costes y de la carga social asociada y sin una dotación adecuada de recursos.

Con todo, la orientación imperante entre profesionales y gestores sigue dirigiéndose hacia abordajes asistenciales comunitarios, dando un especial peso a las unidades ambulatorias de salud mental. Así, en los países desarrollados hay una tendencia a reducir el número de camas e ingresos en los hospitales psiquiátricos, a atender a los pacientes con trastornos agudos en hospitales generales y a transferir a los pacientes con largos períodos de hospitalización a otros recursos más adecuados. Para ello, se han desarrollado recursos alternativos como los centros y hospitales de día, los pisos tutelados, los programas de apoyo domiciliario, etc.

La experiencia de estos años de reforma psiquiátrica en España y también en Aragón es, sin embargo, alentadora. Muchos hospitales psiquiátricos han cerrado sus puertas o se han ido transformando de una manera sustancial abandonando su tradicional y excluyente función de custodia; se han ido creando estructuras alternativas que atienden los problemas de salud mental en la comunidad y los programas de rehabilitación y soporte social han hecho posible, aunque todavía de manera limitada, hacer frente a las tradicionales y a las nuevas manifestaciones crónicas del enfermar. Las experiencias alternativas al sistema tradicional de asistencia psiquiátrica han permitido mejorar la calidad de la atención, la efectividad y eficiencia de las intervenciones, humanizar el trato recibido por los enfermos y facilitar su integración social, favoreciendo, además, la coordinación y cooperación con el resto de los recursos y servicios del sistema sanitario y de la red social.

La Comunidad Autónoma ha asumido, en fechas recientes, los recursos sanitarios procedentes de las Diputaciones Provinciales y las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud de Aragón (INSALUD). En estos momentos, se requiere, por lo tanto, de una reflexión profunda sobre el estado de los recursos destinados a la salud mental en nuestra Comunidad, de un adecuado análisis de las necesidades presentes y futuras en función de las características demográficas, sociales y económicas de la población aragonesa, y de un esfuerzo de

planificación para la coordinación e integración administrativa y funcional de todos los dispositivos. Identificados los déficits en la red de salud mental y sus costes, el proceso de transferencias constituye, en definitiva, una oportunidad histórica para que Aragón se dote de los recursos y organización necesarios para la adecuada atención a la salud mental de su población.

La decidida opción del Plan de Salud Mental de Aragón por la atención comunitaria, que no renuncia a los avances y aportaciones de otras orientaciones asistenciales, lleva implícito un servicio regional de salud mental de cobertura universal, equitativo y basado en la participación, que ofrezca asistencia integral, coordinada y centrada en el enfermo y en la continuidad de sus cuidados, tal como se contempla en la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Aragón. La integración bajo un único sistema de las dimensiones clásicas de asistencia, prevención y rehabilitación, con financiación y gestión esencialmente públicas, que permita la cobertura de poblaciones y colectivos y no sólo de los enfermos individualmente considerados es, sin duda, condición necesaria para el desarrollo de la salud mental comunitaria. Los nuevos modelos de gestión surgidos en un contexto de mayor autonomía gestora y de optimización de los recursos del sector sanitario, las políticas de concertación con entidades públicas y fundaciones, etc., no pueden en ningún caso significar el abandono de lo público ni de sus valores irrenunciables de equidad y universalidad, ni implicar una nueva fragmentación de los objetivos y prestaciones en la atención a la salud mental de los aragoneses.

En definitiva, establecer alternativas comunitarias al modelo tradicional de hospitalización psiquiátrica, requiere integrar todos los recursos asistenciales en una única red que proporcione continuidad en el tratamiento y busque la inserción del paciente en su comunidad, evitando la marginación y el estigma que los enfermos mentales continúan sufriendo y que está en el origen de muchos de los actuales ingresos en los dispositivos de larga estancia y, también, en su perpetuación. La experiencia más próxima señala, sin embargo, que la supresión completa de las unidades de larga estancia es dudosamente viable salvo en áreas con características excepcionales y nunca antes de un pleno funcionamiento de la red comunitaria; por todo ello, el presente plan se inclina por una estrategia de transformación y no tanto de desmantelamiento de estos dispositivos y plazas.

## **REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA**

Hasta mediados de la década de los 80 la asistencia psiquiátrica en España se reducía prácticamente a internamientos de larga estancia en los hospitales psiquiátricos y a consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social. A partir de ese momento se inicia un proceso de crisis y replanteamiento de la asistencia psiquiátrica en nuestro país y fruto de esta situación es el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. Se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos: disminuyen las camas de larga estancia, se crean unidades de hospitalización en los hospitales generales, equipos de salud mental ambulatorios, etc.

En todo el país se produce una transformación sustancial en la atención a la salud mental aunque de una manera desigual entre Comunidades Autónomas e incluso, por la diversidad de administrativas competentes, dentro de un mismo territorio. A esto se añade la dificultad de evaluar dicha reforma por la escasez de estudios epidemiológicos sobre morbilidad psíquica y evaluación de centros y servicios lo que, a su vez, impide o limita el control asistencial y la planificación. Tampoco hay uniformidad de criterio en los estándares de dotación de recursos

estructurales por población, ni de los recursos humanos de los que debe disponer cada dispositivo. El porcentaje de profesionales de salud mental que trabajan en dispositivos no hospitalarios - 40% en España, 31% en Aragón- sigue sin responder al patrón de un modelo comunitario; si bien en algunas profesiones este porcentaje es razonable, como en el caso de los trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras (68% en el Estado, 61% en Aragón), lo es mucho menos para enfermería, -46% en España, 32% en Aragón- y terapeutas ocupacionales.

Se entra en la década de los 90 con el modelo de salud mental comunitario mayoritariamente aceptado y en sintonía con la reforma simultánea de la Atención Primaria que propicia la Ley General de Sanidad. Aun cuando las Comunidades Autónomas mantienen, durante todo este periodo, niveles de competencia sanitaria y responsabilidad asistencial muy diverso y, en consecuencia, desarrollos también diferentes de sus redes asistenciales de salud mental, en todas ellas se observan un fenómeno generalizado de desmantelamiento o reforma sustancial de los hospitales psiquiátricos, integración paulatina de la asistencia psiquiátrica en la red sanitaria general y consideración del Área de Salud como unidad geográfica y administrativa integradora de los recursos. En este proceso, se debe hacer mención al liderazgo ejercido por determinados grupos profesionales y Comunidades como las de Madrid, Andalucía, Asturias, etc.

Actualmente, avanzado ya en prácticamente todo el Estado el proceso de desplazar el eje de la asistencia desde los hospitales psiquiátricos a los recursos sanitarios normalizados, el reto sigue estando en el desarrollo amplio de estructuras y servicios que ocupen el espacio asistencial existente entre la red ambulatoria de centros de salud mental y las unidades de corta estancia psiquiátrica de los hospitales generales. Aunque éstos puedan ser una respuesta adecuada a la mayor parte de patologías psiquiátricas de la población, existe un grupo significativo de enfermos - candidatos, hasta ahora, al internamiento en hospitales psiquiátricos- que precisa un tipo de asistencia que integre los aspectos asistenciales sanitarios y sociales.

En definitiva, la mayor parte de las Administraciones Sanitarias tratan, en este momento, de planificar e implementar nuevos recursos específicos donde desarrollar programas asistenciales diversificados y adaptados a las necesidades múltiples y cambiantes del usuario, de forma que se asegure tanto la continuidad de sus cuidados como el mantenimiento del mismo en la comunidad de referencia.

## **REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN**

El desarrollo de la atención a la salud mental en Aragón ha seguido un curso paralelo al de otras Comunidades Autónomas, aunque con un cierto retraso y parquedad en la asunción de algunas de las recomendaciones emanadas del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Con la participación activa de las administraciones sanitarias y de los sectores profesionales comprometidos, se han producido avances importantes en el desarrollo de las estructuras más claramente clínico-asistenciales (centros de salud mental y unidades hospitalarias de agudos) o en la transformación parcial de los antiguos psiquiátricos, pero ha sido mucho menos intenso en lo que se refiere a los servicios rehabilitadores y de apoyo social. Es necesario señalar, sin embargo, que el desarrollo de un sistema integral de atención a la salud mental en todo su espectro preventivo, asistencial y rehabilitador exige, en gran medida, contar con plenas competencias en la planificación y gestión de la red asistencial y esto, como sabemos, no ha sido posible hasta fechas muy recientes en nuestra Comunidad.

Los principios de la "reforma" se asumen formalmente en Aragón con el Acuerdo de la Diputación General de Aragón de 26 de junio de 1986 que señala las Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma. Como en el resto del Estado, se pretendió coordinar, optimizar y ampliar los recursos procedentes de las administraciones competentes en el ámbito de la salud mental - Diputaciones Provinciales, INSALUD y Diputación General de Aragón en nuestro caso- bajo el liderazgo planificador de la Administración Autónoma y la voluntad compartida de desarrollar de manera sectorial los recursos ambulatorios, hospitalarios y rehabilitadores necesarios. Este proceso se materializó con la firma en 1988 de los Convenios Interinstitucionales de Coordinación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica y la creación de los Comités Provinciales de Enlace y Coordinación.

Sin embargo, estos Convenios y Comités de Enlace han tenido limitaciones evidentes en su desarrollo práctico: por un lado, la falta de impulso a los aspectos y dispositivos rehabilitadores no vinculados directamente con las estructuras hospitalarias y los centros de salud mental; por otro lado, la dotación humana de éstos últimos ante planteamientos y presupuestos restrictivos y; por último, no contemplar el desarrollo de estructuras terciarias sociosanitarias, poco concretadas también en su día en la Ley General de Sanidad, bajo la consideración de que podía bastar, para una asistencia correcta a la enfermedad mental, con la red ambulatoria y las unidades de agudos de los hospitales generales.

A lo largo de los últimos 10 años se han llevado a cabo en Aragón varios intentos de reforma parcial de la atención a la salud mental y aunque todos ellos han contribuido a mejorar y humanizar la atención al enfermo, no han culminado en una implantación plena del modelo de salud mental comunitario. Se han producido importantes avances tanto en la disponibilidad de recursos estructurales y humanos como en su sectorización - una vez transferidos los recursos asistenciales de las Diputaciones, se ha iniciado ya con decisión el proceso de transformación definitiva de las viejas estructuras de los hospitales psiquiátricos en unidades rehabilitadoras y residenciales- pero persisten aún desequilibrios notables en la dotación de equipos ambulatorios multidisciplinarios y en la extensión de los dispositivos intermedios de rehabilitación e inserción sociolaboral.

En consecuencia, la atención a la salud mental en Aragón se enfrenta hoy el reto de desarrollar un **modelo integrado sociosanitario** que, asumiendo los progresos alcanzados en la dignificación y normalización de la asistencia al enfermo mental, cubra con calidad sus variadas necesidades sanitarias y sociales y brinde a las familias las oportunas garantías, oportunidades de participación y apoyo, teniendo en cuenta que el 84% de las personas con enfermedad mental de nuestro país vive con su familia y que éstas plantean, como demanda principal, ayudas para mantener dignamente al enfermo mental en su proximidad, a través de programas de acercamiento domiciliario.

En este contexto, el presente Plan pretende contribuir a encauzar la toma de decisiones en los siguientes aspectos:

- La integración de los actuales recursos sobre la base de una estructura unificada de gestión que permita la coordinación eficaz de servicios y dispositivos.
- Los elementos que procuren la dignificación e integración del enfermo y, singularmente, la de los pacientes graves con años de internamiento en los hospitales psiquiátricos.

- Las bases para el diseño de una red de servicios asistenciales que atiendan con criterios de efectividad y calidad tanto la demanda amplia procedente de las llamadas "patologías no graves" en la población general, como la específica de los enfermos con trastorno mental grave.
- La creación de nuevos centros y equipos multidisciplinares ligados al desarrollo del espacio sociosanitario y a la coordinación efectiva con los servicios sociales generales, de forma que se dé cobertura a las necesidades residenciales, de inserción laboral y de ocio y reduzca los riesgos adicionales de exclusión y marginalidad.
- La provisión de un marco de participación eficaz y satisfactorio de los profesionales y del movimiento asociativo.

## II. MARCO NORMATIVO

Se presenta en este apartado aquellas normas jurídicas o asimilables que afectan directa o indirectamente a la atención sanitaria mental y a los derechos de los pacientes con patología psiquiátrica.

### REFERENCIAS INTERNACIONALES

**Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental** que, en síntesis, recoge la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo; el interés central del mismo -y no de la familia, el profesional o la comunidad- en los tratamientos, y su orientación hacia la obtención del mayor grado posible de autodeterminación y responsabilidad personal.

La **Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales**, reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. También incluye la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, religiosos o ideológicos.

La **Declaración de Madrid de 1996** llevada a cabo por la **Asociación Psiquiátrica Mundial**, señala las directrices éticas que deben regir entre paciente y psiquiatra, huyendo de la actitud compasiva u orientada exclusivamente a evitar las lesiones a sí mismo o violencia a terceros.

El **Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997** con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. En el mismo se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes, destacando como aspectos relevantes la intimidad a la información y el consentimiento informado.

El **Libro Blanco** del Comité de Bioética del Consejo de Europa **sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental**, ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos, de **febrero de 2000**, en el que se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

### MARCO NORMATIVO ESPAÑOL

#### Constitución Española

En su Capítulo III del Título I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se enmarca algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental. Éstos son:

- Art. 43. Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- Art. 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales a los que se prestarán la atención sanitaria que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.

En el Título VIII, de la organización territorial del Estado, Capítulo Tercero, se explicita las competencias fundamentales de Comunidades Autónomas y del Estado. Destacan así:

- Art. 148. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en asistencia social (n.º 20) y en sanidad e higiene (n.º 21).
- Art. 149. El Estado se reserva la competencia exclusiva en las bases y coordinación general de la sanidad (n.º 16).

### **Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica**

Por Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trataba de ofrecer de forma coherente y ordenada las líneas generales de un cambio en la salud mental. En este informe se delimita la responsabilidad de las Administraciones Públicas en la atención y protección de la salud mental, aporta los criterios para un modelo integrado de servicios de salud mental y los principios que deben regir un Plan de Salud Mental.

Termina con una serie de recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma de la salud mental en nuestro país, entre las que cabe destacar la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, la prioridad de la atención no hospitalaria, las responsabilidades respectivas de los equipos de Atención Primaria y los de Salud Mental, las alternativas sociosanitarias a la externalización de los pacientes, el trabajo por programas, etc. Este documento ha servido de base y guía para la reforma impulsada desde distintas Comunidades Autónomas.

### **Ley General de Sanidad**

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, Título Preliminar, Capítulo I. Entre sus principios generales, Capítulo I del Título I, destacan la extensión de la asistencia sanitaria a toda la población, el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva, la participación comunitaria, la atención integral a la salud y la integración de todos los recursos en un dispositivo único.

El Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la salud mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a las demás personas. Especifica también que la atención a la salud mental se realizará en el ámbito comunitario, la hospitalización en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, la necesidad del desarrollo de servicios de

rehabilitación y reinserción social y la coordinación con los servicios sociales. Considera de modo especial los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

En la Ley, Título III Capítulo III, se establece que serán las Áreas de Salud las estructuras fundamentales del sistema sanitario de las Comunidades Autónomas, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Además, contempla la posibilidad de establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos, Título IV Capítulo II.

### **Informe jurídico-asistencial sobre el enfermo mental del Ministerio de Sanidad y Consumo**

Elaborado en 1988 por un comité interdepartamental del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con la intención de unificar criterios de regulación de los derechos de las personas internadas, de los tratamientos y de la situación de los enfermos judiciales.

### **Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud**

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece en su Anexo I las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiado con cargo a la Seguridad Social o a fondos estatales adscritos a la sanidad. Incluye, dentro del pto. 3, la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupo o familiar y, en su caso, la hospitalización.

### **Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil**

El Código Civil en su Título IX, de la incapacitación, establece que nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial (art. 199). Son causa de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse a sí mismo (art. 200) y, en el caso de los menores, cuando dicha causa se prevé que persistirá después de la mayoría de edad (art. 201).

En su Título X, de la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados, modificado por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil, establece la guarda y protección de los menores o de los incapacitados así como de sus bienes.

En cuanto al procedimiento, la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil deroga el art. 211 del Código Civil relativo al internamiento del presunto incapaz. En su art. 763, relativo al internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, establece la previa autorización judicial para el internamiento de una persona que, por razón de trastorno psíquico, no esté en condiciones de decirlo por sí. La autorización será anterior a dicho internamiento salvo por razones de urgencia acreditables en el plazo de 24 horas para la ratificación de la medida. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

## **Código Penal**

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal define en su articulado los delitos y faltas que constituyen los presupuestos de la aplicación del poder coactivo del Estado. Así destacan los siguientes artículos relacionados con la salud mental:

- Art. 20 1º y 3º. Están exentas de responsabilidad criminal las personas que a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud de los hechos o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de la pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiese previsto o debido prever su comisión. También está exento el que por sufrir alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.
- Art. 25. Se considera incapaz a toda persona que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o bien para sí misma.

## **Protección jurídica del menor**

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor en su disposición final duodécima modifica el primer párrafo del art. 211 del Código Civil. El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de esta medida, de la que se informará al juez en un plazo máximo de 24 horas. El internamiento de menores se realizará en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia del menor.

En relación con esta normativa, la Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón hace referencia a centros especiales de acogida en caso de menores con alteraciones psiquiátricas en la línea de la anterior Ley.

## **Responsabilidad penal de los menores**

Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores prevé, en su Título II art. 7º, el internamiento terapéutico o el tratamiento ambulatorio para aquellos menores con adicción al alcohol u otras drogas o bien afectados de anomalías o disfunciones psíquicas imputados en hechos delictivos. Esta medida sólo podrá aplicarse a instancias del Juez de Menores.

## **MARCO NORMATIVO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

### **Estatuto de Autonomía de Aragón**

La Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, sobre la reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, aprobado por la Ley Orgánica 8/1982, de 10 de agosto, modificada por la Ley Orgánica 6/1994, de 24 de marzo, establece la organización institucional y las competencias que

asume la Comunidad Autónoma de Aragón. En su Título II art. 35 pto. 1 establece las competencias que corresponden en exclusiva a la Comunidad Autónoma de Aragón, entre las que se encuentra la Sanidad e Higiene. En el art. 39 pto. 1 amplía las competencias sanitarias al atribuir la legislación general del Estado la potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

## **Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón**

El acuerdo de 26 de junio de 1986, de la Diputación General de Aragón, por el que se establecen las Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón, especifica que la salud mental es un componente específico pero inseparable del concepto integral de salud y que los dispositivos de salud mental deberán integrarse en el Servicio Aragonés de Salud. Los recursos destinados a asistencia psiquiátrica y salud mental tendrán una distribución acorde con las Áreas de Salud y quedarán integrados en la Atención Primaria y especializada; la atención en Salud Mental se realizará preferentemente fuera del ámbito hospitalario a través de estructuras ambulatorias y se desarrollará una política de progresiva transformación de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas, fomentando sistemas alternativos comunitarios.

## **Ley del Servicio Aragonés de Salud**

La ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por Ley 8/1999, de 9 de abril, crea el Servicio Aragonés de Salud como un instrumento que permite la unificación funcional de todos los centros y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma, así como el desarrollo de los principios inspiradores de la reforma sanitaria en el territorio aragonés. En su art. 2 pto. 3 se establece como objetivos básicos la atención integral de la salud, el aprovechamiento óptimo de los recursos, la distribución equitativa de los servicios sanitarios y la coordinación funcional, garantizando al máximo la cantidad y calidad de la asistencia sanitaria. El art. 6 pto. 1 incluye entre sus funciones la promoción y mejora de la salud mental y la prestación de asistencia psiquiátrica. En su art. 10 pto. 1 se señala que le Servicio Aragonés de Salud ejecutará la política sanitaria cuya definición corresponde al Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, hoy Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

## **Reglamento del Servicio Aragonés de Salud**

El Decreto 45/2000, de 29 de febrero, de modificación de Decreto 51/1990, de 3 de abril, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del Servicio Aragonés de Salud, asigna a la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias, en el art. 23, las siguientes funciones:

- Adopción de medidas necesarias para la promoción y mejora de la salud mental y la prestación de la asistencia psiquiátrica.
- Coordinación entre las diferentes unidades y niveles asistenciales en el ámbito de la salud mental y la elaboración de propuestas e informes sobre la necesidad de celebración de concertos y convenios asistenciales con dispositivos y servicios ajenos al Organismo Autónomo, con la finalidad de adaptar los mismos a la demanda existente.

- Formación continuada en el ámbito de la salud mental.
- Elaboración, seguimiento y evaluación de los programas de prevención, asistencia y reinserción de drogodependencias y la coordinación entre las diferentes entidades públicas y privadas que desarrollan su actividad en el ámbito de las drogodependencias.

### **Ley del Instituto Aragonés de Servicios Sociales**

Corresponde al Instituto Aragonés de Servicios Sociales, de acuerdo al art. 9 de la Ley 4/1996 de creación del Instituto, entre otras, las siguientes funciones:

- La gestión de prestaciones de la Ley de Integración Social del Minusválido
- La gestión del Ingreso Aragonés de Inserción
- La gestión de proyectos de inserción sociolaboral
- La gestión de prestaciones económicas en materia de acción social y las ayudas a discapacitados
- El programa de Servicios Sociales y el de mantenimiento de Centros de Disminuidos y Centros Ocupacionales.

### **Reglamento de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria**

El Decreto 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón, establece en su art. 12 el fomento de la salud mental como una actividad propia de enfermería y en su art. 25 la colaboración en la aplicación y desarrollo de los programas de salud mental como una actividad específica del equipo de Atención Primaria.

### **Protocolo de traslado urgente de enfermos mentales**

Documento de consenso promovido por la Clínica Médico-Forense de Zaragoza en julio de 1997 con todas las estructuras sanitarias, policiales, judiciales y forenses. Se apoya en una serie de consideraciones básicas:

- Consideración del abordaje del enfermo mental en crisis como un problema fundamentalmente sanitario, y sujeto al art. 211 del Código Civil sobre la salvaguarda de derechos del enfermo.
- Promoción inicial del traslado desde la familia, e indicación por los servicios de Atención Primaria que sobre la base de su constitución en autoridad, pueden solicitar la ayuda que requieran para la misma.
- Decisión del ingreso exclusivamente por el personal del Servicio de Psiquiatría del hospital.

### **Estructura del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales**

El Decreto 145/2002, de 17 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, especifica en su art. 9 las funciones que corresponden a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento

entre las que destacan la evaluación y control de las prestaciones, el desarrollo de sistemas de información y la ordenación territorial de los recursos sanitarios y sociales.

Por otra parte, el Decreto 148/2002, de 30 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Servicio Aragonés de Salud y se modifica su Reglamento establece como funciones del mismo la gestión y administración de los servicios públicos de atención sanitaria.

### **Sistema de información asistencial**

El Decreto 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón incluye en su art. 3 como uno de los subsistemas del sistema de información asistencial el sistema de información de salud mental.

### **Ley de drogodependencias**

Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias señala en su art. 21 pto. 2 que la atención a las drogodependencias se conformará por dos niveles, estando formado el segundo nivel por los centros de salud mental y otros dispositivos.

### **Transferencias sanitarias**

El Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, en el que se aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias previsto en la disposición transitoria sexta del Estatuto de Autonomía de Aragón, establece las funciones que asume la Comunidad Autónoma de Aragón e identifica los servicios que se traspasan en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social desde el 1 de enero de 2002.

### **Ley de Salud de Aragón**

La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, establece en su art. 4 derechos específicos –además de los generales– para las personas que padecen enfermedad mental. En su art. 30 contempla la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental como parte de la asistencia sanitaria. Por otro lado, en su art. 49, crea la Atención a la salud mental como una estructura operativa con la finalidad de garantizar una prestación sanitaria integral y coordinada. Finalmente, el art. 53 establece que la atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales de carácter ambulatorio, los sistemas de hospitalización breve, la atención a domicilio y la coordinación con los servicios sociales.

## **Otra normativa de interés para el desarrollo del Plan de Salud Mental**

- Ley 9/92, de 7 de octubre, del Voluntariado Social.
- Ley 1/93, de 19 de febrero, de medidas de Inserción y Normalización Social.
- Decreto 96/91, de 20 de mayo, de regulación de las prestaciones económicas en el ámbito de la Acción Social.
- Decreto 57/94, de 23 de marzo, del Ingreso Aragonés de Inserción.
- Orden de 29 de enero de 1997 de subvenciones a proyectos de inserción sociolaboral.
- Decreto Legislativo 2/2000, de 3 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma en el que se regula la actividad empresarial del sector público y el régimen jurídico general de las empresas públicas en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

### **III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN**

#### **APROXIMACIÓN A LA ENFERMEDAD MENTAL EN ARAGÓN**

La información sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental o sobre los factores de riesgo predominantes en nuestra Comunidad es, en la actualidad, parcial e imprecisa pero nada hace prever, a estos efectos, que la situación en Aragón difiera en exceso de la de otras Comunidades Autónomas o países de nuestro entorno. Según estimaciones procedentes de la OMS, el Instituto Americano de Salud Mental, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y otras encuestas relevantes de salud, entre un 15 y un 25% de la población mayor de 14 años padece a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental susceptible de intervención especializada.

Datos registrados en la Región Europea sitúan, para la mayoría de los países, la prevalencia estimada de trastorno mental grave (TMG) entre el 0,6 % y el 1% de la población que, sin embargo, absorbe el 50% de los recursos asistenciales de salud mental. Entendemos el TMG como una enfermedad mental grave que afecta a las personas de forma crónica, altera o limita el desarrollo de sus capacidades de funcionamiento social y se define de acuerdo a ejes diagnósticos, de discapacidad y de duración de la enfermedad.

En relación con la esquizofrenia - paradigma del TMG-, la OMS informa que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y, junto a la Asociación Mundial de Psiquiatría, estiman que en España existen en la actualidad cerca de 400.000 enfermos psicóticos (entre esquizofrenias, trastornos bipolares y paranoides graves); sin embargo, la desinformación y el miedo social a la enfermedad, siguen provocando un alto porcentaje de pacientes no diagnosticados. Aspecto especialmente relevante si consideramos que los expertos admiten que un tercio de estos enfermos son técnicamente rehabilitables y que, por el contrario, ante la falta de atención, la persona con enfermedad mental grave tiene un 50% de posibilidades de experimentar un nuevo brote en el primer año, porcentaje que se eleva al 80% a los tres años, con el deterioro paulatino que este tipo de crisis provoca en el curso de la enfermedad.

De acuerdo a informes recientes de las Sociedades Andaluza y Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, el 20-24% de las consultas clínicas de los médicos de familia son de pacientes con problemas de estrés y relacionales, que manifiestan síntomas psíquicos sin tener una verdadera enfermedad mental; no obstante, la prevalencia de situaciones de relevancia psiquiátrica en Atención Primaria está en torno al 14%. Los problemas más habituales son: ansiedad (33,8% del total de problemas de salud mental consultados), depresión (23%), ansiedad y depresión (10%) y trastornos somatoformes (9,4%). Sin embargo, en relación con la detección y posterior derivación de pacientes a los equipos de salud mental, se ha calculado que en el caso de los médicos de Atención Primaria, la sensibilidad para detectar correctamente las alteraciones motivadas por trastornos mentales en su consulta es sólo del 35%, mientras que la especificidad en el diagnóstico sube hasta el 85%.

El 50% de la hospitalización aguda psiquiátrica se debe, por lo general, a trastornos esquizofrénicos, psicosis afectivas, trastornos neuróticos y síndrome de dependencia alcohólica.

La mitad de la atención ambulatoria en problemas de salud mental, de Atención Primaria y especializada, está motivada por la depresión, los trastornos afectivos y los de personalidad.

Los problemas de salud mental en jóvenes son significativamente frecuentes, alcanzando una prevalencia del 15% de la población (10% en preescolares, 13% en adolescentes y 16% en postadolescentes); además, se encuentra en este grupo una fuerte correlación entre desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias y conductas sexuales de riesgo.

La Encuesta Nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 observa en Aragón una prevalencia de deficiencias mentales en personas de 6 a 64 años de 5,8/1.000 habitantes (9,39 en España) y en mayores de 64 años de 32,4/1.000 habitantes (35,4 en España). Éstas representan, tras los procesos osteoarticulares (32,8%), la segunda causa de deficiencia (16,7%).

En relación con los suicidios, los últimos datos oficiales disponibles en Aragón (1997) sitúan la tasa de mortalidad por suicidio, en mayores de 14 años y ajustada a población europea, en 8,9/100.000, que representa el 1 % de la mortalidad general y supone más del 4 % de los años potenciales de vida perdidos en la Comunidad Autónoma. Afecta casi tres veces más a varones que a mujeres, con dos picos de incidencia hacia los 40 años y a partir de los 85. Ligeramente inferior a la tasa de España, ha tenido una tendencia creciente en el último cuarto de siglo y se encuentra relativamente estabilizada en los últimos 5 años.

Si extrapolamos este conjunto de datos a la población aragonesa, calculada en 1.159.890 según datos de la Tarjeta Individual Sanitaria a fecha de septiembre de 2000, se podría estimar el n.º de personas con trastorno mental grave entre 6.000 y 10.000, de las cuales precisan tratamiento intensivo y continuado un 15-20%, unos 1.400 enfermos. Podemos señalar, además, las siguientes estimaciones generales:

	INDICADOR	n.º
ESTIMACIÓN	N.º personas que aquejan ansiedad o estrés	88.000
	N.º personas afectadas por depresión	45.000
	N.º personas con esquizofrenia y otras psicosis no afectivas	6.900
	N.º personas con psicosis atendidas en dispositivos específicos	1.200
	N.º nuevos diagnósticos anuales de esquizofrenia	200
	N.º suicidios por año	125
	Prevalencia de deficiencia mental en población de 6 a 64 años	5.900
	Prevalencia de deficiencia mental en población > 64 años	7.100
DATOS DE LAS MEMORIAS	N.º estancias en Unidades de Agudos por esquizofrenias y otras psicosis	12.550
	N.º personas internadas en unidades de media/larga estancia psiquiátrica	934
	N.º personas en lista de espera media/larga estancia	25-30
	Demanda de consulta ambulatoria x 1000 habitantes	102
	Demanda CSM: media pacientes nuevos por centro y mes	40
	Demora para consultas no urgentes en CSM	1-2 meses
	N.º consultas/año en A. Primaria por problemas de estrés o relacionales	1.500.000
	N.º consultas/año en APS por ansiedad	352.000
N.º consultas/año en APS por depresión	242.000	
N.º consultas/año en APS con relevancia psiquiátrica	1.000.000	

CSM: centro de salud mental.

APS: Atención Primaria de Salud.

Del estudio realizado por el Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea, entre los años 1988 y 2000, sobre las necesidades sociosanitarias de las personas con enfermedades mentales

y sus cuidadores en esa Comunidad, se desprende que la mitad de los usuarios de la red tiene dificultades importantes en los ámbitos de vivienda y empleo y que un porcentaje significativo de los enfermos mentales graves, tienen necesidades sociales que impactan gravemente no sólo en su calidad de vida sino también en la situación clínica y evolución de la propia enfermedad mental.

Desde el punto de vista económico y de los costes, la Sociedad Española de Psiquiatría ha publicado recientemente (2000) el Libro Blanco "Estudio económico sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España" según el cual, el coste de los trastornos de salud mental en el Estado asciende, en su conjunto, a unos 2.700 – 3.000 millones € (450 - 500.000 millones de ptas.), equivalente aproximadamente al 0,5-0,6% del producto interior bruto (PIB) español; lejos, sin embargo del 3% que supone a países como Canadá. De esta factura, los costes directos (ambulatorios, hospitalarios y de farmacia) representaron el 39%; sólo el gasto de medicamentos supuso para España en el 2000, 727 millones € (121.000 millones de ptas.). El resto (61%) fueron costes indirectos derivados de mortalidad prematura, incapacidades transitorias, invalidez o baja productividad.

La depresión en España afecta a más de cuatro millones de personas y representa cerca del 30% de las discapacidades neuropsiquiátricas entre las mujeres, en comparación con el 13% de los hombres (datos OMS). Genera unos costes de alrededor de 781 millones € (130.000 millones de ptas.) anuales y supone el 30% de los recursos que se destinan a la salud mental, justo por detrás de las psicosis. Según datos del Banco Mundial, el 54% corresponde a costes sanitarios y el 46% a descensos de productividad. Un trabajo reciente de JM Cabasés sobre evaluación económica de la esquizofrenia en la vecina Comunidad Foral de Navarra, señala que el coste anual por paciente ascendía a 7.400 € (1.230.392 ptas.) el primer año y a 4.000 € (665.642 ptas.) a partir del tercero; los costes directos suponían el 57% y, dentro de ellos, los costes por cuidados informales, representaban el 42% del total.

Estos indicadores permiten estimar que en Aragón, con un PIB en el año 2000 de alrededor de 18.000 millones € (3 billones de ptas.), el coste social de la enfermedad mental puede aproximarse a los 102 millones € (17.000 millones ptas.), con un coste directo sanitario de unos 53 millones € (8.800 millones de ptas.) que incluye una factura de farmacia superior a los 24 millones € (4.000 millones ptas.). El gasto en salud mental supone, en la actualidad, entre el 2 y el 6% del presupuesto sanitario de las Comunidades Autónomas, - en Aragón representa, con farmacia, algo más del 5% del presupuesto- y la cifra optima, según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, habría de situarse en torno al 7%.

## **RECURSOS ACTUALES**

### **Atención Primaria: centros de salud**

La reforma de la Atención Primaria de Salud en Aragón está prácticamente concluida, a falta de la constitución del último equipo de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma (Mapa 1). Así, el mapa sanitario de Aragón está formado por 122 zonas básicas de salud y 5 Áreas de Salud, permaneciendo todavía unidas la gestión y dirección de las Áreas II y V.

En cada zona básica de salud se dispone de un centro de salud que es la estructura física y funcional en la que desarrolla sus actividades el equipo de Atención Primaria. Éste está

constituido por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios (médico de familia, pediatra, trabajador social, ATS/DUE, auxiliar administrativo, etc.) que desarrollan actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación sobre la población territorialmente adscrita. De acuerdo a la normativa del INSALUD, cuentan también con diversas “unidades de apoyo” especializadas: fisioterapia, matrona, odontología, orientación familiar y salud mental.

Los equipos de Atención Primaria cumplen una función reguladora de la demanda psiquiátrica; asumen la detección inicial de los trastornos psiquiátricos y la asistencia a los problemas psíquicos de la población general que no requieren una atención especializada, discriminando el tipo de intervención necesaria: atención y seguimiento propios, atención con asesoramiento del equipo de salud mental o derivación. Han de colaborar asimismo en la elaboración y desarrollo de programas de protección de la salud mental de la población en riesgo e intervienen de forma relevante en el traslado urgente de enfermos mentales en situación de crisis. Sin embargo, la actual Cartera de Servicios del Servicio Aragonés de Salud en Atención Primaria sólo incluye en este ámbito, además de los genéricos servicios preventivos, la atención al alcoholismo.

## **Centros de Salud Mental**

Se dispone actualmente en Aragón de **20** centros de salud mental -y una consulta provisional en el Hospital Royo Villanova - para una población de **1.159.890** lo que representa un centro por cada **52.722** habitantes (Tabla 1). La dependencia administrativa y funcional del personal de los centros de salud mental no ha sido uniforme, estando repartida entre las Diputaciones Provinciales, el Gobierno de Aragón y el INSALUD.

La mayoría de los equipos de salud mental se localizan físicamente en los centros de salud de Atención Primaria, lo que facilita la coordinación y cooperación con el propio equipo de Atención Primaria y el acercamiento a la comunidad. Otros centros de salud mental se ubican, sin embargo, en hospitales; su creación y ubicación se debieron más a la oportunidad o voluntariedad profesional que a un proceso riguroso de planificación. Otros, en fin, disponen de estructura física independiente. La dotación de recursos humanos en centros de salud mental no sigue un estándar preestablecido y uniforme (Tabla 2); se observa en todos ellos la práctica ausencia de trabajadores sociales específicos y en algunos centros el personal auxiliar administrativo es compartido con el equipo de Atención Primaria.

Por otro lado, la dependencia orgánica de los miembros del equipo de salud mental es diversa, ya que los psiquiatras dependen del servicio de psiquiatría del hospital de referencia (Atención Especializada), mientras que el resto del personal depende de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud correspondiente. Cada centro de salud mental presta asistencia especializada a la población de varias zonas de salud, aunque esta sectorización no está oficialmente reglamentada. La mayoría de los centros de salud mental presta asistencia a una población inferior a los 50.000 habitantes salvo ACTUR Sur y el del Hospital Clínico Universitario, que tienen poblaciones adscritas superiores a los 100.000 habitantes.

A estos dispositivos les corresponde un conjunto de prestaciones especializadas entre las que están el asesoramiento y supervisión del equipo básico de salud y del resto de equipos especializados y las diversas modalidades de atención ambulatoria y domiciliaria a los pacientes remitidos desde Atención Primaria. La presión asistencial diaria en consulta presenta un rango

muy variable entre centros (de 7 a 18 usuarios en psiquiatría y de 4 a 10 en psicología) así como el n.º de pacientes nuevos al mes (entre 30 y 70); las demoras para consulta no urgente están, en la actualidad, entre 1 y 2 meses en psiquiatría y hasta 3 meses en psicología.

### **Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil**

Las unidades de salud mental infanto-juvenil son recursos específicos destinados a los problemas de salud mental de la población menor de 18 años de edad. No todas las Áreas de Salud disponen de este recurso, como el Área de Salud I (Huesca) que tiene una población menor de 18 años de edad de 40.840 personas (Tabla 3). Se trata de recursos de área y, al igual que en los centros de salud mental, no existe una única administración responsable ni uniformidad en la dependencia funcional del personal del equipo.

El personal de estas unidades es personal cualificado y específico para la atención de la salud mental de la población menor de 18 años. Al igual que en el anterior dispositivo hay una práctica ausencia de trabajadores sociales (Tabla 4).

En el centro de salud mental de Cinco Villas se desarrolla un programa de atención infanto-juvenil que es atendido por una psicóloga que trabaja en colaboración con los servicios psicopedagógicos del Departamento de Educación y Ciencia del Gobierno de Aragón y con educadores de calle. Sólo puntualmente se requiere la participación del psiquiatra, fundamentalmente en los casos que precisan medicación.

Por otro lado, el Centro Municipal de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Zaragoza desarrolla actuaciones en salud mental y salud sexual y reproductiva en jóvenes de 15 a 29 años de edad residentes en el municipio de Zaragoza. Se dispone para la atención a la salud mental de 2 psiquiatras y 2 psicólogos a tiempo completo y 1 sexóloga para ambas áreas de actuación. El centro funciona en horario de 8 a 15 horas de lunes a viernes.

### **Unidades de Hospitalización Breve**

Las unidades de hospitalización breve se localizan en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales públicos, excepto la del Área de Salud IV (Teruel) que se encuentra provisionalmente ubicada en el Hospital Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios, hasta su próximo traslado al Hospital General Obispo Polanco (Tabla 5). Estas unidades actúan como unidades de referencia de Área o sector, salvo el Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia que comparte parcialmente el territorio y la población con el Hospital Miguel Servet (Área de Salud II), hasta su definitiva adscripción al Área de Salud V, según prevé la nueva estructura territorial del Servicio Aragonés de Salud. En todas estas unidades, a excepción de la del Hospital Provincial, se realizan guardias de presencia física durante todos los días del año.

En el Hospital Clínico Universitario está localizada la unidad de psiquiatría infanto-juvenil para la atención tanto en consultas como en hospitalización de los jóvenes menores de 18 años (4 camas de hospitalización están destinadas a jóvenes de 14 a 17 años). El personal de esta unidad atiende también las interconsultas de pediatría y cuenta con un total de 3 psiquiatras: uno de ellos dedicado a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria y dos que atienden también a la unidad ambulatoria. Esta unidad incluye un programa específico de atención a los

trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes que se constituye en unidad de referencia regional.

El Hospital Royo Villanova dispone de una unidad para los trastornos de la conducta alimentaria en adultos dotada de camas específicas (3), que actúa como unidad de referencia regional.

En las plantillas de las unidades de hospitalización breve se observa igualmente una práctica ausencia de psicólogos y trabajadores sociales (Tabla 6). Aun cuando están concebidas para estancias de pacientes y patologías agudas inferiores a 3 semanas, uno de los problemas habituales que presentan estos dispositivos es la inmovilización de una parte de las camas por pacientes graves, al no disponer de dispositivos suficientes de media estancia o de alternativas residenciales adecuadas.

Los Hospitales Clínico Universitario y Miguel Servet disponen de Unidades de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace con estructura física independiente. Su actividad se centra fundamentalmente en las interconsultas y en el desarrollo de una serie de programas de psiquiatría de enlace. La unidad del Hospital Clínico Universitario dispone de 2 psiquiatras (uno de ellos a tiempo parcial) y 1 ATS/DUE, además de la colaboración del trabajador social de la unidad de hospitalización breve. La unidad del Hospital Miguel Servet es atendida por 1 psiquiatra y 1 ATS/DUE.

## **Hospitales de Día**

Salvo el de Huesca, ubicado en dependencias anexas al Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús, no se dispone de más hospitales de día psiquiátricos en la Comunidad Autónoma. Éste tiene unas características peculiares de diseño funcional y oferta de servicios, y se asemeja más a lo que entendemos como centro de día de salud mental; funciona en horario de 10 a 16 horas, dando servicio de referencia al Área de Salud I. Cuenta con los siguientes recursos humanos:

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo a tiempo parcial; la otra media jornada en el Centro de Rehabilitación en Salud Mental (antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial)
- 2 ATS/DUE
- 1 terapeuta ocupacional a tiempo parcial
- 1 trabajador social a tiempo parcial; la otra media jornada en el Centro de Rehabilitación en Salud Mental
- 3 auxiliares de clínica

Por parte del Servicio Aragonés de Salud, se está ultimando la apertura de un hospital de día psiquiátrico en el Hospital Clínico Universitario.

## **Hospitales Psiquiátricos**

A pesar de los notables pero puntuales intentos de cambio y modernización, los hospitales psiquiátricos de nuestra Comunidad Autónoma responden en su estructura y funcionamiento a la situación previa al movimiento de reforma de la asistencia psiquiátrica. Se trata, en general, de centros de grandes dimensiones, no adecuados para prestar una asistencia integral y con

perspectiva rehabilitadora y que brinden una calidad de vida digna a los pacientes internados. Salvo el Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar de Zaragoza que, en los últimos años, ha venido siendo gestionado por el Servicio Aragonés de Salud, el personal, estructura y servicios del resto de hospitales psiquiátricos, ha sido recientemente transferido desde las Diputaciones Provinciales a la Comunidad Autónoma.

De acuerdo a los estándares generalmente admitidos, se dispone en Aragón de un número excesivo de camas –630 en el año 2000- para las necesidades reales de hospitalización de pacientes psiquiátricos en régimen de larga estancia y gran parte de las mismas (35%), están ocupadas actualmente por pacientes geriátricos y psicogerítricos (Tabla 7). Dado el número de camas y tipología de pacientes (Tabla 8) muchos de estos hospitales están menos dotados en determinados recursos humanos, como en el caso de los terapeutas ocupaciones y de los psicólogos.

En la actualidad se está desarrollando un proceso de reestructuración de todos los hospitales psiquiátricos públicos de Huesca, Teruel y Zaragoza, diferenciando entre unidades de media estancia, larga estancia y unidades residenciales y psicogerítricas. Así, en junio de 2001 se ha puesto en marcha una unidad de media estancia “Alonso V” en el hospital psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar que cubrirá las necesidades de rehabilitación intensiva de los pacientes psiquiátricos de las Áreas de Salud II y III, y en breve está previsto la apertura de una unidad de rehabilitación-residencial con 32 plazas. Por otro lado, el Servicio Aragonés de Salud mantiene conciertos con la Fundación Profesor Rey Ardid y el Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen, para plazas de media y larga estancia, respectivamente. En este tipo de recursos se está registrando una lista de espera importante dada la actual escasez de plazas en dispositivos intermedios: media estancia y unidades de rehabilitación psicosocial.

### **Centros de Día y otros recursos intermedios**

El número de centros de día disponibles en Aragón es limitado, tan solo 6; insuficiente para atender las necesidades de rehabilitación y reinserción social de los enfermos mentales graves (Tabla 9). El personal con que están dotados los centros no responde a un estándar establecido, observando una importante variabilidad entre ellos; lo mismo puede señalarse en cuanto a su funcionamiento, localización, horarios y amplitud de los programas psicosociales y terapéuticos. En la actualidad, el Servicio Aragonés de Salud gestiona directamente el Centro de día Romareda de Zaragoza y mantiene convenios con la Fundación Profesor Rey Ardid, Sociedad Cooperativa Laboral Ejea scl., Fundación Agustín Serrate y ASAPME que incluyen, directa o indirectamente, el sostenimiento de sus centros de día respectivos; también el Instituto Aragonés de Servicios Sociales mantiene convenio de colaboración con Cáritas para el sostenimiento del Centro de día San Carlos en Zaragoza.

Los pisos asistidos, con diferente grado de apoyo asistencial en función de la autonomía de los residentes, son uno de los recursos mas deficitarios en nuestra Comunidad Autónoma (Tabla 10). Sin embargo, existe un consenso generalizado sobre la necesidad de éstas y otras estructuras intermedias (talleres y centros ocupacionales, clubes de ocio y tiempo libre, etc.) para desarrollar la externalización de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos - estimada en un tercio de los internos- y para complementar las estrategias de inserción social realizadas en los centros de salud mental o en las unidades de media y corta estancia.

La disponibilidad de talleres ocupacionales y centros de inserción sociolaboral para las personas con alteración de la salud mental en Aragón es limitada; algo más de 200 plazas en conjunto. En Huesca, se dispone de 4 talleres ocupacionales con un total de 62 plazas, 3 centros especiales de empleo con 46 plazas y un centro de integración laboral, gestionados por las Fundación Agustín Serrate y Fundación Profesor Rey Ardid, en convenio con el Servicio Aragonés de Salud. En Zaragoza, además del taller de encuadernación del centro de día Romareda, gestionado directamente por el Servicio Aragonés de Salud, hay un centro especial de empleo (jardinería, con 13 plazas; y confección, con 3 plazas) y centros ocupacionales (taller de manipulación y montaje, con 20 plazas; confección, con 15 plazas; y jardinería, con 12 plazas, los dos últimos en convenio con CODEF) ubicados en el Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar, además de un servicio de comedor de 20 plazas. Por su parte, la Fundación Profesor Rey Ardid cuenta con centro especial de empleo y talleres ocupacionales en Zaragoza y Barbastro y una disponibilidad de plazas cercana a las 60. La Asociación Aragonesa pro Salud Mental (ASAPME) dispone de un centro ocupacional con taller de encuadernación y taller de montaje dotado de 35 plazas en Zaragoza capital. En la Comarca de Cinco Villas, la Asociación El Cierzo dispone de talleres ocupacionales (alfarería) que, en la actualidad, están en fase de reestructuración. En Teruel no se cuenta con este tipo de dispositivos.

## **SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL**

Ha tenido un desarrollo escaso y una continuidad desigual en las diferentes áreas de salud, también en función de la dependencia administrativa de los recursos informantes y del tipo de dispositivo de forma que, en la actualidad, no existe un sistema unificado que permita tener información precisa de la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental en Aragón ni de la demanda y actividad de los servicios y recursos en su conjunto.

La información existente se ha basado, en esencia, en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. Su función es la recepción de la información procedente de las admisiones de los centros de internamiento hospitalario y de la actividad realizada en los centros de salud mental. A partir de los datos procedentes de los hospitales y de los centros específicos de atención a drogodependencias, se suministra información al Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas.

Desde el entorno hospitalario (hospitales psiquiátricos y unidades de hospitalización breve) que tienen responsabilidad en la gestión de historias clínicas, pacientes ingresados y seguimiento de ingresos involuntarios, se facilita información para el Conjunto mínimo básico de datos y los Grupos relacionados por diagnóstico), Instituto Nacional de Estadística y Juzgados.

## **ANÁLISIS DAFO**

Como apoyo al plan, este método nos permite identificar, de forma ágil y resumida, los puntos fuertes y débiles del actual sistema de salud mental en Aragón y los aspectos que pueden suponer un obstáculo al desarrollo de la atención centrada en el paciente y basada en la calidad; el análisis interno (debilidades y fortalezas) y externo (oportunidades y amenazas) evita o reduce posibles contradicciones entre estrategias asistenciales y de gestión e introduce elementos relevantes a una nueva cultura de gestión clínica en la atención a la salud mental.

## DEBILIDADES

- La necesidad de definir estándares adecuados de disponibilidad de dispositivos y de recursos humanos en cada uno de ellos.
- La falta de hospitales de día para la realización de tratamientos intensivos tras el paso por las Unidades de hospitalización breve, o como alternativa a las mismas.
- La escasez de recursos de rehabilitación psicosocial y residenciales que genera una mayor presión sobre las unidades de hospitalización breve y larga estancia.
- La ausencia de programas específicos de seguimiento de pacientes graves: gestión de casos, atención domiciliaria, derivación a unidades rehabilitadoras...
- La escasez de unidades especiales para pacientes de riesgo: psicosis refractarias, autismo y demencias juveniles, trastornos de personalidad, pacientes penitenciarios...
- La escasa presencia de psicólogos clínicos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales en muchos dispositivos de la red.
- La carencia de un sistema de información único e integral.
- La falta de un Plan estructurado de Formación e Investigación que apoye e impulse la reforma y Plan de Salud Mental de Aragón.

## AMENAZAS

- La estructura de gestión del Servicio Aragonés de Salud y de los servicios de salud mental está en fase de remodelación.
- La ausencia de una reglamentación que ordene el funcionamiento de la red de salud mental.
- Débil corresponsabilidad entre los Servicios Sociales y los de Salud Mental para la provisión de alternativas a la externalización y a los nuevos enfermos graves.
- La falta de programas de apoyo específico a las familias y cuidadores de los pacientes.
- Falta de uniformidad en la dependencia administrativa y funcional del personal de los distintos dispositivos de salud mental.
- La pervivencia residual de hospitales psiquiátricos con funciones de custodia.
- La ausencia de coordinación reglada entre profesionales y niveles sanitarios en procesos que cursan con importante comorbilidad psiquiátrica: drogodependientes, demencias, ...
- Los desequilibrios territoriales en la dotación de recursos.
- Ausencia de unas normas de acreditación de los dispositivos.

## FORTALEZAS

- La asunción entre profesionales y gran parte de la población de la necesidad de equiparar al enfermo mental con el resto de pacientes del sistema.
- La integración de la mayoría de los centros de salud mental comunitarios en los centros de salud de Atención Primaria.
- La experiencia adquirida en Aragón y en otras Comunidades Autónomas con mayor desarrollo de la reforma psiquiátrica, que pone de manifiesto la efectividad de los recursos de rehabilitación psicosocial.
- La implicación y colaboración de gran número de profesionales de salud mental en el presente plan.

## OPORTUNIDADES

- La oportunidad de coordinar, ordenar y unificar recursos que ofrece el actual proceso de transferencias sanitarias.
- Las amplias expectativas de los profesionales en culminar en nuestra Comunidad Autónoma el proceso de reforma psiquiátrica.
- La consideración de la salud mental como uno de los problemas de salud prioritarios para este siglo.
- La reestructuración pendiente del Departamento de Salud y, especialmente, el futuro desarrollo del Servicio Aragonés de Salud.



## **IV. MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN**

Mejorar la actual situación de la atención a la salud mental en Aragón requiere, por un lado, readaptaciones estructurales y funcionales en la red actual y por otro, la creación de nuevos recursos y servicios de salud mental que, bajo criterios de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción, ofrezcan una atención integral al enfermo mental grave y respondan simultáneamente a las necesidades de salud de la población general. Ha de ser, además, lo suficientemente flexible como para adaptarse al entorno continuamente cambiante de esas necesidades. Con tal propósito se ha elaborado este documento que pretende ser un instrumento de política de salud -y no sólo sanitaria- dotándolo de un enfoque multisectorial e integrador.

La atención a la salud mental en Aragón se orienta en la perspectiva de la salud mental comunitaria, en la que las unidades de salud mental son el eje de la actuación sanitaria; se fomenta la creación y disponibilidad de recursos y servicios asistenciales diversificados en la comunidad, en especial los de atención domiciliaria, rehabilitación psicosocial e inserción sociolaboral, y se pretende garantizar tanto la prestación de asistencia sanitaria como el apoyo social que haga posible el mantenimiento o integración del paciente en su familia y medio habitual.

### **PRINCIPIOS BÁSICOS**

**Financiación y provisión públicas** de la asistencia sanitaria, complementada con la prestación de servicios sociosanitarios de carácter público o concertado.

**Cobertura universal** efectiva y asumida como derecho de todos los ciudadanos aragoneses.

**Equidad y accesibilidad** tanto territorial, favoreciendo la dotación asistencial de las zonas geográficas más desfavorecidas; como social, mejorando los recursos para aquellos colectivos más desprovistos en relación con sus necesidades de salud; o cultural, atendiendo a las circunstancias sociales, económicas o educativas.

**Oferta** de recursos y servicios **basada en la efectividad, eficiencia y sostenibilidad financiera**. Se pretende establecer unos servicios, recursos e intervenciones apoyados en una evidencia científica válida a través de un plan coste-efectivo que asegure, además, su sostenimiento futuro.

**Atención de calidad**. Se ofertarán recursos y servicios con una calidad acreditada y apoyada en la evidencia científica disponible. Además, se trata de aproximar los recursos al ciudadano y conseguir la aceptabilidad de los servicios ofrecidos por parte de los usuarios.

**Coordinación**, entendida como colaboración y corresponsabilidad con el resto de los dispositivos sanitarios, los recursos sociales y todas aquellas instituciones, públicas o privadas, implicadas en la atención a las personas con problemas de salud mental.

**Flexibilidad** de la red de salud mental, para que sea capaz de adaptarse a los cambios sociales y a las necesidades también cambiantes del enfermo mental, y **participativa**, en la que se proyecten las demandas y preferencias de profesionales, usuarios y familiares.

## **LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

### **Línea 1: Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la salud mental**

Los **centros de salud mental** son los responsables de articular el proceso asistencial y la continuidad de los cuidados del enfermo mental y gestionar, cuando se precise, las derivaciones a los recursos más especializados de la red. La rehabilitación ha de iniciarse también a este nivel como una de sus actividades centrales, con programas específicos de seguimiento del censo de "jóvenes pacientes graves", implementados básicamente por los profesionales de enfermería y de trabajo social con la necesaria supervisión psiquiátrica. Es necesario para ello, además de reforzar los actuales recursos multidisciplinarios, reglamentar adecuadamente las funciones y organización de los equipos de salud mental comunitarios y, asimismo, de las estructuras de coordinación que requieran su funcionamiento y oferta de programas.

La **Atención Primaria** juega un papel clave en la detección, tratamiento, derivación y seguimiento del trastorno mental en la población general, corresponsabilizándose activamente a través de protocolos reglados de coordinación asistencial con los profesionales de los centros de salud mental, superando los voluntarismos aislados y evitando rupturas de colaboración que la creciente situación de desbordamiento en la demanda puede generar. Esta coordinación debe apoyarse y potenciarse con líneas de formación continuada e investigación compartidas que, entre otros objetivos, mejoren la capacidad de detección de los trastornos mentales a este nivel, la efectividad de las intervenciones y la calidad de la derivación a los centros de salud mental.

Los centros de salud mental deben implementar programas de atención a pacientes graves que incluyan prevención secundaria y detección de patologías que evolucionan a la cronicidad e incapacidad, garantizando la continuidad de los cuidados al colectivo "censado" de pacientes graves. A estos enfermos se aplicaran programas individualizados de seguimiento con criterio rehabilitador, tanto en el medio ambulatorio como en el domiciliario o en los dispositivos específicos de rehabilitación; para ello, se contará con el apoyo de nuevos Equipos de Gestión y Seguimiento de Casos. La atención domiciliaria es una de los aspectos más claramente mejorable en los actuales servicios comunitarios y debe ser objeto de especial interés en el desarrollo del Plan, a través de programas que tengan como objetivo mantener a la persona con enfermedad mental en el entorno social y familiar y mejorar su calidad de vida. El propio usuario, los cuidadores y la familia han de participar activamente en los mismos, ofreciendo para ello, desde los centros de salud mental y equipos de gestión y seguimiento de casos, la necesaria atención y apoyo personales.

Los criterios de derivación a los dispositivos específicos - centros y hospitales de día y unidades de media estancia- deben definir explícitamente la demanda clínica y social, los objetivos personales de rehabilitación y las habilidades perdidas sobre las que deben incidir, siempre con limitación temporal, los programas de rehabilitación. En estos dispositivos

específicos, mas allá de la mera descarga familiar y entrenamiento y organización de las actividades de la vida diaria de los enfermos, se desarrollaran programas estructurados y adaptados a la realidad psicosocial y familiar de cada paciente.

Otro aspecto importante es la **implantación de programas de promoción de la salud mental** tanto en el marco de la atención primaria de salud como en el medio escolar. Existe evidencia suficiente que demuestra que los programas de promoción de la salud mental dirigidos a personas sanas influyen de manera positiva en el bienestar mental, la calidad de vida y la reducción de riesgos de padecimiento de trastorno mental. Estos programas deben incidir especialmente en la potenciación y desarrollo de los factores protectores de índole psicológica (autoestima, conocimiento de sí mismo, capacidad para afrontar problemas, adaptabilidad, autonomía personal) y de interacción social (habilidades sociales, participación social, relaciones personales positivas, reforzamiento, etc.).

En medio escolar, las intervenciones de promoción de la salud mental generan así mismo efectos que influyen en un mejor ajuste psicológico, reducción de los problemas de aprendizaje y mayor bienestar mental tanto en el profesorado como en el alumnado. Los centros educativos deben desarrollar este tipo de actuaciones integradas de forma transversal en el currículo y dirigidas a toda la comunidad escolar ya que las intervenciones dirigidas globalmente a familias, alumnado y profesorado son más eficaces.

## **Línea 2: Creación de una red de dispositivos sociosanitarios de salud mental**

Es necesario dotar a la Comunidad Autónoma de Aragón de una red de centros, establecimientos y servicios sociosanitarios destinados a la atención de la salud mental. La red integrada de servicios se articula de acuerdo a tres **ejes básicos**:

- El Área de Salud como territorio y población con disponibilidad de red diversificada de dispositivos sanitarios, rehabilitadores y de inserción social.
- El centro de salud mental y los Equipos de gestión y seguimiento de casos como organizadores de la continuidad de los cuidados.
- La rehabilitación como filosofía de fondo de la asistencia en salud mental y como itinerario flexible e individualizado de cada paciente, que se nutre de recursos procedentes tanto del ámbito sanitario como de los servicios sociales.

La diversificación de los recursos en el Área de Salud, se hace necesaria para garantizar la continuidad de cuidados y los itinerarios individualizados de atención, y llevará consigo el fortalecimiento de los actuales dispositivos de la red, la remodelación de las estructuras hospitalarias tradicionales y la creación de recursos derivados de la emergencia de nuevas necesidades y de la experiencia positiva sobre su eficacia en ámbitos con mayor desarrollo de la atención a la salud mental.

El análisis de nuestro entorno, tanto internacional como nacional, permite aproximarse a los estándares adecuados de recursos estructurales y humanos pero es necesario objetivar las áreas concretas de intervención de lo sanitario y lo social desde un compromiso de corresponsabilidad y colaboración que canalizaran los equipos de gestión y seguimiento de casos a través de diagnósticos individualizados de las necesidades de los usuarios y la

cumplimentación de los correspondientes planes de cuidados. El desarrollo de esta línea estratégica se realizará desde la priorización de los recursos comunitarios -domiciliarios, rehabilitadores y de inserción- sobre los dispositivos destinados al internamiento. Se traducirá en una necesaria redistribución y orientación de algunos de los recursos y servicios ya existentes, junto con la creación de dispositivos y estructuras nuevas y el establecimiento de una nueva organización y funcionamiento del sistema.

Se trata de avanzar en una propuesta de integración de recursos sociales y sanitarios; **desarrollar el espacio sociosanitario** de forma que se ofrezca a los pacientes un abanico amplio de posibilidades adaptadas a cada situación particular, abarcando desde los cuidados sociales en el nivel ambulatorio al paciente y la familia, hasta la ayuda en la búsqueda de apoyos comunitarios para la vivienda, el empleo o los espacios de convivencia y ocio. Presupone coordinación efectiva en varios niveles y, entre ellos, Atención Primaria y salud mental, servicios hospitalarios y no hospitalarios, recursos públicos y de iniciativa social, así como con los recursos no sanitarios de educación, justicia o trabajo.

Los equipos de gestión y seguimiento de casos son equipos multidisciplinares específicos cuyo objetivo es lograr el mantenimiento global del enfermo en su medio familiar y social y facilitar su adaptación a la enfermedad. Las áreas de intervención de estos equipos se concretarán en el **Programa de seguimiento de casos** que abarcará desde el alojamiento, a la ocupación y el autocuidado. Deben velar por la inclusión en los itinerarios individualizados de inserción de los recursos sociales y comunitarios y evitar o minimizar el desarraigo de los pacientes. Los servicios sociales generales colaborarán, asimismo, en el desarrollo de políticas de rentas sociales mínimas y pensiones no contributivas para enfermos sin apoyo familiar, líneas de ayuda personal a la vivienda, etc. y, también, en la capacitación ocupacional o en el acceso a actividades de ocio y tiempo libre.

### **Línea 3: Reorganización de la atención psiquiátrica hospitalaria**

En relación con los hospitales psiquiátricos, debe concluirse la **sectorización** de los dispositivos y servicios de acuerdo a los criterios de ordenación sanitaria establecidos en la Comunidad Autónoma, la integración definitiva de las unidades de agudos en los hospitales generales de la red y, finalmente, **orientar los indicadores de resultado** de estos dispositivos hacia la mejora de la calidad de vida de los enfermos mentales internados.

Esta línea lleva implícita restringir el acceso a los hospitales psiquiátricos de nuevos ingresos no justificados y externalizar aquellos pacientes que puedan ser correctamente atendidos en otros dispositivos de la red, acercándolos a la comunidad. Para ello, se precisa una adecuada disponibilidad de recursos de rehabilitación y reinserción social, alojamientos con diverso grado de supervisión y, finalmente, **remodelar los antiguos hospitales psiquiátricos** para dar cabida a una asistencia de tipo residencial y rehabilitadora en nuevos entornos, complejos o “campus multifuncionales” de salud mental. Los Equipos de gestión y seguimiento de casos, junto a los profesionales responsables en el hospital y en el centro de salud mental de referencia, realizarán un estudio clínico y social de los pacientes ingresados para su catalogación en pacientes psicogerítricos no externalizables o pacientes que precisan cuidados psiquiátricos continuos de larga duración, pacientes externalizables y aquéllos otros que deben ser atendidos en recursos residenciales normalizados (según diversos estudios publicados, al menos la mitad de los actuales pacientes mayores de 65 años).

Además, se deberá establecer un protocolo o guía para el seguimiento de los resultados obtenidos en la reintegración social de los pacientes externalizados en términos de alojamiento, calidad de vida, autonomía, etc. Para que el proceso tenga éxito es necesario desarrollar programas de atención a jóvenes psicóticos o con trastornos graves de la personalidad que se deberán desarrollar fundamentalmente desde los centros de salud mental, evitando el simple traslado de las prácticas tradicionales y hospitalarias a los servicios comunitarios.

La Psiquiatría de enlace, cuyo núcleo de atención es la morbilidad psíquica en pacientes con patología médica o quirúrgica, desempeñará un papel fundamental en la atención integral a los pacientes ingresados en los hospitales generales. Se configura así como la ventana de la psiquiatría al resto de especialidades médicas.

Se hace necesaria la implantación de unidades de trastorno mental grave y refractario al tratamiento. Se trata de dispositivos que permiten dar respuesta a las necesidades de atención permanente de los pacientes más graves y difícilmente rehabilitables, en los que resulta muy difícil habilitar espacios normalizados para el desarrollo de las actividades de su vida diaria, y que pueden eventualmente requerir niveles de contención superiores.

#### **Línea 4: Integración social del enfermo mental**

El Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales establecerá políticas multisectoriales con otros Departamentos con la finalidad integrar social y laboralmente a los enfermos mentales.

En el ámbito laboral, se deberá fomentar la creación y mantenimiento de centros ocupacionales, cursos de formación profesional, empresas sociales, etc., que favorezcan la incorporación social del enfermo mental. Esta actuación es de especial relevancia, ya que existe en nuestra Comunidad Autónoma un déficit importante de programas de empleo protegido; en este sentido, será necesario la implicación no sólo de las instituciones públicas en la financiación, asesoría y canalización de ayudas, sino también del sector privado, de las asociaciones de enfermos mentales y de la iniciativa social en su conjunto. Un reciente trabajo sobre necesidades sociales detectadas en personas atendidas por la red de salud mental de Navarra, señala que la mitad de los usuarios del servicio presenta dificultades en los ámbitos residencial y laboral cuantificables de la siguiente forma:

➤ Residencia asistida	23%
➤ Pisos con diverso grado de tutela	63%
➤ Atención domiciliaria	13%
➤ Centro ocupacional	27%
➤ Programas de inserción laboral y empleo protegido	72%
➤ Ocio y tiempo libre	50%
➤ Apoyo comunitario	30%

Es necesario simultáneamente promover campañas de sensibilización social y profesional que mejoren la información y el conocimiento de las dimensiones reales de la enfermedad mental, sus posibilidades de rehabilitación y el papel de la sociedad en el tratamiento y reinserción de los enfermos. Se ha de potenciar, en este sentido, el voluntariado y el asociacionismo familiar vinculados al desarrollo de actividades normalizadoras y de soporte

social, imprescindibles para la rehabilitación e inserción de los enfermos graves: grupos de autoayuda, gestión de clubes sociales, educativos y ocupacionales, de ocio y tiempo libre, etc. Impulsar la creación y desarrollo de **Fundaciones Tutelares** para la protección efectiva de los enfermos incapacitados, facilitar fórmulas financieras que rentabilicen su patrimonio y mejorar el tratamiento tributario de paciente y cuidadores.

La familia ha sido durante mucho tiempo la prestadora de cuidados sanitarios y sociales y el soporte económico del enfermo mental con escaso apoyo institucional. La enfermedad mental no sólo afecta a las posibilidades de recuperación del paciente sino a la propia familia y salud de los cuidadores. Por otro lado, la incorporación de la mujer al mundo laboral y el envejecimiento de muchos de estos cuidadores y familiares está provocando un vacío en la atención de ciertos enfermos mentales. El Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales deberá habilitar, por tanto, mecanismos para aliviar y reducir la tradicional carga y función de soporte de las familias con programas de acompañamiento, respiro o atención domiciliaria. Esta actuación se complementará con el asesoramiento, psicoeducación y formación de familiares y cuidadores, en las que los centros comunitarios de salud mental tendrán un papel fundamental.

Llevar a la práctica estos planteamientos exige desarrollar unas estructuras sólidas de coordinación en el seno de la red pública, y una política decidida de apoyo y concertación con los dispositivos y recursos de iniciativa social –esencialmente fundaciones, asociaciones y entidades sin ánimo de lucro- que operan desde hace largo tiempo en el ámbito de la salud mental aragonesa. Dicha política debe proporcionar más agilidad a la gestión, mayor sostenibilidad financiera al sistema y permitir impulsar de forma amplia, sostenida y solidaria la integración del enfermo mental en áreas no cubiertas tradicionalmente por los servicios sanitarios y sociales, especialmente en los ámbitos residencial, laboral y de ocio.

### **Línea 5: Atención prioritaria a colectivos de riesgo**

Determinados colectivos presentan mayores dificultades de accesibilidad a la atención y cuidados necesarios, lo cual supone un riesgo adicional de agravamiento de las patologías y de inicio de procesos de exclusión social. Por ello, desde el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales se prestará una atención sanitaria y social prioritaria a los siguientes colectivos:

- **Niños y adolescentes:** colectivo especialmente vulnerable, que requiere de una atención específica y cualificada. En este sentido, debe completarse la red básica de unidades de salud mental infanto-juveniles y garantizar la atención a los casos graves con dispositivos hospitalarios específicos de corta estancia, así como articular mecanismos y espacios de coordinación estables con los ámbitos judiciales, educativos y sociales en relación, sobretodo, a programas de apoyo familiar y de menores.
- **Drogodependientes y alcohólicos:** La atención a los problemas de salud derivados de la adicción a drogas y alcohol se canalizará preferentemente desde los recursos asistenciales generales. No obstante, se mantendrá una estrecha y reglada colaboración entre los actuales dispositivos específicos de atención a drogodependencias, salud mental y servicios sociales, ya que con frecuencia, estas personas desarrollan trastornos de comorbilidad psiquiátrica (dual) y psicosociales. Las actuaciones específicas en este ámbito y su

articulación con el presente plan habrán de concretarse en el Plan de Atención a las Drogodependencias en Aragón, actualmente en fase de diseño.

- **Enfermos mentales sometidos a procesos penales.** Con independencia de que la sanidad penitenciaria sea o no transferida a la Comunidad Autónoma de Aragón y se integre progresivamente en el sistema sanitario general, la atención a los problemas de salud mental de la población reclusa o de los enfermos psíquicos sometidos a reclusión, requieren un abordaje específico que deberá concretarse en programas sólidamente estructurados que implique a las instancias judicial, penitenciaria y sanitaria y que, desde los necesarios planteamientos rehabilitadores, no comprometan la funcionalidad del resto de programas y dispositivos asistenciales.
- **Ancianos.** Colectivo significativo desde el punto de vista demográfico en Aragón y muy vulnerable a la institucionalización y al padecimiento de trastornos psiquiátricos y demencias que requieren, en muchas ocasiones, específicas estrategias asistenciales y de cuidados. De cara a garantizar tanto la continuidad como la normalización de cuidados en la red sociosanitaria, es imprescindible articular adecuadamente la atención a este colectivo en el plan de Atención a la Dependencia y en el Atención a la Salud Mental; las listas de espera en este sector son una de las prioridades a abordar en los programas que se deriven de ambos planes.
- Existe además, un conjunto de situaciones clínico-asistenciales y colectivos, relevantes en número e impacto social, que no encuentran respuesta y acomodo en las estructuras asistenciales sociales o sanitarias actuales y que acumulan un riesgo creciente de exclusión: **demencias juveniles y autismos, trastornos de personalidad, psicosis refractarias**, etc., para las que se impone la habilitación de programas y dispositivos adecuados. En el caso específico de los autismos y trastornos generales del desarrollo, su abordaje esencial debe articularse desde la coordinación de las unidades de salud mental infanto-juveniles y los servicios sociales, a través de programas de atención temprana complementados con Centros de Día y ocupacionales y, en su caso, alternativas residenciales.

## **Línea 6: Sistema de información de salud mental**

Se creará un sistema de información de salud mental unificado para toda la Comunidad Autónoma que facilite los indicadores necesarios para la toma de decisiones en dos vertientes:

- **Gestión sanitaria:** ofrecerá indicadores de calidad de la asistencia, de costes por proceso, y de disponibilidad, actividad y utilización de los servicios.
- **Epidemiológica:** Impacto de la enfermedad mental en nuestra Comunidad Autónoma en términos de incidencia, prevalencia y factores de riesgo, a través de la información clínico-asistencial de los procesos atendidos.

El sistema de información debe integrar, de forma ágil y eficiente, información que permita el seguimiento continuo de los pacientes, conociendo los sucesivos contactos con los servicios de salud mental; incluyendo para ello, información epidemiológica y clínica del paciente, información relativa a la prestación recibida, e información del entorno asistencial donde la recibe, además de facilitar información útil para la gestión. Con independencia del desarrollo

progresivo de la informatización de Historias Clínicas se implantará, entre tanto, un modelo de historia unificado en soporte papel para toda la red de recursos. En el sistema se diferenciará:

- Un conjunto mínimo de datos de los usuarios que entran en contacto con los diferentes dispositivos de salud mental de un área geográfica determinada para recibir diferentes prestaciones.
- Información sobre los diferentes dispositivos de salud mental en cuanto a recursos materiales y de personal, así como los tipos de intervención.
- Información sobre la actividad asistencial de los dispositivos de salud mental.

El sistema de información garantizará la confidencialidad de la información registrada y facilitará el retorno de la información a los profesionales generadores de la misma, aportándoles datos del perfil de los usuarios atendidos, de los patrones de uso de los servicios y sus tendencias, del desarrollo y cobertura de los diferentes programas y, en definitiva, de la información necesaria para la organización interna y desarrollo interdisciplinar de los equipos (gestión de agenda, desarrollo de técnicas y grupos, seguimiento activo de pacientes, etc.). Para ello se dotará progresivamente a todos los centros y servicios de las herramientas informáticas y de la tecnología precisa (acceso a redes) para posibilitar el intercambio de información y la gestión de los recursos.

### **Línea 7: Política de calidad**

La mejora de la calidad de los centros y servicios de la red de salud mental se apoya en la responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de la organización y en el compromiso institucional del propio Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales; los equipos directivos deben ser los impulsores de una cultura de calidad y asumir la responsabilidad de su gestión en sus múltiples dimensiones: calidad científico y técnica, accesibilidad física, social y cultural, calidad percibida, etc.

En este contexto, es imprescindible incorporar la **perspectiva del usuario** en todos los niveles de la organización y diseño de servicios; perspectiva que ha sido históricamente obviada y que ha facilitado que las prioridades se orientaran fundamentalmente de acuerdo a los intereses o necesidades de profesionales, familias y otras instancias de decisión social. La orientación al usuario requiere coordinar todas las actuaciones que se realicen en los dispositivos, evitar barreras y demoras innecesarias, mejorar la información a pacientes y familiares sobre el proceso de enfermar y extender el **consentimiento informado** en todos los niveles de decisión que afecten a la vida del enfermo. Incorporar dicha perspectiva permitirá establecer las necesidades no solo en el ámbito de los cuidados de salud mental y general, sino en las de orden más claramente social y en las que tienen que ver con el papel e imagen que de la enfermedad y los enfermos mentales se ha construido socialmente tras siglos de estigma y exclusión. Establecer la figura del **responsable del paciente**, que realiza el seguimiento del mismo a través de todo su proceso asistencial resulta, a estos efectos, esencial.

Debe, en definitiva, desarrollarse un **sistema de acreditación de centros y servicios** de cualquier titularidad, que contemplará estándares de estructura, equipamiento, acceso, continuidad de la asistencia y satisfacción de los usuarios. Todos estos aspectos estarán integrados en un documento que recoja el plan de calidad de la red de salud mental.

La coordinación de los profesionales implicados, sanitarios y no sanitarios, y de los niveles asistenciales se asegurará a través de **programas y guías de actuación**, cuya elaboración corresponderá fundamentalmente a los propios profesionales y su aprobación al Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. También se desarrollarán programas específicos para la atención sanitaria y social de situaciones que por su elevada prevalencia o gravedad aconsejen una atención homogénea y global. La finalidad de estos programas es ofrecer una atención integrada y sistematizada al usuario, establecer cauces de colaboración y mecanismos de coordinación entre dispositivos, unificar criterios de actuación y funciones profesionales, facilitar su participación y, en definitiva, optimizar los recursos y servicios disponibles.

Los recursos humanos son un valor estratégico en cualquier sistema, pero en el campo de la salud mental tienen un valor añadido por el menor componente técnico e de instrumentación de las profesiones que la atienden respecto de otras especialidades; el factor relacional, la disponibilidad de tiempo y la palabra, cobran en este ámbito profesional un valor esencial. Es fundamental, por tanto, desarrollar una **política de formación continuada e investigación**, unitaria e integradora que permita, por un lado, ampliar y actualizar conocimientos y habilidades (esencialmente en el campo de la intervención psicosocial y el trabajo comunitario) y, por otro, modificar actitudes y comportamientos que faciliten el trabajo interdisciplinar y la humanización de la relación con el usuario.

Se fomentará la implicación de la Comisión de Docencia y los Equipos directivos para el establecimiento y desarrollo de los **programas de formación especializada**. Los profesionales en formación (psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermería de salud mental) son recursos fundamentales para el desarrollo de los distintos dispositivos de salud mental y para la motivación de los profesionales que trabajan en ellos, por lo que deberán ser objetos de especial consideración. Además, los diferentes dispositivos de la red de Salud Mental deberán incluirse en la oferta formativa de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y en las prácticas regladas de enfermería, trabajador social y terapeuta ocupacional.

La investigación debe considerarse como una actividad más de todo centro y servicio, cuyos objetivos y áreas de interés deberán ser útiles al desarrollo asistencial propio y general. Así, se potenciarán los estudios multicéntricos, multidisciplinarios e intersectoriales, destinando partidas presupuestarias específicas. Cobra aquí especial relevancia, de cara a mejorar la funcionalidad de la red, la coordinación entre niveles asistenciales y la satisfacción de los profesionales, revitalizar el trabajo conjunto de equipos de Atención Primaria y salud mental, tanto en la investigación aplicada a la propia demanda de los servicios como en las interconsultas o la elaboración conjunta en **guías de práctica clínica y protocolos de derivación**.

## **Línea 8: Reactivación del compromiso institucional con los profesionales**

Los profesionales de la salud mental han jugado un papel clave en el desarrollo de la reforma psiquiátrica en Aragón. El rigor en el análisis de situación de determinados recursos y prestaciones es compatible con el reconocimiento de los cambios, mejoras y logros alcanzados en todo este proceso; es imprescindible ahora, aprovechar la actual coyuntura de asunción de competencias y ordenación del sistema sanitario aragonés y recuperar, con los profesionales, un

nuevo impulso de reforma de los servicios, desde la perspectiva prioritaria del usuario y de su derecho a la protección y recuperación de la salud.

En el corto plazo, este impulso puede facilitarse y encontrar cauces adecuados con la implementación paulatina de la red de recursos que propone el Plan de Salud Mental, su dirección unificada en una nueva estructura de gestión del Servicio Aragonés de Salud y desarrollando los mecanismos e instancias de coordinación que se plantean para el denominado espacio sociosanitario.

En este sentido, es claramente necesario seguir sosteniendo los foros de discusión y consenso profesionales iniciados en torno al diseño e implementación del Plan de Salud Mental y la organización de los servicios; devolver protagonismo y cauces de participación a los profesionales en el presente y el futuro de la organización sociosanitaria en la que desarrollan su actividad. El proceso que supone la orientación comunitaria de la asistencia ha de evitar, sin embargo, la paradójica disociación entre atención psiquiátrica y atención a la salud mental, que puede propiciar el posicionamiento físico y conceptual de unos profesionales en el ámbito estricto de “lo hospitalario” y la reubicación del resto de los profesionales de la salud mental en “lo comunitario”, que podría conceptualmente reducirse a la atención al paciente grave y a la patología ligera derivada de la Atención Primaria. A estos efectos, parece recomendable incorporar sistemas de rotación de los profesionales del Áreas de Salud o sector por los diferentes dispositivos de la red, al objeto de compartir estrategias y objetivos y reducir paralelamente fenómenos crecientes de “Burn-out” entre los colectivos de trabajadores de la salud mental.

Recuperar la importancia del trabajo multi e interdisciplinar, diseñando indicadores de resultado colectivo en calidad, atención a grupos de riesgo prioritario y trabajo por programas, más que los de mera cuantificación de la actividad individual; el necesario incentivo debe materializarse no solo en aspectos económicos sino también, en los de formación continuada, docencia e investigación que, a la vez que mejoran la satisfacción y clima profesionales, son rentables a corto plazo en la propia mejora, calidad y organización interna de los servicios.

## **V. PROPUESTA DE RED DE SALUD MENTAL PARA ARAGÓN**

Los centros y servicios de titularidad pública o concertados dedicados a la atención a la salud mental integrarán la **Red de Salud Mental de Aragón**, que ofrecerá unas prestaciones adaptadas a las necesidades del enfermo, capaces de asegurar continuidad en los cuidados y respuestas individualizadas a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, descargando a la familia de la responsabilidad que corresponde a los sistemas sanitario y social. Ésta estará dotada de los recursos estructurales y humanos necesarios para realizar una atención integral e integrada del enfermo mental y la formarán una serie de dispositivos específicos y complementarios de carácter sociosanitario que garanticen el mantenimiento del enfermo en su comunidad.

En un primer nivel asistencial se encuentran los equipos de salud mental comunitarios; servicios especializados que actúan en estrecha colaboración con los de Atención Primaria, a los que han de servir de apoyo especializado y con los que han de trabajar en la detección y asistencia generales a los problemas de salud mental de su población de referencia.

Los dispositivos de hospitalización constituyen el segundo nivel de asistencia especializada. Su conexión preferente será con los centros de salud mental con los que deben coordinar no sólo el ingreso de los pacientes que lo precisen sino, fundamentalmente, el alta de los mismos.

Un tercer nivel es el de los dispositivos de rehabilitación que han de mantener continuidad asistencial con las estructuras sociosanitarias de inserción. A los dispositivos de rehabilitación se llega desde los equipos comunitarios y, eventualmente, desde las unidades de hospitalización. Se plantea de hecho un cuarto nivel, formado por aquellos dispositivos de atención continuada y residencial, destinados a las grandes minusvalías psicosociales.

### **CATÁLOGO DE DISPOSITIVOS**

En todos ellos se desarrollarán además de las actividades asistenciales, otras de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad psíquica, docencia e investigación, así como asesoramiento a otros profesionales del sistema sanitario. Desde un punto de vista funcional y de organización, los dispositivos de salud mental pueden clasificarse, muy esquemáticamente, en:

#### **SANITARIOS**

- ❖ Centros de salud mental
- ❖ Unidades de salud mental infanto-juvenil
- ❖ Unidades de hospitalización breve
- ❖ Hospitales de día
  
- ❖ Unidades especiales o monográficas (que pueden o no requerir infraestructuras propias): gerontopsiquiatría, psicosis refractarias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos límite de personalidad, etc.

## INTERMEDIOS (DE APOYO Y REHABILITADORES)

- ❖ Centros de rehabilitación psicosocial
- ❖ Unidades rehabilitadoras de media estancia
- ❖ Pisos tutelados
- ❖ Unidades residenciales específicas
- ❖ Unidades residenciales rehabilitadoras de larga estancia
  
- ❖ Equipos de gestión y seguimiento de casos

## DE INSERCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL

- ❖ Otras alternativas residenciales
- ❖ Dispositivos ocupacionales, de inserción socio-laboral y empleo protegido
- ❖ Clubes de ocio y tiempo libre, asociaciones de enfermos y familiares, etc.

Los dispositivos intermedios y de inserción y gestión social conforman, básicamente, el espacio sociosanitario en la atención a la salud mental. Con independencia de las garantías de ordenación y financiación públicas de la red de salud mental, los dispositivos sanitarios y los intermedios-rehabilitadores se inscriben esencialmente en el ámbito de la gestión pública. Los dispositivos de inserción sociolaboral, por sus necesidades, relación con otros sectores y régimen jurídico y administrativo de funcionamiento singulares, se adaptan mejor a la gestión de iniciativa social a través de políticas de concertación con entidades sin ánimo de lucro y/o fundaciones. Estas políticas irán encaminadas a garantizar la equidad, cobertura territorial y calidad en las diferentes Áreas de Salud, y en los dispositivos y programas de inserción.

## Centros de Salud Mental

Constituyen el eje asistencial de la atención a la salud mental de la población general y la articulación de todo el proceso terapéutico y de rehabilitación de los pacientes graves. Se dispondrá, por término medio, de **1 centro de salud mental por cada 50.000 habitantes**, sin superar los 100.000 habitantes.

Los pacientes atendidos en estas unidades vendrán derivados fundamentalmente de la Atención Primaria de salud y, eventualmente, del nivel especializado, el sistema educativo, la Administración de Justicia o de los servicios sociales. Los centros de salud mental deberán estar perfectamente coordinados con el resto de dispositivos sociosanitarios de salud mental, así como con los distintos niveles asistenciales. Los estándares profesionales y la organización de estos dispositivos deben asegurar tiempos de demora para consulta inferior a 1 mes para los casos no urgentes, menores de 1 semana para los preferentes y, en el caso de los urgentes, la asistencia deberá atenderse en el día.

### 1. Equipo profesional

De carácter multidisciplinar, su organización y actividades estarán coordinadas por un responsable facultativo, con su correspondiente nivel administrativo y complemento retributivo. El número de los profesionales se ajustará al volumen de población cubierta - puede o no incluir la población menor de 18 años -, a su dispersión y a los programas específicos que el equipo desarrolle. Aceptando una prevalencia de TMG del 0,6%, que el 15-20% de estos pacientes se

deriva a dispositivos específicos, y que el número máximo por profesional no debe exceder los 50 enfermos de esas características, el equipo básico contará con los siguientes profesionales por cada 100.000 habitantes:

- Psiquiatras: 3
- Psicólogos clínicos: 2
- ATS/DUE: 2
- Trabajador social: 1
- Auxiliar administrativo: 1 por centro con dedicación parcial o completa en función de las necesidades del centro
- La figura del auxiliar de enfermería sólo será necesaria en el caso de tutelar pisos o desarrollar una importante actividad domiciliaria

## 2. Población diana

Atenderá a la población adulta del sector de salud mental que le corresponda, así como a la población menor de 18 años, cuyo proceso no precise la atención en una unidad de salud mental infanto-juvenil, o la accesibilidad a la misma esté limitada. Atenderán preferentemente los problemas psiquiátricos graves y complejos derivados desde la Atención Primaria, una vez establecidas y desarrolladas las pautas de derivación y coordinación, así como los necesarios apoyos y programas formativos.

## 3. Prestaciones básicas

- ☞ Atención integral a los pacientes: psicofarmacológica, psicoterapéutica individual, de grupo o familiar, y actividades encaminadas al desarrollo de habilidades sociales.
- ☞ Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve.
- ☞ Desarrollo de programas individualizados de rehabilitación en colaboración, cuando sea preciso, con los dispositivos específicos de rehabilitación.
- ☞ Prestación de asistencia domiciliaria.
- ☞ Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias en colaboración con los servicios sociales de base.
- ☞ Apoyo y asesoramiento al equipo de Atención Primaria y a otros profesionales sanitarios de su ámbito geográfico de actuación y participación en los programas "de enlace".
- ☞ Atención a las urgencias en el horario de funcionamiento del centro de salud mental.
- ☞ Derivación de los pacientes que necesiten ingreso a las unidades de hospitalización breve o al resto de los dispositivos de la red de salud mental.
- ☞ Interconsulta psiquiátrica en los hospitales que carezcan de unidad de hospitalización breve.
- ☞ Docencia e investigación.

## Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

Se trata de un servicio diferenciado para la atención a la salud mental y la asistencia psicológica de la población menor de 18 años de edad. Se dispondrá al menos, en función de la dispersión de población y grado de accesibilidad, de **una unidad** de salud mental infanto-juvenil por cada Área de Salud.

## 1. Equipo profesional

De carácter multidisciplinar, su organización y actividades estarán coordinadas por un responsable facultativo, con su correspondiente nivel administrativo y complemento retributivo. El número de estos profesionales se ajustará al volumen de población cubierta, a las necesidades de ésta y a los programas específicos que el equipo desarrolle. El equipo, con formación específica en la infancia y adolescencia, contará como mínimo con los siguientes profesionales por cada 150.000 habitantes:

- Psiquiatra: 2
- Psicólogo clínico: 2
- ATS/DUE: 1
- Trabajador social: 1
- Auxiliar administrativo: 1 por unidad con dedicación parcial o completa en función de las necesidades del centro

La figura del trabajador social es especialmente importante en este dispositivo por su papel de enlace con diferentes instituciones educativas y sociales.

## 2. Población diana

En estas unidades se prestará asistencia a la población menor de 18 años remitida desde otras unidades de salud mental del Área de Salud, por el equipo de Atención Primaria, unidades de hospitalización en pediatría, servicios sociales, instituciones educativas o instituciones judiciales.

## 3. Prestaciones básicas

- ☞ Evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- ☞ Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve infanto-juvenil.
- ☞ Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieran.
- ☞ Apoyar y asesorar al equipo de Atención Primaria, al equipo de salud mental y a otros profesionales sanitarios de su ámbito geográfico de actuación.
- ☞ Atender las consultas urgentes en el horario de funcionamiento de la unidad de salud mental.
- ☞ Derivación de los pacientes que necesiten ingreso a la unidad de hospitalización breve infanto-juvenil.
- ☞ Interconsulta psiquiátrica en los servicios de pediatría de los hospitales que carezcan de unidad de hospitalización breve.
- ☞ Apoyo a los centros educativos y de servicios sociales.
- ☞ Docencia e investigación.

## Unidades de Hospitalización Breve

Se definen como unidades de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día) con personal especializado y con un tiempo de estancia breve. Se integrarán física y funcionalmente en los hospitales generales. Todos los hospitales generales de Área deberán disponer de una unidad de hospitalización breve. Estas unidades

estarán dotadas con **12-15 camas por 100.000** habitantes, sin sobrepasar las 30 camas o el 10% de las totales del hospital.

Atenderá a todos los pacientes remitidos desde las unidades de salud mental o atendidos en las urgencias hospitalarias y desarrollara psiquiatría de enlace con el resto de servicios. Este dispositivo estará especialmente coordinado con los centros de salud mental, a donde se derivará los pacientes dados de alta, y con el hospital de día para mantener la continuidad de los cuidados.

### **1. Equipo profesional**

La dotación de personal será adecuada a la actividad del servicio y tendrá un carácter multidisciplinar. Estará constituida por los siguientes profesionales:

- Psiquiatra: 1 por cada 7 camas
- Psicólogo clínico 1 por unidad
- ATS/DUE: 1 por cada 10 camas
- Auxiliar de enfermería: 1 por cada 5 camas
- Auxiliar administrativo: 1 por unidad

El equipo trabajará coordinadamente con los trabajadores sociales del hospital o dispondrá de uno propio si las dimensiones de la unidad lo justifican. En principio, el psicólogo atenderá tanto la unidad de hospitalización breve como el hospital de día que esté vinculado a esta unidad. No obstante, se dispondrá de psicólogos propios en las unidades de hospitalización breve que por su la actividad y demanda así lo requieran.

### **2. Población diana**

Este recurso estará destinado al ingreso de pacientes cuando los beneficios terapéuticos que se esperan obtener sean superiores a los previsibles mediante intervenciones realizadas en el entorno social y familiar. La duración de la hospitalización obedecerá a criterios clínicos, aunque no es aconsejable que sea superior a los 14 -21 días. La hospitalización psiquiátrica se realizará exclusivamente siguiendo criterios médicos y respetando las normas establecidas en el Código Civil.

### **3. Prestaciones básicas**

- ☞ Tratamiento de los pacientes ingresados (biológico, psicofarmacológico y psicoterapéutico).
- ☞ Psiquiatría de enlace en el hospital y con los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental.
- ☞ Atención a las urgencias psiquiátricas hospitalarias.
- ☞ Docencia e investigación.

Por otro lado, los Hospitales Miguel Servet y Clínico Universitario dispondrán de unidades específicas de Psicopatología y Psiquiatría de enlace dotas de suficiente personal para atender las demandas de los pacientes con patología médica o quirúrgica ingresados. Así, se requerirá de los siguientes profesionales:

- Psiquiatra: 2 por hospital

- ATS/DUE: 2 por hospital

Los profesionales de esta unidad podrán requerir la colaboración y apoyo del psicólogo clínico de la unidad de hospitalización breve, así como la del trabajador social de esta última o del propio hospital.

La población diana de esta unidad serán todos aquellos pacientes adultos ingresados por un problema médico quirúrgico que presenten comorbilidad psiquiátrica o pacientes con un proceso de somatización grave.

## **Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil**

Estará destinada exclusivamente a pacientes menores de 18 años, evitando así el contacto con otros pacientes adultos, y será atendida por personal especializado al objeto de mejorar el resultado de las intervenciones. Se establecerá **una única unidad** de hospitalización breve infanto-juvenil **para la Comunidad** Autónoma de Aragón, ubicada en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Esta unidad estará dotada con **8-10 camas** y la infraestructura necesaria para el desarrollo de funciones complementarias de hospital de día. La población menor de 15 años que requiera hospitalización breve será ingresada en las unidades de pediatría.

### **1. Equipo profesional**

El equipo de profesionales estará constituido por los mismos profesionales que en el resto de las unidades de hospitalización breve con la característica de que el personal de este dispositivo estará especializado en la atención de la salud mental de los niños y jóvenes.

- Psiquiatra: 1
- Psicólogo clínico: 1
- ATS/DUE: 1
- Auxiliar de enfermería: 2

El personal administrativo y el trabajador social podrá estar compartido con el de la unidad de hospitalización breve para adultos.

### **2. Población diana**

Atenderá a la población menor de 18 años de edad y mayor de 14 años que requiera hospitalización a consecuencia de un trastorno mental grave.

### **3. Prestaciones básicas**

- ☞ Tratamiento de los pacientes ingresados (biológico, psicofarmacológico y psicoterapéutico).
- ☞ Hospitalización parcial.
- ☞ Atención psiquiátrica de interconsultas de pediatría.
- ☞ Apoyo a los profesionales del equipo de salud mental tanto general como infanto-juvenil.
- ☞ Docencia e investigación.

## Hospitales de Día

Se trata de unidades de hospitalización parcial y por tanto constituyen, en primer lugar, una alternativa al internamiento psiquiátrico; en ellos se llevan a cabo abordajes terapéuticos más intensos y continuados que los que realiza el equipo de salud mental ambulatorio y está destinado a pacientes graves. Se evita, con este dispositivo, la separación del paciente de su familia y de la sociedad. Constituyen, además, un recurso necesario para el tratamiento específico de aquellos pacientes que, dados de alta en las unidades de hospitalización breve, requieren un período de adaptación al medio externo. Son dispositivos con finalidad esencialmente terapéutica. Se dispondrá de **un hospital de día por cada Área de Salud dotado de 8-10 plazas por cada 100.000.**

Los usuarios no tendrán acceso directo a este dispositivo, ya que su indicación corresponde a los profesionales de la unidad de salud mental o de las unidades de hospitalización breve, tras la correspondiente valoración médica y social de cada paciente; por tanto, los profesionales de los hospitales de día deberán trabajar coordinadamente con el resto de profesionales de la red.

### 1. *Equipo profesional*

Deberá disponer de un equipo específico de profesionales que trabajen a través de programas orientados a la atención de patologías prevalentes. Estará constituido por los siguientes profesionales por cada 20 pacientes:

- Psiquiatra: 1
- Psicólogo clínico: 1
- ATS/DUE: 1
- Trabajador social: 1 (con dedicación parcial)
- Auxiliar de enfermería: 2
- Auxiliar administrativo: 1 (con dedicación parcial o completa en función de las necesidades del dispositivo)

Podrá recibir el apoyo de terapeuta ocupacional desde otros recursos de la Red de Salud Mental. El psicólogo de este dispositivo prestará asistencia a los pacientes de la unidad de hospitalización breve salvo que el volumen de actividad haga necesario la disponibilidad de personal específico para cada unidad

### 2. *Población diana*

Este dispositivo está destinado a pacientes graves que hayan perdido temporalmente la capacidad de desarrollar vida autónoma, con la consiguiente tendencia hacia una situación de cronicidad definitiva. El periodo terapéutico finalizará al restaurar las posibilidades de una vida aceptable dentro de la comunidad, continuando su proceso de recuperación en la unidad de salud mental.

### 3. *Prestaciones básicas*

- ↳ Tratamiento (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico y de psicoeducación familiar).

- ☞ Programas y actividades de rehabilitación individualizadas.
- ☞ Docencia e investigación.

## **Equipos de Gestión y Seguimiento de Casos**

La figura de los gestores de caso - equipos sociosanitarios de valoración, en terminología del Plan de Atención a la Dependencia- y sus programas de seguimiento, son instrumentos eficaces para garantizar un control continuado y a largo plazo de la evolución de los enfermos mentales graves que presentan graves dificultades para ser atendidos mediante el seguimiento convencional en los centros de salud mental. Como estrategia - experimentada sobre todo en el ámbito anglosajón- ha demostrado reducciones notables en el número de hospitalizaciones y su duración, así como en la mejora de la calidad de vida y satisfacción de los enfermos mentales graves y sus familias. Con un perfil más vinculado funcionalmente al apoyo al enfermo y la familia en su entorno domiciliario que al de clasificación de pacientes, guiando al paciente en su deambular continuo por la red asistencial.

El **Programa de seguimiento de casos** incluirá aspectos como el apoyo domiciliario, el abordaje de los problemas sociales y familiares derivados de la enfermedad, seguimiento de tuteladas e información sobre situaciones personales y tratamientos, automedicación y autocuidado, alimentación, habilidades domésticas, seguridad, manejo de dinero o utilización de servicios. La eficacia aumenta si estos programas de seguimiento se centran en objetivos concretos y limitados y aunque no pretenden sustituir el trabajo de los dispositivos ambulatorios de salud mental, pueden desarrollar algunas funciones asistenciales, de defensa del enfermo y de enlace entre recursos.

La localización de los equipos será preferentemente en los centros asistenciales comunitarios y estarán vinculados directamente a las gerencias que se prevén en el nuevo organigrama funcional del Servicio Aragonés de Salud. Deberán tener una disponibilidad asistencial suficientemente amplia, ya que son básicos para evitar la pérdida de casos y para la atención de los pacientes más desarraigados socialmente. El equipo de gestión de casos debe funcionar de forma coordinada sobre un grupo de enfermos - censo de pacientes graves- para los que serán referentes estables y continuados; es decir, con función de "encargados de caso". La dotación de cada equipo dependerá de la población a atender y extensión del territorio, de los recursos existentes en la zona y de la intensidad de las funciones asignadas (soporte y enlace a clínico-asistencial).

En el presente Plan se prevé **1 equipo de gestión y seguimiento de casos por cada Área de Salud o Gerencia de Sector**, con una plantilla básica (adaptable a las características demográficas y de dispersión) de:

- |                           |       |
|---------------------------|-------|
| ▪ ATS-DUE:                | 1 - 2 |
| ▪ Trabajador social:      | 1     |
| ▪ Auxiliar de enfermería: | 1 - 2 |

El equipo de gestión y seguimiento de casos dependerá administrativamente del Coordinador de Salud Mental que se establezca en cada Área de Salud o Gerencia de Sector y funcionalmente del responsable clínico del paciente.

## Centros de Rehabilitación Psicosocial

Los centros de rehabilitación psicosocial (también conocidos como centros de día) son dispositivos ambulatorios cuya función fundamental es la rehabilitación activa y reinserción social y que tienen orientación claramente comunitaria. Son recursos básicos destinados a recuperar o mantener habilidades sociales, evitar internamientos y mantener al usuario en su medio sociofamiliar. Este dispositivo deberá estar perfectamente coordinado y trabajar en colaboración con la unidad de salud mental y las unidades de media estancia, pues se trata de una estructura reguladora entre los servicios básicos y los dispositivos hospitalarios de rehabilitación.

Se dispondrá de **50 plazas por cada 150.000 habitantes**. Además, se tenderá a que su capacidad no sea superior a 40 plazas ni inferior a 20. Los programas psicoterapéuticos y de rehabilitación deben tener un tiempo limitado de desarrollo y permitir la rotación eficiente de pacientes.

### 1. Equipo profesional

Deberá disponer de un equipo específico de profesionales de carácter multidisciplinar y su organización y actividades estarán coordinadas por un responsable facultativo con su correspondiente nivel administrativo y complemento retributivo. La plantilla estará compuesta, en un centro tipo de 40 plazas, como mínimo por:

- Psiquiatra: 1
- Psicólogo clínico: 1
- ATS/DUE: 1
- Trabajador social: 1
- Terapeuta ocupacional: 1
- Monitores de educación especial: 2
- Auxiliar administrativo: 1 por centro con dedicación parcial o completa en función de las necesidades del centro

### 2. Población diana

Este recurso está destinado a pacientes graves entre 18 y 65 años con un importante deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, pero estabilizados y con un cierto grado de autonomía. Los pacientes sólo podrán ser remitidos desde las unidades de salud mental o desde las unidades de media estancia.

### 3. Prestaciones básicas

- ☞ Tratamientos psicoterapéuticos intensivos.
- ☞ Programas individualizados de rehabilitación.
- ☞ Terapia ocupacional.
- ☞ Psicoeducación.
- ☞ Actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.
- ☞ Apoyo a las familias.
- ☞ Docencia e investigación.

Cada persona atendida en un centro de día seguirá un plan individualizado de rehabilitación. Al margen de las actividades ocupacionales o de preparación al mundo laboral, la reinserción laboral no es una competencia estricta de los centros de día ya que, en general, se lleva a cabo en otros dispositivos específicos como los Centros Especiales de Empleo.

Se dispondrá en Zaragoza de **un centro de rehabilitación psicosocial infanto-juvenil** que atienda las necesidades de este grupo de edad y que incluya la realización de programas conjuntos con la red de servicios sociales y educativos. Estará dotado del siguiente equipo profesional:

- Psiquiatra o psicólogo clínico: 1
- ATS/DUE: 1
- Trabajador social: 1 (con dedicación parcial)
- Terapeuta ocupacional: 1
- Educadores/Monitores de educación especial: 1
- Auxiliar administrativo: 1 (con dedicación parcial)

### **Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia**

La unidad de media estancia, también denominada de rehabilitación hospitalaria, es un centro de internamiento dotado de equipos y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y especialmente destinada a la rehabilitación del paciente. Se trata, por lo tanto, de unidades de hospitalización activa con una estancia máxima de los pacientes de 6 a 12 meses. Esta actividad de rehabilitación debe realizarse, en la medida de lo posible, en el marco de la comunidad de referencia para evitar el alejamiento del paciente de su entorno sociofamiliar.

En cada Área de Salud se establecerá una unidad de media estancia con capacidad para la atención a un mínimo de **20-30 pacientes** y un máximo de 40 enfermos por módulo. Se dispondrá de **12 camas por cada 100.000** habitantes. Es importante de cara a la efectividad de los programas rehabilitadores y al logro de una rotación eficiente de pacientes, que estas unidades cuenten con una red anexa de **pisos tutelados**.

Estos dispositivos mantendrán una vinculación muy estrecha con las unidades de salud mental, cuyos profesionales realizarán el seguimiento de estos pacientes tras el alta, con los centros de día y con los recursos sociosanitarios de su Área de Salud. Los pacientes o usuarios no acceden directamente a este recurso ya que los ingresos se producen exclusivamente por indicación de una comisión técnica de ingresos.

#### **1. Equipo profesional**

Se requiere de personal cualificado en el tratamiento y rehabilitación de este tipo de pacientes. El personal mínimo por módulo de 20 camas será:

- Psiquiatras: 2 (uno de ellos con funciones de coordinador)
- Psicólogo clínico: 1
- ATS/DUE: 2
- Trabajador social: 1 (con dedicación parcial)

- Terapeuta ocupacional: 1
- Auxiliar de enfermería: 2
- Auxiliar administrativo: 1
- Otros: monitores, personal de oficios y mantenimiento, etc.

## **2. Población diana**

Estas unidades están destinadas a la atención de pacientes con trastornos mentales graves que por su patología (no responde al tratamiento ambulatorio) y problemática psicosocial requieren una hospitalización psiquiátrica que no puede realizarse en las unidades de hospitalización breve bien por motivos estructurales (el paciente psiquiátrico no es un paciente encamado y requiere amplios espacios) o por la necesidad de un abordaje de rehabilitación intensivo.

## **3. Prestaciones básicas**

- ☞ Intervención terapéutica integral e intensiva.
- ☞ Programas individualizados de rehabilitación.
- ☞ Apoyo a las familias.
- ☞ Terapia ocupacional.
- ☞ Docencia e investigación.

## **4. Estructura física**

La unidad de media estancia está constituida por uno o varios módulos, en función de las diversas actividades y programas que desarrolla y que, en todo caso, incluye módulos terapéuticos, ocupacionales, de entrenamiento en actividades de la vida diaria, convivencia y ocio.

## **Unidades Residenciales-Rehabilitadoras de Larga Estancia**

Serán los dispositivos resultantes de la transformación de las antiguas estructuras manicomiales de los hospitales psiquiátricos. Tras un proceso inicial de externalización, limitado por la disponibilidad real de la red social, se trata por un lado, de dignificar las condiciones de vida del importante colectivo de actuales internos transformando radicalmente las características hosteleras de los dispositivos y por otra, dotar a los mismos de los recursos necesarios para llevar a cabo programas terapéuticos y rehabilitadores en régimen de larga estancia, evitar situaciones de abandono y/o marginación y mejorar o mantener las capacidades de los residentes, en consonancia con la condición de centros sociosanitarios de estos dispositivos.

Es decir, se trata de diferenciar dentro de los dispositivos, unidades de rehabilitación activa de media y larga estancia para pacientes con edades inferiores a los 65 años y unidades residenciales asistidas para los de mayor edad no externalizables. Podrán disponer complementariamente de programas o unidades de atención a colectivos específicos: gerontopsiquiatría, dementes con trastorno de conducta grave, psicosis refractarias, pacientes judiciales, etc., es decir, adaptados a las necesidades de la población ingresada.

Se estima que, a largo plazo, sólo serán necesarias **15-20 plazas** en unidades de larga estancia **por cada 100.000** habitantes. Este recurso tenderá progresivamente a no concentrar un gran número de camas, entre 40 y 70 por centro. Se dispondrá de una unidad residencial-rehabilitadora en Huesca y Teruel y 2 en Zaragoza. A medida que se desarrollen nuevas estructuras asistenciales y residenciales para el enfermo mental grave, estas plazas desaparecerán como sanitarias.

### **1. Equipo profesional**

Las necesidades de recursos humanos por cada 40 camas son:

- Psiquiatra: 1
- Psicólogo clínico: 1
- ATS/DUE: 5
- Trabajador social: 1 (con dedicación parcial)
- Terapeuta ocupacional: 1
- Auxiliar de enfermería: 8
- Auxiliar administrativo: 1
- Otros: monitores, personal de oficios y mantenimiento, etc.

### **2. Población diana**

Este dispositivo está destinado a la atención de enfermos mentales graves en régimen de larga estancia y que presentan grandes dificultades de adaptación a su entorno, en concreto para pacientes que tras años de estancia en un hospital psiquiátrico resulta difícil su inserción en la comunidad, con edades, en general, inferiores a los 65 años. La derivación a esta unidad responderá a un criterio clínico apoyado en un adecuado informe psico-social.

### **3. Prestaciones básicas**

- ☞ Actividades médicas y psiquiátricas de apoyo.
- ☞ Terapia ocupacional.
- ☞ Actividades básicas de rehabilitación.
- ☞ Actividades de tiempo libre, ocio y convivencia.

### **Alternativas Residenciales**

Se desarrollarán alternativas a la institucionalización psiquiátrica tradicional adecuadas al grado de autonomía de los usuarios y cuya función predominante será la prestación de un servicio social básico como es el residencial. En la medida en que las características de los usuarios les permitan una convivencia normalizada, serán candidatos a las prestaciones y plazas residenciales de la red del Instituto Aragonés Servicios Sociales; sólo si las necesidades de supervisión psiquiátrica son altas o los trastornos de conducta impiden la convivencia, serán tributarios de la red de salud mental. Se dispondrá de las siguientes alternativas:

### **Miniresidencias o "Casas-Hogar"**

Se trata de un servicio residencial abierto y flexible que recibe el apoyo y supervisión de la unidad de salud mental. La estancia en este dispositivo podrá ser temporal o definitiva. Este recurso estará destinado fundamentalmente a nuevos enfermos mentales graves que presentan una autonomía reducida, que precisan atención prolongada y continuada y que tienen una edad inferior a 65 años. La capacidad de las mismas no debe superar las 25 plazas.

### **Viviendas o pisos tutelados**

Está destinado a usuarios dotados de alguna autonomía personal y con ciertas habilidades sociales en régimen de convivencia grupal, reducida a 3 ó 4 personas y no más de 6, que requieren una supervisión externa por parte del equipo de salud mental, fundamentalmente a través de personal ATS/DUE o auxiliares de clínica. Este dispositivo es uno de los mejores medios para integrar en la comunidad a pacientes sin familia o cuando ésta no resulta apta. Por otra parte, es un dispositivo muchas veces imprescindible tras el alta en las unidades rehabilitadoras de media estancia, para dar continuidad a los programas intensivos antes de la integración comunitaria definitiva y cuando, por la situación psicosocial del enfermo, aquélla no es posible a corto plazo.

### **Pisos sociales protegidos**

Dispositivo puramente social, que facilita la incorporación a la sociedad de las personas con problemas de salud mental plenamente capacitadas para llevar una vida independiente, si se les proporcionan los recursos necesarios. Estos pacientes serán derivados desde las unidades de salud mental en colaboración con los servicios sociales. Los pacientes que accedan a este recurso deberán estar cuidadosamente seleccionados y haber tenido una preparación adecuada con programas específicos.

### **Pisos propios**

Pacientes que poseen vivienda propia, bien porque han formado su propia familia o porque han fallecido sus cuidadores habituales, generalmente los padres. Actualmente este tipo de recurso está poco utilizado al no existir programas de apoyo tanto desde el punto de vista asistencial (programas sociales de atención domiciliaria) como de ayudas económicas.

### **Otras opciones**

En algunas ocasiones y dependiendo de las características de los pacientes se podrá optar por pensiones concertadas supervisadas, alojamiento incentivado en familias, etc. La atención psiquiátrica de las personas usuarias de estos recursos asistenciales se hará en la red general de asistencia sanitaria con la intervención de las unidades de salud mental y centros de día.

A medida que se desarrollen estos recursos residenciales se producirá la progresiva desaparición de las unidades de larga estancia. En conjunto, estos recursos deben proporcionar una capacidad de 10-15 plazas por cada 100.000 habitantes, siempre lo más próximas posibles a las necesidades y entorno comunitario de los usuarios.

## **Dispositivos de Inserción Socio-Laboral**

La integración laboral es un componente fundamental para incrementar la autonomía y autoestima del paciente, su independencia y, en definitiva, su integración en la sociedad. Las actividades de reinserción laboral iniciadas en los centros de rehabilitación psicosocial y unidades rehabilitadoras de media estancia deberán continuarse con una formación ocupacional específica y con el acceso al empleo en empresas en las que se puedan integrar los enfermos mentales. Las asociaciones de familiares deberán tener el protagonismo adecuado en los dispositivos que fomenten la reinserción social y laboral del enfermo mental.

### **Clubes sociales**

Dentro de los programas y servicios del Centro de rehabilitación psicosocial o independientemente de los mismos, se habilitarán **Clubes Sociales o psicosociales**, que atiendan las necesidades de ocio y convivencia de los enfermos y las familias. Desarrollarán programas que tienen como misión fomentar la integración social del enfermo mental, a través de la utilización del ocio y tiempo libre y establecer una serie de actividades de orden recreativo, cultural y deportivo.

De esta manera se pretende recuperar hábitos sociales perdidos fomentando las relaciones personales y la autoestima a través del estímulo a la expresión y creatividad. Gestionados frecuentemente por asociaciones de enfermos y familiares, se deberá contar, al menos, con **1 centro por Área de Salud**.

### **Centros ocupacionales**

Son espacios terapéuticos que se establecen a través de actividades grupales de recreo, cultura, aprendizaje o para-laborales. Los objetivos básicos son la recuperación o el mantenimiento de habilidades y normas de convivencia y comunicación en grupo. El equipo técnico está formado por trabajador social a tiempo parcial, psicólogo-psicoterapeuta, terapeuta ocupacional y monitor. El **Taller-escuela o prelaboral** es un espacio de formación que sirve de puente entre el Centro Ocupacional y el Centro Especial de Empleo. Su función es el aprendizaje o recuperación de una actividad laboral dirigida hacia la futura autonomía profesional. En este sentido, dentro de las experiencias prácticas y eficaces conocidas destacan la encuadernación, artes gráficas, costura, peluquería y jardinería, entre otros. Estos talleres que cuentan con maquinaria más o menos compleja, deberán estar dirigidos por profesionales especializados bajo la supervisión del equipo asistencial.

Estos dispositivos pueden desarrollar su actividad como estructuras separadas o integradas en los programas de otros dispositivos de rehabilitación: Centros de rehabilitación psicosocial, Unidades rehabilitadoras de media estancia, Unidades residenciales-rehabilitadoras de larga estancia, etc. Su disponibilidad será de **40 plazas por cada 100.000 habitantes**.

### **Centros Especiales de Empleo**

Orientado hacia aquellos pacientes que han conseguido una rehabilitación y un aprendizaje suficientes para facilitarle la integración laboral. Funcionan bajo criterios de producción y rentabilidad empresarial y deben tender a la autofinanciación a través de los

apoyos y recursos de la comunidad en que se instalan y la colaboración de diversas empresas publicas o privadas. Las empresas de trabajo protegido constituyen el último eslabón en la reinserción laboral y, en ellas, la supervisión del equipo terapéutico es mucho menos intensa y directa.

Se estiman unas necesidades de entre **10 y 20 plazas por 100.000** habitantes y una rotación de hasta 50 enfermos anuales.

## **Unidades Monográficas o Especiales**

### **Unidad gerontopsiquiátrica**

Estas unidades están destinadas a aquellos pacientes que presentan, tras largos periodos de institucionalización, déficits psicosociales que exigen cuidados continuos y que se acompañan de un alto grado de incapacidad, en edades superiores a los 65 años. Es importante de cara a la racionalización y efectividad de los recursos y a la normalización de cuidados, discriminar entre pacientes mayores que requieren cuidados psiquiátricos específicos de aquellos otros susceptibles de cuidados normalizados en otros dispositivos residenciales asistidos de la red social o sociosanitaria. El gran peso de la atención a estos pacientes recae en el personal de enfermería y auxiliar de psiquiatría y se debe contar asimismo con dotación adecuada de profesionales de fisioterapia.

En la actualidad existen dos unidades en Zaragoza con 85 plazas totales, dependientes del Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar y dedicadas monográficamente a este colectivo de pacientes. Sin embargo, la gerontopsiquiatría constituye una parte muy sustancial de la actividad y consumo de recursos humanos en los 5 dispositivos de larga estancia actualmente existentes en Aragón, en los que se han ido diferenciando espacios físicos y funcionales para la atención a este tipo de residentes.

### **Unidad de trastornos de la conducta alimentaria**

Estudios multicéntricos recientes en el ámbito español indican que un 4% de las mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años sufren algún tipo de trastorno alimentario, como la anorexia y la bulimia y el 20% de los jóvenes están en riesgo de padecerla; se trata de enfermedades culturales que emergen junto a los trastornos de personalidad del adolescente y que tienen en la actualidad una trascendencia social e impacto familiar relevantes.

En la actualidad existen dos unidades en Aragón, una en el Hospital Royo Villanova y otra en el Hospital Clínico Universitario, ambas en régimen de hospital de día; el Hospital Royo Villanova dispone también de camas específicas (3) en su Unidad de hospitalización breve. Recientemente, el Servicio de Psiquiatría del Hospital General San Jorge de Huesca se ha incorporado también al desarrollo de programas y actividades en este ámbito.

### **Unidad de trastorno grave refractario**

Se trata de un dispositivo que permite dar respuesta a las necesidades de atención de los pacientes psiquiátricos más graves y difícilmente rehabilitables, en los que no es posible habilitar

espacios normalizados para el desarrollo de actividades de la vida diaria, y en los que se hacen necesarios, temporalmente, mayores niveles de contención y seguridad.

Sus indicaciones pueden ser diversas, incluyendo deficientes mentales con graves trastornos de conducta, pacientes psicóticos - crisis esquizofrénicas o bipolares- graves y refractarios al tratamiento o determinados pacientes procedentes de ordenes de ingreso judicial, etc. Esta unidad sería de **referencia regional** con una capacidad de **15-20 plazas**.

### **Unidad de trastornos de la personalidad**

Las diversas manifestaciones de los trastornos de personalidad constituyen una patología emergente que está presente en aproximadamente la mitad de los pacientes ingresados en las unidades de corta estancia y en un 10-15% de los atendidos en los centros de salud mental, sin que la red convencional de recursos pueda dar una respuesta adecuada a las conductas desadaptadas de este tipo de pacientes y a su entorno sociofamiliar, rápidamente desbordado. La atención en una unidad específica comporta una serie de beneficios importantes como son la adecuada atención a los mismos, una mejor perspectiva de éxito terapéutico y una manifiesta descongestión de los centros de Salud mental y unidades de agudos que los atienden en sus habituales demandas urgentes - tentativas suicidas, conductas desadaptadas, etc.-

La unidad supone un recurso de aproximadamente **10-12 camas** donde se ingresarían pacientes remitidos por los diversos recursos de la Comunidad Autónoma. Se aplica, en régimen de ingreso cerrado durante aproximadamente dos meses, un protocolo de "inmersión terapéutica" de carácter dinámico, cognitivo, farmacológico, reeducacional, social y de apoyo familiar. Una vez superada la etapa de ingreso, el paciente pasa a régimen abierto en un dispositivo - tipo centro de rehabilitación psicosocial- durante un periodo de 9 meses, donde se continua el seguimiento familiar, social y rehabilitador.

## **MAPA DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN**

La organización territorial de los centros y servicios de salud mental se ha realizado respetando la actual delimitación territorial establecida en el Decreto 130/1986 por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como en los respectivos decretos que lo modifican (Mapa 1).

La unidad territorial de referencia la constituye el Área de Salud que representa el ámbito en torno al cual se organiza y determina las actividades de planificación y gestión. Está constituida por varios sectores de salud mental, unidad territorial funcional, que a su vez comprende varias zonas de salud (Mapa 2). La demarcación geográfica de los sectores de salud mental se ha establecido siguiendo criterios demográficos, de accesibilidad y de eficiencia en la prestación de servicios. No obstante, esta situación está sujeta, en relación con la ordenación de recursos sanitarios, a la que finalmente resulte tras el proceso de transferencias iniciado y, sobre todo, al desarrollo del nuevo proyecto de estructuración administrativa y territorial del Servicio Aragonés de Salud.

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

## Dispositivos de sector

- ❖ Centros de salud mental

**Dispositivos de Área de Salud y/o provinciales.** Las Área de Salud reunirán todos los recursos y servicios sanitarios y sociales necesarios para ofrecer una atención integrada e integral del paciente. Por lo tanto, dispondrán de los siguientes dispositivos:

- ❖ Unidad de salud mental infanto-juvenil
- ❖ Unidad de hospitalización breve
- ❖ Hospital de día
- ❖ Unidad rehabilitadora de media estancia
- ❖ Centros de rehabilitación psicosocial
- ❖ Miniresidencia
- ❖ Viviendas tuteladas y protegidas
  
- ❖ Unidad residencial-rehabilitadora de larga estancia
- ❖ Unidad de gerontopsiquiatría
- ❖ Dispositivos de Inserción Laboral

**Dispositivos regionales.** Los siguientes dispositivos tendrán carácter de unidades de referencia regionales y son:

- ❖ Unidad de hospitalización breve infanto-juvenil
- ❖ Unidades especiales o monográficas

## **ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL**

### **Organización administrativa**

Corresponde al Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales la función de autoridad sanitaria y el papel coordinador y gestor de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociales a través de sus organismos. Las funciones de planificación y evaluación de los recursos y actividades corresponderán a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento. También dependerá de esta dirección la autorización, acreditación y registro y el desarrollo de los sistemas de información de centros y servicios específicos de salud mental y asistencia psiquiátrica.

Por otro lado, el Servicio Aragonés de Salud plantea su estructura de gestión sobre la base de un modelo matricial que facilita tanto la continuidad de cuidados y coordinación de la atención como la disminución de los costes de transacción entre áreas sanitarias, niveles asistenciales y servicios. Se diferencian 4 Direcciones de Línea - Atención Primaria, A. Especializada, Salud Mental y Drogodependencias y Atención Sociosanitaria- y 8 Gerencias de Sector responsables de la gestión coordinada de los servicios de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Atención Sociosanitaria en su ámbito territorial.

Un solo equipo directivo será responsable de la provisión de todos los cuidados que pueda precisar el asegurado. La disminución de los costes de transacción se obtiene compartiendo costes administrativos y prestando servicios no asistenciales (lavandería, compras, etc.) para todo el sector gestionado por un mismo equipo. Para asegurar la calidad asistencial en sus distintas líneas funcionales y la continuidad de los cuidados se incorporan 2 nuevas figuras al personal directivo del Gerente del Servicio Aragonés de Salud: el Director de Línea y el Gerente de Sector.

Finalmente, corresponde al Instituto Aragonés de Servicios Sociales la dirección, gestión y dependencia administrativa de los centros y servicios sociales, incluidas las distintas alternativas residenciales, de reinserción socio-laboral (junto al Instituto Aragonés de Empleo) y las ayudas y prestaciones sociales generales y especializadas que se establezcan con motivo de la actual reforma de la salud mental en Aragón.

### **Organización funcional**

La gestión de los centros y servicios sanitarios destinados a la salud mental y dependientes del Gobierno de Aragón, corresponderá al Servicio Aragonés de Salud a través de las Gerencias de Sector. El desarrollo e impulso de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental corresponderá a la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias.

El **contrato de gestión clínico-asistencial** se utilizará como instrumento general para llevar a la práctica los objetivos del presente plan y mejorar la organización; para la implicación y participación de los profesionales en la gestión, concreción de prestaciones y descentralización de la toma de decisiones. El contrato se establecerá por consenso con los profesionales de la red de salud mental y formalizado por los responsables de las distintas Gerencias, para lo cual se deben valorar aspectos de organización, de recursos y de población. Así, los profesionales de cada dispositivo se guiarán en su labor asistencial por unos objetivos y una asignación presupuestaria, con capacidad de decisión en el cumplimiento de los mismos. El contrato de gestión clínica se ha mostrado como el mejor instrumento para modernización de la organización.

Se establecerá una **cartera de servicios** para cada dispositivo, con el catálogo de prestaciones mínimo y homologado para todos los centros y servicios que integren la red de salud mental. Estos servicios se establecerán en función de las necesidades de la población y de la prioridad de la política sanitaria, sustentándolos en criterios científicos y técnicos y con la participación de los profesionales. Independientemente, cada dispositivo podrá ampliarlo en función de sus recursos, necesidades y características de la población cubierta y de sus posibilidades operativas, lo que implicará un presupuesto singularizado en función de la oferta específica y una capacidad progresivamente mayor de gestión descentralizada de ese presupuesto. Se trata así de garantizar por un lado, los derechos de los ciudadanos en su contacto con los dispositivos de la red de salud mental, la homogeneización de las prestaciones y su accesibilidad, y por otro, desarrollar elementos de gestión incentivos que favorezcan la participación y motivación profesionales.

## **Instrumentos de coordinación**

Parece evidente que el desarrollo de un servicio sociosanitario de atención a la salud mental, con una red diversificada de recursos de diversa titularidad que asuma la continuidad de cuidados del enfermo y una amplia plantilla multidisciplinar de profesionales, exige estructuras sólidas de coordinación que aseguren la prestación de los servicios y la efectividad global del sistema. En este sentido, la coordinación debe abarcar dimensiones técnicas y profesionales, de gestión de servicios y estratégicas.

En el ámbito técnico y científico es necesario recuperar y apoyar institucionalmente espacios de trabajo interprofesional para la organización, evaluación y formación que den cohesión e impulso al proceso de reforma en curso. El desarrollo de un plan autonómico de formación continuada en salud mental, la coordinación del trabajo de las comisiones de docencia y, asimismo, mantener el trabajo permanente de los grupos de expertos en los sucesivos programas que se incorporen al Plan de Salud Mental, pueden ser elementos de gran potencialidad.

Desde el punto de vista de la organización funcional y gestión administrativa de los servicios, la coordinación en salud mental se realizará a través de las siguientes estructuras:

### **1. Dirección de Salud Mental y Drogodependencias**

Fruto de la reforma administrativa en la estructura del Servicio Aragonés de Salud, es la encargada del desarrollo estratégico del Servicio y asesora a la Dirección de Coordinación Asistencial y al Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud en lo tocante a la implementación del Plan de Salud Mental y a los modelos de organización necesarios en su desarrollo. Armonizará los contenidos de los contratos-programa entre las Gerencias de Sector y elaborará los informes que sobre aspectos concretos de seguimiento de objetivos le solicite el Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, garantizando el que se sea operativo en cada territorio a través del trabajo cooperativo con las mencionadas Gerencias de Sector.

Le corresponde fijar las normas técnicas para el desarrollo de programas y los criterios y estándares operativos de los dispositivos de la red pública, así como impulsar las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental. Supervisará y apoyará, asimismo, la actividad de las comisiones técnicas de ámbito regional y el cumplimiento de estándares de calidad en los dispositivos y servicios sociosanitarios gestionados por las fundaciones y entidades de iniciativa social en las diversas Áreas de Salud. En definitiva, la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias tiene como cometido esencial la coordinación general de la red de dispositivos y programas, de forma que se garantice tanto la equidad en el acceso como el cumplimiento armónico de los estándares de calidad en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

### **2. Gerencias de Sector del Servicio Aragonés de Salud**

Tras la culminación del proceso de transferencias sanitarias, serán las responsables directas de la gestión de servicios y prestaciones en cada sector establecido (para las Direcciones de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Atención Sociosanitaria) en las que habrá de garantizar la atención a la salud mental, la continuidad de

cuidados y los programas de integración social de los enfermos, así como la coordinación interinstitucional en su ámbito territorial. Asimismo, elaborará el anteproyecto de presupuesto y se responsabilizará del cumplimiento del mismo y de la cartera de servicios establecidos en el contrato de gestión con la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud.

### **3. Coordinador de Salud Mental**

Cada Área de Salud dispondrá de un técnico superior cualificado responsable del desarrollo de los programas y de la coordinación asistencial de los dispositivos de salud mental, así como con el resto de servicios necesarios para una atención integral del enfermo mental. En función del volumen y complejidad de la red de recursos de cada Área, el Coordinador de salud mental estará adscrito a la misma en régimen de dedicación plena, o se le asignarán estas funciones a alguno de los directores o responsables de dispositivos del Área, en régimen de dedicación parcial, con la oportuna minoración de su habitual responsabilidad y carga asistencial.

Será responsable, asimismo, de tramitar el acceso de usuarios a los centros y servicios fuera del sector cuando la asistencia así lo precise. En estrecha relación funcional con la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias, se apoyará para su misión en las comisiones técnicas formadas por los directivos o responsables de los dispositivos asistenciales que de cada programa prioritario pudieran establecerse y que incluirán, progresivamente, las Comisiones de Rehabilitación Psicosocial, Atención Infanto-juvenil, Atención Psicogeriátrica, etc. Las funciones del Coordinador serán:

- ☞ Garantizar que se cumplan las directrices técnicas y de gestión establecidas, respectivamente, por la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias y por la Gerencia de Sector para el desarrollo del Plan de Salud Mental en su demarcación territorial.
- ☞ Analizar necesidades y proponer las intervenciones y recursos necesarios para llevar a cabo los programas.
- ☞ Consensuar, de acuerdo con la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias, los protocolos de procedimiento y criterios de derivación entre los dispositivos.
- ☞ Evaluar con los responsables implicados, el funcionamiento interno de cada dispositivo.
- ☞ Supervisar la derivación de pacientes entre los mismos y las listas de espera.
- ☞ Informar a la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias de los programas en marcha.
- ☞ Realizar acciones encaminadas a favorecer el asociacionismo de usuarios y familiares en colaboración con entidades y asociaciones locales.
- ☞ Promover programas y acciones de sensibilización orientadas a la no estigmatización y educación del enfermo mental y de prevención de la enfermedad mental en la población de referencia.

### **4. Comisiones Técnicas**

Las **Comisiones de Rehabilitación Psicosocial** son órganos técnicos de apoyo a los Gerentes y responsables de salud mental de cada sector y de coordinación entre centros de salud mental, recursos específicos de rehabilitación y dispositivos de reinserción laboral y comunitaria en el Área. Estarán integradas por responsables de los diversos dispositivos implicados, gestores de caso y coordinadores de salud mental y garantizarán que las derivaciones entre dispositivos y los ingresos y listas de espera de los mismos, se realicen de

acuerdo a las directrices y protocolos establecidas desde la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias; servirá, asimismo, de foro de evaluación y seguimiento de los programas.

Para el internamiento y derivación a dispositivos de referencia de Área de Salud o autonómica, se mantendrá una **Comisión de Ingresos Psiquiátricos** que decidirá, tras la valoración individualizada de los casos, qué pacientes son susceptibles de ingreso en dichos dispositivos de internamiento o residenciales, sus condiciones y prioridad. La Comisión estará presidida por el Director de Salud Mental y Drogodependencias. En todo caso, es previsible que, en la medida que se vaya ampliando y completando la red de dispositivos y la protocolización de las derivaciones, la Comisión de Ingresos vaya perdiendo contenido y utilidad.

## **5. Comité Asesor en Salud Mental**

Vinculado, en la forma que se determine, al Consejo de Salud de Aragón que establece la reciente Ley de Salud, estará constituido por los Directores de Salud Mental y Atención Sociosanitaria, un representante cualificado del Instituto Aragonés de Servicios Sociales y de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento, los Gerentes de Sector del Servicio Aragonés de Salud, representantes de las Sociedades Científicas y Asociaciones de familiares y enfermos mentales y, así mismo, representantes de los Departamentos y Administración del Estado que tengan implicaciones en el ámbito de la salud mental. Su misión será la supervisión del correcto funcionamiento de los recursos sanitarios y sociales y velar por el desarrollo armónico del Plan de Salud Mental en Aragón. Sus principales funciones:

- ☞ Promover la integración funcional y el óptimo aprovechamiento de los recursos.
- ☞ Proponer la puesta en marcha de programas específicos.
- ☞ Evaluar la organización y rendimiento de los recursos y hacer el seguimiento de los conciertos y convenios con fundaciones y entidades de iniciativa social.
- ☞ Proponer la puesta en marcha de dispositivos laborales, residenciales y de apoyo comunitario acordes con las necesidades detectadas.

## **6. Otros instrumentos de coordinación**

Finalmente, desde el punto de vista estratégico, que incorpora aspectos relevantes de política sanitaria en el sector, la coordinación se refuerza con el desarrollo de una serie de propuestas administrativas y asistenciales como son las **Unidades de Valoración Sociosanitarias** del Plan de Atención a la Dependencia, los **Equipos y Programas de gestión y seguimiento de casos** y la **Fundación Tutelar**.



## **VI. ACTUACIONES PRIORITARIAS**

### **REGULACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL**

Plantea la necesidad de desarrollar normativa que regule la organización, estructura y funcionamiento de los centros y servicios de salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón al objeto de conformar la red unificada. Esta legislación será la base para la acreditación de los distintos dispositivos y para garantizar niveles adecuados de calidad.

Por otro lado, se precisa regular las estructuras de coordinación, su composición, funciones y régimen de funcionamiento. Debe también confeccionarse un mapa de recursos de salud mental en Aragón como base de racionalización de los mismos y de ordenación en el territorio, es decir, definir la sectorización de los diversos servicios asistenciales. En el mapa se estructurarán los niveles progresivos de atención a la salud mental y se fijarán los servicios de referencia, de titularidad pública, concertados o gestionados a través de fundaciones, tanto regionales como de área o sector.

### **ADECUACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS**

Se especifican los nuevos recursos estructurales, humanos y organizativos con que deberá dotarse la red de salud mental de Aragón. Para ello, se han valorado los recursos disponibles y se ha comparado con los estándares óptimos definidos en el catálogo de centros y servicios de la Red de Salud Mental. Los criterios seguidos, en estrecha relación con las líneas estratégicas del Plan, han sido:

- Potenciar y completar los dispositivos de atención a los problemas de salud mental de la población general y alta frecuentación: centros de salud mental, dispositivos específicos de atención infanto-juvenil y unidades de hospitalización breve.
- Reforma y habilitación de los tradicionales dispositivos de larga estancia para dotarlos de contenido y función rehabilitadora y procurar la dignificación y mejora de la calidad de vida de los actuales internos.
- Potenciar los dispositivos de rehabilitación y reinserción social.
- Desarrollo de dispositivos destinados a las patologías mentales que presentan mayor carga social y sufrimiento humano.
- Reducir inequidades y desequilibrios territoriales en relación con los recursos y su accesibilidad.

El desarrollo del Plan de Salud Mental, en su vertiente de inversión en infraestructuras, contempla 2 fases: una inicial, ya abordada, de transformación de los antiguos hospitales psiquiátricos y su habilitación como complejos de salud mental con dispositivos rehabilitadores y residenciales, y una segunda donde se completará o reforzará la red de recursos sanitarios y se ampliarán los dispositivos de inserción sociolaboral, por iniciativa pública o a través de acciones concertadas. Finalmente, tal como se describe en el Cronograma de Actuaciones (cap. VII), el plan incluye también una serie de programas de gestión complementarios.

## Centros de Salud Mental

### 1. Organización

- ☞ Se tenderá a integrar físicamente todos los centros de salud mental en los centros de salud con la finalidad de facilitar la cooperación con el equipo de Atención Primaria y los servicios sociales de base y acercar la atención sanitaria al ciudadano.
- ☞ Reestructuración de las zonas básicas de salud asignadas al centro de salud mental de Delicias que comprendería: Delicias Sur, Delicias Norte, Bombarda, Oliver, y Miralbueno con una población total de 87.681 habitantes.
- ☞ Reestructuración de las zonas básicas de salud asignadas al centro de salud mental del Hospital Clínico Universitario que comprendería: Casetas, Utebo, Alagón, Cariñena, Herrera de los Navarros, María de Huerva, Universitas y Valdefierro, La Almunia y Épila con una población total de 86.540 habitantes.
- ☞ Reestructuración de las zonas básicas de salud asignadas al centro de salud mental de Alcañiz que cubriría, además de las actuales, la asistencia a las zonas de Caspe, Maella y Mequinenza (anteriormente dependientes del Hospital Provincial Ntra. Sra. de Gracia) con una población total de 72.810 habitantes.
- ☞ Reestructuración de las zonas básicas de salud asignadas al centro de salud mental de ACTUR Sur que comprendería: ACTUR Sur, Arrabal y Avda. Cataluña con una población aproximada de 71.364 habitantes.
- ☞ Reestructuración de las zonas básicas de salud asignadas al ACTUR Oeste que comprendería: Luna, Zuera, Zalfonada, ACTUR Norte y ACTUR Oeste con una población aproximada de 55.250 habitantes.
- ☞ Reestructuración de las zonas básicas de salud asignadas al centro de salud mental del Hospital Provincial Ntra. Sra. de Gracia que incluiría las zonas de Villamayor, Santa Isabel, Bujaraloz, Alfajarín, Independencia, Fuentes de Ebro, Sástago, Belchite y Azuara con una población de 62.145 habitantes.
- ☞ Desaparición de la actual consulta del Hospital Royo Villanova una vez que haya sido reasignada a otros centros de salud mental.
- ☞ El actual trabajador social del Hospital Clínico Universitario se destinará en exclusiva al centro de salud mental y el de ACTUR Sur a la atención de adultos.

En función de la población y zonas de salud que finalmente se asigne al Hospital Provincial Ntra. Sra. de Gracia, previsiblemente vinculado al Hospital Royo Villanova y, por lo tanto, al Área de Salud V, la anterior reestructuración puede sufrir modificaciones parciales.

### 2. Recursos estructurales

- ❖ Creación, por razones de accesibilidad y falta de recurso asistencial, de un **centro de salud mental en Tarazona-Borja** (Área de Salud III) que prestará asistencia a la población de las zonas de salud de Tarazona, Borja y Gallur y abarcaría una población de 32.891 habitantes.
- ❖ Creación del **centro de salud mental** en la zona de salud **ACTUR Oeste** que permitirá desdoblarse el centro actual en ACTUR Sur y aliviar la carga asistencial debido al crecimiento de población en esta Área de Salud.

### 3. Recursos humanos

- Completar los estándares profesionales de psiquiatras: 2
  - Área de Salud III: 0,5 en Calatayud<sup>1</sup> y 0,5 en el futuro centro de Borja
  - Área de Salud IV: 0,5 en Teruel<sup>1</sup> y 0,5 en Alcañiz<sup>1</sup>

- Completar los estándares profesionales de psicólogos clínicos: **4,5**
  - Área de Salud I: 0,5 en Monzón
  - Área de Salud III: 0,5 en Delicias<sup>2</sup>, 1,5 en Hospital Clínico Universitario y 0,5 en el futuro centro de Borja
  - Área de Salud IV: 0,5 en Teruel<sup>1</sup> y 0,5 en Alcañiz<sup>1</sup>
  - Área de Salud V: 1 en el futuro centro ACTUR Oeste<sup>3</sup>
- Completar los estándares profesionales de ATS/DUE: **4,5**
  - Área de Salud I: 0,5 en Perpetuo Socorro
  - Área de Salud III: 0,5 en Hospital Clínico Universitario, 0,5 en Delicias<sup>2</sup> y 0,5 en el futuro centro de Borja
  - Área de Salud IV: 0,5 en Teruel<sup>1</sup> y 0,5 en Alcañiz<sup>1</sup>
  - Área de Salud V: 0,5 en ACTUR Sur<sup>3</sup> y 1 en el futuro centro de ACTUR Oeste<sup>3</sup>
- Completar los estándares profesionales de trabajadores sociales: **9**
  - Área de Salud I: 1 compartido entre los centros de Pirineos y Jaca, 1 compartido entre los centros de Barbastro y Monzón
  - Área de Salud II: 0,5 en todos los centros excepto en el Hospital Ntra. Sra. de Gracia
  - Área de Salud III: 0,5 en Calatayud y 0,5 en el futuro centro de Borja
  - Área de Salud IV: 1 en Teruel<sup>1</sup> y 1 en Alcañiz<sup>1</sup>
  - Área de Salud V: 0,5 en ACTUR Oeste
- Completar los estándares profesionales de auxiliares administrativos: **5,5**
  - Área de Salud I: 0,5 en Perpetuo Socorro
  - Área de Salud II: 0,5 en San José Norte
  - Área de Salud III: 0,5 en Calatayud y 0,5 en el futuro centro de Borja
  - Área de Salud IV: 1 en Teruel y 1 en Alcañiz
  - Área de Salud V: 1 en ACTUR Sur y 0,5 en el futuro de ACTUR Oeste

## Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

### 2. Recursos estructurales

- ❖ Crear una unidad de salud mental infanto-juvenil en Huesca capital.

### 3. Recursos humanos

- Completar los estándares profesionales de psiquiatras: **7**
  - Área de Salud I: 2
  - Área de Salud II: 3<sup>4</sup>
  - Área de Salud III: 1
  - Área de Salud IV: 1<sup>1</sup>
- Completar los estándares profesionales de psicólogos clínicos: **10**
  - Área de Salud I: 2
  - Área de Salud II: 2<sup>4</sup>
  - Área de Salud III: 4
  - Área de Salud IV: 1<sup>1</sup>
  - Área de Salud V: 1
- Completar los estándares profesionales de ATS/DUE: **4**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II: 1<sup>4</sup>
  - Área de Salud III: 2

- Completar los estándares profesionales de trabajadores sociales: **6**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II: 2
  - Área de Salud III: 1 compartido para salud mental infanto-juvenil ambulatoria y de hospitalización
  - Área de Salud IV: 1
  - Área de Salud V: 1
- Completar los estándares profesionales de auxiliares administrativos: **2**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud IV: 1

## Unidades de Hospitalización Breve

### 1. Organización

- ☞ El Hospital San Jorge (Huesca) y el Hospital Obispo Polanco (Teruel) deberán disponer de psiquiatra de guardia para atender las urgencias psiquiátricas que se presenten o sean derivadas desde otro dispositivo.
- ☞ En el momento en que ésta esté operativa la unidad de hospitalización breve en el Hospital Obispo Polanco desaparecerá la unidad establecida actualmente en el Hospital Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios.
- ☞ Reducir el número de camas de la unidad del Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia a 18.
- ☞ El auxiliar administrativo del Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia cubrirá las necesidades administrativas de todas las unidades de salud mental: ambulatoria y hospitalaria.
- ☞ Los psicólogos especificados en los hospitales de día atenderán también las unidades de hospitalización breve, salvo la ubicada en el Hospital Clínico Universitario que, dado el volumen de camas, dispondrá de un psicólogo clínico específico para esta unidad.
- ☞ La unidad de hospitalización breve del Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia darán cobertura a la unidad de hospitalización breve del Hospital Miguel Servet.

### 2. Recursos estructurales

- ❖ Crear en el Hospital **Obispo Polanco de Teruel** una unidad de hospitalización breve dotada con **12-14 camas**.

### 3. Recursos humanos

- Completar los estándares profesionales de psiquiatras: **3**
  - Área de Salud II: 1 para la unidad de psicósomática y psiquiatría de enlace
  - Área de Salud IV: 2 en la futura ubicación en el Hospital Obispo Polanco
- Completar los estándares profesionales de psicólogos clínicos: **1**
  - Área de Salud III: 1
- Completar los estándares profesionales de ATS/DUE: **4**
  - Área de Salud II: 1 para la unidad de psicósomática y psiquiatría de enlace
  - Área de Salud III: 1 para la unidad de psicósomática y psiquiatría de enlace
  - Área de Salud IV: 2 en la futura ubicación en Hospital Obispo Polanco
- Completar los estándares profesionales de auxiliares administrativos: **2**
  - Área de Salud IV: 1 en la futura ubicación en el Hospital Obispo Polanco
  - Área de Salud V: 1 en el Hospital Royo Villanova

- Completar los estándares profesionales de auxiliares de enfermería: **6**
  - Área de Salud II: 3 para el Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia
  - Área de Salud IV: 3 en la futura ubicación en Hospital Obispo Polanco

## Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil

### 1. Organización

- ☞ El personal administrativo se compartirá con el de la unidad de hospitalización breve para adultos
- ☞ El trabajador social de la unidad de salud mental infanto-juvenil prestará apoyo a esta unidad.

### 2. Recursos estructurales

- ❖ Crear una unidad de **hospitalización breve infanto-juvenil en el Hospital Clínico Universitario** dotada de **8 a 10 camas**.

### 3. Recursos humanos:

- Psiquiatra:
- Psicólogo clínico:

**1**  
**1**

## Hospitales de Día

### 1. Organización

- ☞ Este dispositivo se tenderá a vincularlo funcionalmente con las unidades de hospitalización breve.
- ☞ Un psiquiatra de la unidad de hospitalización breve los Hospitales Miguel Servet y Royo Villanova se destinará a los hospitales de día respectivos.
- ☞ Los psicólogos especificados en los hospitales de día atenderán también las unidades de hospitalización breve, salvo la ubicada en el Hospital Clínico Universitario que, dado el volumen de camas, dispondrá de un psicólogo clínico específico para esta unidad.

### 2. Recursos estructurales

- ❖ Dotar al hospital de día de **Huesca** de una capacidad para la atención a **10 pacientes**.
- ❖ Establecer un hospital de día en el Hospital **Miguel Servet** con capacidad para la atención de **15 pacientes**.
- ❖ Establecer un hospital de día en el Hospital **Clínico Universitario** con capacidad para la atención de **15 pacientes**.
- ❖ Establecer un hospital de día en el **Área de Salud IV** con capacidad para la atención de **6-8 pacientes**, ubicada en el Hospital Obispo Polanco o en terrenos del Hospital Psiquiátrico tras su remodelación.
- ❖ Establecer un hospital de día en el **Área de Salud V** (en el Hospital Royo Villanova o en el Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia tras la ubicación definitiva del Servicio de Psiquiatría) con capacidad para la atención de **10 pacientes**.

### 3. Recursos humanos

- Necesidades de psiquiatras: **1,5**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud IV: 0,5

- Necesidades de psicólogos clínicos: **3,5**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II: 1
  - Área de Salud III: 1
  - Área de Salud IV: 0,5
- Necesidades de profesionales de ATS/DUE: **2**
  - Área de Salud II: 1
  - Área de Salud III: 1

## Equipos de Gestión y Seguimiento de Casos

### 1. Organización

- ☞ Se creará al menos un equipo por cada Área de Salud.

### 3. Recursos humanos

- Dotación de ATS/DUE: **6,5**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II: 2
  - Área de Salud III: 1,5
  - Área de Salud IV: 1
  - Área de Salud V: 1
- Dotación de trabajadores sociales: **6,5**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II: 2
  - Área de Salud III: 1,5
  - Área de Salud IV: 1
  - Área de Salud V: 1
- Dotación de auxiliares de enfermería: **6,5**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II: 2
  - Área de Salud III: 1,5
  - Área de Salud IV: 1
  - Área de Salud V: 1

## Centros de Rehabilitación Psicosocial

### 1. Organización

- ☞ Asignar al Centro de día de Monzón la población de adscrita a los centros de salud mental de Barbastro y de Monzón: 97.088 habitantes.

### 2. Recursos estructurales

- ❖ Crear un centro en **Monzón** con capacidad para prestar asistencia a **25 pacientes**.
- ❖ Crear un centro en el **Área de Salud II** dotado con capacidad para prestar asistencia a **40 pacientes**.
- ❖ Crear un centro en Zaragoza capital destinado al **Área de Salud III** con capacidad para prestar asistencia a **30 pacientes**.
- ❖ Crear un centro en **Teruel** dotado con capacidad para prestar asistencia a **25 pacientes**.

- ❖ Crear un centro en el **Área de Salud V** dotado con capacidad para prestar asistencia a **40 pacientes**<sup>3</sup>.
- ❖ Crear un centro **infanto-juvenil en Zaragoza** para dar cobertura a pacientes menores de 18 años del ámbito urbano y periurbano de la ciudad **20-25 pacientes**.

### 3. Recursos humanos

- Completar los estándares profesionales de psiquiatras: **4**
  - Área de Salud I: 0,5 en el futuro centro de Monzón
  - Área de Salud II: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud III: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud IV: 0,5 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud V: 1 para el centro de nueva creación propuesto
- Completar los estándares profesionales de psicólogos clínicos: **5**
  - Área de Salud I: 0,5 para el centro de nueva creación propuesto en Monzón
  - Área de Salud II: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud III: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud IV: 0,5 para el centro de Teruel
  - Área de Salud V: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Infanto-juvenil: 1 para el centro infanto-juvenil propuesto
- Completar los estándares profesionales de ATS/DUE: **5**
  - Área de Salud I: 0,5 para el centro de nueva creación propuesto en Monzón
  - Área de Salud II: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud III: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud IV: 0,5 para el centro de Teruel propuesto
  - Área de Salud V: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Infanto-juvenil: 1 para el centro infanto-juvenil propuesto
- Completar los estándares profesionales de trabajadores sociales: **4**
  - Área de Salud I: 0,5 para el centro de nueva creación propuesto en Monzón
  - Área de Salud II: 1 para el centro de nueva creación propuesto y 0,5 para el centro de día Romareda
  - Área de Salud III: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud IV: 0,5 para el centro de Teruel
  - Área de Salud V: 1 para el centro de nueva creación propuesto
- Completar los estándares profesionales de terapeutas ocupacionales: **4**
  - Área de Salud I: 0,5 para el centro de nueva creación propuesto en Monzón
  - Área de Salud II: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud III: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud IV: 0,5 para el centro de Teruel
  - Área de Salud V: 1 para el centro de nueva creación propuesto
- Completar los estándares profesionales de auxiliares administrativos: **4,5**
  - Área de Salud I: 0,5 para el centro de nueva creación propuesto en Monzón
  - Área de Salud II: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud III: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Área de Salud IV: 0,5 para el centro de Teruel
  - Área de Salud V: 1 para el centro de nueva creación propuesto
  - Infanto-juvenil: 0,5 para el centro infanto-juvenil propuesto
- Dotar de monitores de educación especial: **8,5**
  - Área de Salud I: 1 para el centro de nueva creación propuesto en Monzón

- Área de Salud II: 2 para el centro de nueva creación propuesto
- Área de Salud III: 1,5 para el centro de nueva creación propuesto
- Área de Salud IV: 1 para el centro de Teruel
- Área de Salud V: 2 para el centro de nueva creación propuesto
- Infanto-juvenil: 1 para el centro infanto-juvenil propuesto

## Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia

### 1. Organización

- ☞ Las unidades de media estancia se establecerán en las antiguas dependencias de los hospitales psiquiátricos tras la reestructuración de los edificios en unidades rehabilitadoras de media estancia y en unidades residenciales-rehabilitadoras de larga estancia, tal como se ha realizado en el Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. del Pilar.
- ☞ La actual plantilla de los hospitales psiquiátricos se distribuirá funcionalmente de acuerdo a las necesidades de las unidades rehabilitadoras de media estancia, unidades de larga estancia y unidades residenciales.

### 2. Recursos estructurales

- ❖ Crear una unidad de media estancia en el **Área de Salud I de 20 plazas.**
- ❖ Crear una unidad de media estancia en el **Área de Salud IV de 20 plazas.**

### 3. Recursos humanos

- Completar los estándares profesionales de psicólogos clínicos: **3**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II y III: 1
  - Área de Salud IV: 1
- Completar los estándares profesionales de ATS/DUE: **4**
  - Área de Salud I: 2
  - Área de Salud IV: 2
- Completar los estándares profesionales de terapeutas ocupacionales: **3**
  - Área de Salud I: 1
  - Área de Salud II y III: 1
  - Área de Salud IV: 1

## Unidades Residenciales-Rehabilitadoras de Larga Estancia

### 1. Organización

- ☞ Estas unidades constituirán módulos independientes dentro del propio hospital con personal específico para las mismas.
- ☞ La actual plantilla de los hospitales psiquiátricos se distribuirá funcionalmente de acuerdo a las necesidades de las unidades rehabilitadoras de media estancia, unidades de larga estancia y unidades residenciales.

### 2. Recursos estructurales

A estos efectos, se está actualmente desarrollando en las diferentes Áreas de Salud inversiones en remodelación y adaptación funcional de los tradicionales dispositivos psiquiátricos de larga estancia. Se diferenciarán áreas funcionales de rehabilitación activa y prolongada para

menores de 65 años y áreas residenciales y psicogerítricas para los colectivos de mayor edad no externalizables.

- ❖ Creación de una unidad en **Huesca** en las dependencias del anterior Centro de Rehabilitación en Salud mental: **70 plazas** de rehabilitación y **25 residenciales específicas**.
- ❖ Creación de 2 unidades en **Zaragoza**: una en las dependencias del Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar (**70 de rehabilitación** y **25 residenciales**, respectivamente) y otra en el Centro Asistencial Psiquiátrico de **Sádaba** (**35 plazas**).
- ❖ Creación de una unidad en **Teruel** en las dependencias del anterior Hospital Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios, de **75 plazas de rehabilitación** y **70 residenciales específicas**.

### 3. Recursos humanos

Las plantillas procederán de los antiguos hospitales psiquiátricos con adecuados refuerzos en algunos profesionales –terapeutas ocupacionales, personal auxiliar, etc.-.

## Unidades Gerontopsiquiátricas

### 1. Organización

- ☞ El número de plazas destinado a cada una de estas unidades será establecido tras la valoración clínica y social de las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos.
- ☞ Estos dispositivos constituirán módulos independientes dentro de las unidades residenciales-rehabilitadoras.

### 2. Recursos estructurales

Se mantendrán las actuales 84 plazas y se incrementará, como se indicaba en el anterior apartado, las siguientes:

- ❖ Creación de una unidad en **Huesca** en las dependencias de la Unidad residencial-rehabilitadora tras la remodelación del Centro de Rehabilitación en Salud Mental (**25 plazas**).
- ❖ Creación de una unidad en **Teruel** en las dependencias de la Unidad residencial-rehabilitadora tras la remodelación (**70 plazas**).

## Unidad de Trastornos de la Personalidad

Planteada como unidad de referencia regional de **10 camas** se podría habilitar en dependencias del Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, dada la experiencia de su equipo asistencial, aprovechando el traslado de todo el Servicio de Psiquiatría al denominado Bloque III del hospital. La inversión económica en infraestructuras sería reducida ya que entra dentro de la adaptación general de ese edificio como recurso psiquiátrico polivalente, sin descartar la posibilidad de reservar unas camas para adolescentes con este tipo de trastornos que sean susceptibles de aplicárseles las medidas terapéuticas previstas en la actual Ley del Menor. Como se adelantó en la descripción del catálogo de dispositivos, la Unidad contempla una intervención en 2 fases: una de inmersión terapéutica de 2 meses en régimen de hospitalización en unidad de agudos y una segunda de 9 meses en centro de rehabilitación psicosocial.

La atención de hospitalización será llevada a cabo por **1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 2 ATS/DUE, 2 auxiliares de clínica y 1 trabajador social**, aprovechando total o parcialmente la

plantilla del Servicio y la redistribución funcional de sus actuales camas de hospitalización: 18 para la Unidad de hospitalización breve y 10 para la de Trastornos de la Personalidad.

### **Unidad de Trastornos Graves Refractarios**

Recurso dirigido a la atención de los pacientes más graves, resistentes a los tratamientos habituales, con dificultades de rehabilitación y que pueden requerir temporalmente niveles altos de contención y seguridad. La unidad sería de **referencia regional** con una capacidad de **15-20 plazas**.

Deberá dotarse de **1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 2 ATS/DUE, 1 terapeuta ocupacional y 4 auxiliares de clínica**. Con las necesarias adaptaciones estructurales, la unidad podría habilitarse en las nuevas dependencias de las unidades residenciales-rehabilitadoras del Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. del Pilar o del Centro Psiquiátrico de Sádaba.

### **Miniresidencias**

Tras la remodelación de los hospitales psiquiátricos en Unidades residenciales-rehabilitadoras, estos dispositivos vienen a completar la oferta de plazas residenciales de la red. La implantación plena del plan de la salud mental, la evolución sociodemográfica de la población de la Comunidad Autónoma y la experiencia adquirida en el medio plazo, permitirán valorar las necesidades futuras de este recurso y su adecuada ubicación en el territorio. En un principio, se establecerán la siguiente dotación de plazas:

- ❖ **Área de Salud II:** una miniresidencia en Zaragoza dotada de **25 plazas**
- ❖ **Área de Salud III:** una miniresidencia en Zaragoza dotada de **25 plazas**

### **Pisos Tutelados y Protegidos**

#### **1. Organización**

Está en función de la intensidad de cuidados y del nivel de supervisión y apoyo terapéutico de cada recurso y enfermo y, en este sentido, su gestión se lleva a cabo desde los diferentes recursos asistenciales (Centros de salud mental, Unidades rehabilitadoras de media y larga estancia, Centros de rehabilitación psicosocial, Equipos de gestión de casos) o, en su caso, por las entidades de iniciativa social, a través de programas de apoyo residencial que ejecuten y evalúen los objetivos terapéuticos individuales en cada paciente. Es imprescindible que dentro de las unidades asistenciales exista personal asignado a la planificación, seguimiento y supervisión de los programas residenciales, en unos casos con dedicación exclusiva y en otros dedicando parte de su jornada laboral.

#### **2. Recursos estructurales:**

Desde la perspectiva de cubrir progresivamente una ratio global de 10 plazas por cada 100.000 habitantes se deberán habilitar:

- ❖ Área de Salud I: 20 plazas en pisos
- ❖ Área de Salud II: 35 plazas en pisos
- ❖ Área de Salud III: 30 plazas en pisos
- ❖ Área de Salud IV: 16 plazas en pisos
- ❖ Área de Salud V: 20 plazas en pisos

## **Clubes Psicosociales y Centros Ocupacionales y de Empleo**

Se deberá completar la oferta de plazas actualmente existente de forma que exista, al menos, **1 club social por cada Área de Salud**, desde el que se planificarán los programas y actividades de ocio y tiempo libre a los colectivos de referencia y una disponibilidad de plazas ocupacionales y de empleo protegido próxima a las **40 por 100.000 habitantes**. Su gestión será llevada a cabo esencialmente desde la iniciativa social con el apoyo técnico, organizativo y financiero del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

## **DESARROLLO DE PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD MENTAL**

Se establecen en este Plan una serie de programas prioritarios, que no pretenden ser un listado cerrado, ya que habrán de adaptarse a la detección de nuevos problemas de salud o a variaciones en la estructura y dinámica de la población o los servicios.

- **Programa de centros de salud mental y apoyo a los equipos de Atención Primaria.**
- **Programa de rehabilitación.**
- **Programa de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil.**
- **Protocolo de cuidados de enfermería en salud mental.**
- **Programa de psiquiatría de enlace.**
  
- Programa de atención a la patología dual.
- Programa de atención a pacientes gerontopsiquiátricos.
- Programa de atención y seguimiento de pacientes con trastorno mental grave.
- Programas de hospitalización breve.
- Protocolo de atención en crisis y urgencia psiquiátrica.
- Programa de atención al alcoholismo y otras drogodependencias.
- Programa de atención a pacientes sometidos a procesos penales.
- Programa de promoción y protección de la salud mental.
- Programas de soporte comunitario a personas con enfermedad mental crónica que deberá incluir aspectos relacionados con: alojamiento y atención residencial, apoyo social y prestaciones económicas, autoayuda y apoyo mutuo, educación y apoyo a las familias, protección legal y defensa, etc.

El primer bloque de programas ha constituido el núcleo del trabajo desarrollado en 2000 y 2001 por los grupos de expertos convocados por el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, entre un amplio colectivo de profesionales representativos de cada ámbito de actividad en salud mental de todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, al objeto de orientar y asesorar la redacción del presente Plan en sus aspectos específicos. Con independencia de los textos definitivos de cada programa, que constituyen la documentación de apoyo al Plan, se incorporan aquí en los correspondientes anexos, las fichas-resumen estructuradas de cada programa con los contenidos esenciales de los mismos.

## **ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL**

Se plantean tres objetivos:

- Creación de un sistema de clasificación de usuarios con la finalidad de agrupar a los pacientes en categorías homogéneas desde el punto de vista clínico y de utilización de recursos. El sistema permite identificar procesos asistenciales y analizar servicios.
- Creación de un sistema de información de recursos, actividad y carteras de servicios, clínica y epidemiológica y de gestión económica y asistencial.
- Elaboración de un plan de informatización de los dispositivos en salud mental integrado en el de la red de asistencia sanitaria general.

El sistema integrado de información debe aglutinar los componentes útiles de los sistemas actualmente utilizados en las diferentes unidades de la red y, por otra parte, ser capaz de responder a los requerimientos de vigilancia epidemiológica y de la evolución de procesos e intervenciones sobre pacientes atendidos en cualquier centro de la red, de tal forma que permita realizar su seguimiento durante el tiempo que requiera su atención. Lleva implícito, por un lado, el diseño y desarrollo paralelos de una única plataforma informática y de acceso a la Intranet y, por otro, la valoración y posible adaptación de aplicaciones informáticas que están siendo utilizadas en redes de salud mental de otras Comunidades Autónomas como el proyecto PISTA, COSMOSALUD, y otros.

Dada la importancia cualitativa de este proyecto concreto y las dificultades y esfuerzo necesario para su mantenimiento operativo en el tiempo por parte de los profesionales que lo manejarán, su diseño final deberá concretarse y acordarse ampliamente con éstos para armonizar adecuadamente requerimientos con prestaciones y dar satisfacción a las necesidades de todos los niveles del sistema. Es decir, deberá utilizarse una metodología similar a la del resto de programas prioritarios y dar cabida al análisis y propuestas de expertos representativos de todas las disciplinas y niveles de gestión.

## **DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD**

Incluirá unas normas de acreditación y certificación para los distintos centros y servicios de la red de salud mental como medida básica para garantizar niveles aceptables de calidad tanto para los dispositivos públicos como para los concertados. El plan de calidad permitirá calificar a cada servicio en función de unas normas científicas y técnicas y establecer la efectividad de los programas asistenciales.

- Revisión de las normas de acreditación existentes para los dispositivos y centros de salud mental.
- Establecer un calendario de prioridades de acreditación.
- Elaborar la normativa de acreditación para la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Acreditar los dispositivos para la rotación de médicos, psicólogos y ATS/DUE durante su periodo de residencia.
- Alcanzar acuerdos con los Comités de Docencia de los diferentes hospitales con formación acreditada.

Asimismo, habrá de impulsarse la investigación dentro de una política global de los servicios de salud y sociosanitarios:

- Creación de una comisión para la investigación.
- Favorecer la provisión de fondos para la investigación.
- Impartir cursos de metodología de la investigación y establecer convenios de colaboración con centros y equipos de investigación de reconocido prestigio.

## **ELABORACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA**

Se establecerá un plan de formación continuada único e integrado para todos los profesionales de la red de salud mental. En un contexto general de mejora de calidad y desarrollo de líneas de incentivar profesional, la formación continuada deberá responder a las necesidades específicas de formación y mantenimiento actualizado de conocimientos y habilidades de los profesionales y contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y al desarrollo de las directrices estratégicas del Plan de Salud Mental.

El plan de formación incluirá también los dispositivos de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias -112/061- y, especialmente, los equipos de Atención Primaria, con actividades formativas dirigidas a la capacitación en técnicas de aproximación al paciente y adquisición de conocimientos y habilidades en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías mentales "menos graves" de alta prevalencia y demanda, la detección de los trastornos de la conducta alimentaria, la urgencia psiquiátrica y el abordaje inicial de las drogodependencias. La colaboración entre niveles asistenciales se potenciará a través del desarrollo conjunto de guías de práctica clínica y de actuación. El programa formativo deberá contemplar también actividades dirigidas a los profesionales de los servicios sociales vinculados al entorno del enfermo mental y sus servicios de apoyo, así como al colectivo de familiares y cuidadores.

En relación con la formación continuada de los profesionales de salud mental, se asignará un número mínimo de horas de formación computables a efectos de jornada laboral, que deberá incluir, al menos, actividades formativas dirigidas a la salud mental infanto-juvenil y la gerontopsiquiatría, el alcoholismo y otras drogodependencias y la rehabilitación psicosocial. La orientación comunitaria y el énfasis en el seguimiento del enfermo mental grave y las actividades de rehabilitación exigen priorizar y desarrollar actividades dirigidas a la capacitación específica de los profesionales de enfermería, trabajo social y terapia ocupacional; asimismo, en el plan de formación se tendrá en cuenta las necesidades en materia de organización de centros y servicios y gestión clínica, calidad asistencial y metodología de investigación.

Las Comisiones de Docencia son las encargadas del cumplimiento de los programas de formación especializada y de los nombramientos de tutores. Para la formación de los médicos internos residentes (MIR) en psiquiatría, psicólogos internos residentes (PIR) y enfermeros internos residentes (EIR) se han añadido las Comisiones Asesoras que tutelan y aseguran las rotaciones de los especialistas en formación por los dispositivos no hospitalarios. Para el apoyo de la formación continuada de todos los profesionales que trabajan en los programas asistenciales y especialmente para los no incluidos en los sistemas MIR, PIR y EIR -trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, celadores y otros- se deben utilizar las Comisiones de Docencia de las Áreas de Salud en relación directa con la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Los cursos o actividades de formación que se propongan y se

realicen desde estas Comisiones deberán estar acreditados por el sistema vigente en el Servicio Aragonés de Salud.

## **IMPLANTACIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS**

Una de las actuaciones prioritarias del presente plan será establecer por consenso el catálogo de prestaciones de servicios de cada dispositivo de salud mental, con sus normas técnicas e indicadores de cobertura, así como la metodología para la evaluación del cumplimiento de la cartera de servicios.

En las síntesis de programas que figuran en los anexos de este Plan, hay ya una primera aproximación a los contenidos de la "cartera de servicios" de Salud Mental. En este sentido, es aconsejable mantener la continuidad de trabajo de los grupos de expertos convocados para el desarrollo del Plan de Salud Mental y facilitar la puesta en marcha de otros grupos que desarrollen los programas aun pendientes.

## **CONCIERTOS Y CONVENIOS**

Las instituciones privadas y de iniciativa social podrán formar parte de la Red de Salud Mental de Aragón previo el correspondiente proceso de acreditación. Dicho proceso incluirá tanto el cumplimiento de los estándares de personal fijados en el Plan de Salud Mental, como los requisitos de calidad y de mantenimiento de los sistemas de Información que desde el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales se establezcan. En este mismo sentido, otros dispositivos de carácter público, como es el caso del Centro de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Zaragoza podrá entrar a formar parte de la red de dispositivos públicos de salud mental a través de los convenios correspondientes.

El Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales establecerá conciertos y convenios con fundaciones, instituciones privadas y asociaciones de familiares y pacientes para el desarrollo de dispositivos sociales que contribuyan a la reinserción social y laboral del enfermo mental tales como pisos protegidos, clubes de ocio y tiempo libres, centros ocupacionales, etc.

Asimismo, y en estrecha colaboración administrativa y financiera con las gerencias de Instituto Aragonés de Servicios Sociales y del Servicio Aragonés de Salud, se promoverá la creación y sostenimiento de una **Fundación Tutelar** para la protección de personas presumiblemente incapaces o incapacitadas total o parcialmente, así como el desarrollo de programas dirigidos a cumplir sus fines.

En el ámbito de la gestión coordinada de actuaciones complementarias en materia de apoyo social y lucha contra la exclusión, se establecerán los necesarios acuerdos y convenios entre el Servicio Aragonés de Salud y el de Instituto Aragonés de Servicios Sociales y el Departamento de Economía, Hacienda y Empleo para el desarrollo de un conjunto de programas dirigidos a:

- Mejoras en el tratamiento tributario a enfermos mentales y familias.
- Ayudas económicas al enfermo para el sostenimiento de vivienda propia.
- Mejora en la percepción de las pensiones no contributivas y evitar incompatibilidades entre estas últimas y las correspondientes a los programas de inserción laboral.

- Extensión de programas de salario social.

EL Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales establecerá asimismo fórmulas de coordinación con los Ministerios de Interior y Justicia para la atención de los enfermos mentales penados.

---

Nota: Los recursos humanos especificados como 0,5 hace referencia a profesional con dedicación parcial.

<sup>1</sup> Criterio valorado: dispersión de la población.

<sup>2</sup> Criterio valorado: zonas de crecimiento de la población y con presencia destacada de población inmigrante.

<sup>3</sup> Criterio valorado: zonas de crecimiento de la población.

<sup>4</sup> Criterio valorado: población envejecida.



## **VII. CRONOGRAMA DE ACTUACIONES**



<b>ACTUACIÓN</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>REGULACIÓN</b>									
Estructura del Departamento de Salud									
Reglamentación de la red de salud mental									
Sectorización de los dispositivos de salud mental									
Órganos de coordinación									
<b>NUEVOS RECURSOS</b>									
<b>Refuerzo / ajuste de plantillas red SM</b>									
Áreas de Salud I, II, III, IV y V									
<b>Centros de salud mental</b>									
Área de Salud III - Borja									
Área de Salud V - ACTUR Oeste									
<b>Unidades de salud mental infanto-juvenil</b>									
Área de Salud I									
<b>Unidades de hospitalización breve</b>									
Infanto-juvenil en el Hospital Clínico Universitario									
Hospital Obispo Polanco									
<b>Hospitales de día</b>									
Área de Salud I									
Área de Salud II									
Área de Salud III									
Área de Salud IV									
Área de Salud V									
<b>Centros de rehabilitación psicosocial</b>									
Área de Salud I - Monzón									
Área de Salud II									
Área de Salud III									
Área de Salud IV									
Área de Salud V									
Centro de rehabilitación infanto-juvenil									
<b>Unidades rehabilitadoras de media estancia</b>									
Área de Salud I									
Área de Salud IV									
<b>Pisos Tutelados</b>									
Área de Salud I									
Área de Salud II									
Área de Salud III									
Área de Salud IV									
Área de Salud V									

<b>ACTUACIÓN</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Unidades residenciales-rehabilitadoras</b>									
Área de Salud I: ULE									
Área de Salud I: Residencial									
Áreas de Salud II y III: ULE									
Áreas de Salud II y III: Residencial									
Área de Salud III - Sádaba									
Área de Salud IV: ULE									
Área de Salud IV: Residencial									
<b>Unidades Especiales</b>									
Unidad de Trastornos de la Personalidad									
Unidad de Trastornos Graves Refractarios Graves									
<b>Miniresidencias</b>									
Área de Salud II									
Área de Salud III									
<b>Centros Especiales Empleo</b>									
<b>Clubes Psicosociales</b>									
Área de Salud I									
Área de Salud II									
Área de Salud III									
Área de Salud IV									
Área de Salud V									
<b>OTRAS ACTUACIONES</b>									
Equipos de gestión y seguimiento de casos									
Sistema de información en salud mental									
Programas específicos de salud mental									
Establecimiento de la cartera de servicios									
Plan de calidad y acreditación									
Plan de formación continuada									

SM: Salud mental.  
 ULE: Unidades de larga estancia.

## VIII. VALORACIÓN ECONÓMICA

### COSTES ACTUALES DE LA RED DE SALUD MENTAL

Los costes directos -a precios y costes de 2000- de la red de salud mental de Aragón, que incluye los servicios gestionados directamente o mediante convenios por la Administración Autónoma y de los dispositivos recién transferidos del INSALUD, son los siguientes:

#### COSTES DIRECTOS ACTUALES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN

<b>Capítulo I: Gastos en personal</b>		<b>Concepto</b>	<b>Coste €</b>
		761	17.985.517,47
	Plantilla Pública SM		
	Plantilla Pública Drogodependencias	27	725.902,47
	<b>Subtotal</b>	<b>788</b>	<b>18.711.419,93</b>
<b>Capítulo II: Gastos en bienes corrientes y de servicios</b>			
	Gasto corriente gestión de la red asistencial pública	centros ambulatorios	509.548,35
		centros hospitalarios	1.737.993,48
		centros residenciales	2.835.047,61
	<i>subtotal</i>		5.082.589,44
	Plantilla Conveniada SM	104	
	Plantilla Conveniada Drogodependencias	39	
	Conciertos plazas SM	119 plazas	2.815.489,63
	<b>Subtotal</b>		<b>7.898.079,07</b>
<b>Capítulo IV: Transferencias corrientes</b>			
	Convenios Entidades y Asociaciones	Asistenciales e inserción SM	370.787,15
		Servicios y Asociaciones SM	27.194,54
		CEE y Ocupacionales (225 plazas)	560.936,62
		Clubes Psicosociales	35.223,62
		Servicios Drogodependencias	1.575.480,14
	<i>Subtotal</i>		<b>2.569.622,07</b>
	Prescripción psicofármacos	APS	22.533.201,11
		SM	1.657.645,78
	<b>Subtotal</b>		<b>26.760.468,95</b>
<b>Total Gasto Corriente</b>			<b>53.369.967,95</b>
<b>Total Gasto Corriente sin farmacia</b>			<b>29.179.121,07</b>
<b>Capítulo VI. Inversiones reales</b>			
	Nuevos Dispositivos Intermedios de apoyo	Comprometido planes plurianuales 2001-03	8.545.847,165
	Nuevos Dispositivos Sociosanitarios residenciales	Comprometido planes plurianuales 2001-03	4.302.874,04
	<b>Subtotal</b>		<b>12.848.721,20</b>
<b>Total Capítulos</b>			<b>66.218.689,15</b>
<b>Total Capítulos sin farmacia</b>			<b>42.027.842,26</b>

SM: Salud Mental.

CEE: centros especiales de empleo.

APS: Atención Primaria de Salud.

Si se excluye el gasto de farmacia atribuible a la prescripción de los facultativos de la actual red de salud mental, el gasto corriente en materia de atención a la salud mental se situaría en torno a los **30 millones de €** (5.045 millones de ptas.).

**COSTES DIRECTOS ACTUALES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN**

<b>Capítulo I: Gastos en personal</b>		Concepto	Coste Ptas.
	Plantilla Pública SM	761	2.992.538.309
	Plantilla Pública Drogodependencias	27	120.780.008
	<b>Subtotal</b>	<b>788</b>	<b>3.113.318.317</b>
<b>Capítulo II: Gastos en bienes corrientes y de servicios</b>			
Gasto corriente gestión de la red asistencial pública	centros ambulatorios		84.781.711
	centros hospitalarios		289.177.783
	centros residenciales		471.712.232
	<i>subtotal</i>		845.671.727
	Plantilla Conveniada SM	104	
	Plantilla Conveniada Drogodependencias	39	
	Conciertos plazas SM	119 plazas	468.458.057
	<b>Subtotal</b>		<b>1.314.129.784</b>
<b>Capítulo IV: Transferencias corrientes</b>			
Convenios Entidades y Asociaciones	Asistenciales e inserción SM		61.693.790
	Servicios y Asociaciones SM		4.524.790
	CEE y Ocupacionales (225 plazas)		93.332.000
	Clubes Psicosociales		5.860.718
	Servicios Drogodependencias		262.137.839
	<b>Subtotal</b>		<b>427.549.137</b>
Prescripción psicofármacos		APS	3.749.209.200
		SM	275.809.050
	<b>Subtotal</b>		<b>4.452.567.387</b>
<b>Total Gasto Corriente</b>			<b>8.880.015.488</b>
<b>Total Gasto Corriente sin farmacia</b>			<b>4.854.997.238</b>
<b>Capítulo VI. Inversiones reales</b>			
Nuevos Dispositivos Intermedios de apoyo	Comprometido planes plurianuales 2001-03		1.421.909.325
Nuevos Dispositivos Sociosanitarios residenciales	Comprometido planes plurianuales 2001-03		715.938.000
	<b>Subtotal</b>		<b>2.137.847.325</b>
<b>Total Capítulos</b>			<b>11.017.862.813</b>
<b>Total Capítulos sin farmacia</b>			<b>6.992.844.563</b>

SM: Salud Mental.

CEE: centros especiales de empleo.

APS: Atención Primaria de Salud.

**FINANCIACIÓN**

La financiación de las actuaciones previstas en el Plan de Salud Mental será asumida por el Gobierno de Aragón tras las transferencias sanitarias. El Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que asume la doble función de autoridad sanitaria y de aseguramiento y financiación del sistema, canalizará el presupuesto a través del Servicio Aragonés de Salud y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, en función de la dependencia administrativa de los distintos dispositivos que componen la red de salud mental.

La financiación de los servicios y dispositivos sanitarios de la red de salud mental corresponderá íntegramente al Departamento, por lo que el usuario se verá libre de gastos, salvo los correspondientes al copago en las prestaciones farmacéuticas. La financiación de los servicios y dispositivos intermedios, de inserción laboral y social se realizará mayoritariamente

por el Departamento, con participación del Instituto Aragonés de Empleo en lo relativo a los programas de inserción laboral, pero se podrá incluir corresponsabilidad financiera del usuario en función de sus posibilidades económicas.

En relación con las políticas de concertación con fundaciones y entidades de iniciativa social, la definición de la cartera de servicios de cada tipo de recurso y el control de su gestión a través de los contratos-programa y procesos de acreditación, garantizaran adecuadamente los estándares de calidad en los diversos servicios y dispositivos de inserción sociolaboral.

En términos cuantitativos, la finalización del Plan de Salud Mental requiere, en resumen, un **incremento en el gasto corriente en torno a los 10 millones de €, e inversiones en nuevas infraestructuras por valor de 21 millones de €** (3.500 millones de ptas., de los que 2.100 millones están ya comprometidos o acometidos en los planes plurianuales 2001-2003). Los costes del programa financiero se describen a continuación y la temporalización financiera del Plan se resume en las Tablas 12 a 15.

**PROGRAMA FINANCIERO POR CAPÍTULOS****PREVISIÓN DE COSTES DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN 2002-2010 (€)**

	Actual		Previsión	
<b>Capítulo I: Gastos en personal</b>				
Plantilla Pública Salud Mental	761	17.985.517,47	839	20.607.385,90
Plantilla Pública Drogodependencias	27	725.902,47	27	725.902,47
Plantilla en Nuevos Recursos Asistenciales			84	3.889.399,13
<b>Subtotal</b>	<b>788</b>	<b>18.711.419,93</b>	<b>950</b>	<b>25.222.688,13</b>

<b>Capítulo II: Gastos en bienes corrientes y de servicios</b>				
Gasto corriente gestión de la red asistencial pública	centros ambulatorios	509.548,35		761.837,22
	centros hospitalarios	1.737.993,48		2.077.070,19
	centros residenciales	2.835.047,61		3.191.897,55
<b>subtotal</b>		<b>5.082.589,44</b>		<b>6.030.804,95</b>
Plantilla Conveniada Salud Mental	104		105	
Plantilla Conveniada Drogodependencias	39		39	
Conciertos plazas Salud Mental	119 plazas	2.815.489,63		2.815.489,63
Alquileres nuevos pisos tutelados				130.900,44
<b>Subtotal</b>		<b>7.898.079,07</b>		<b>8.977.195,01</b>

<b>Capítulo IV: Transferencias corrientes</b>				
Convenios Entidades y Asociaciones	Asistenciales e inserción SM	370.787,15		370.787,15
	Mant. Servicios/Asociaciones SM	27.194,54		27.194,54
	CEE y Ocupacionales (225 plazas)	560.936,62	400 plazas	1.202.024,21
	Programas apoyo social			288.485,81
	Personal nuevos pisos tutelados			529.156,82
	Personal nuevos recursos residenciales			294.284,07
	Clubes Psicosociales	35.223,62	5 Clubes	176.118,13
	Mant. Servicios Drogodependencias	1.575.480,14		1.575.480,14
<b>Subtotal</b>		<b>2.569.622,07</b>		<b>4.463.530,86</b>
Prescripción psicofármacos	Atención Primaria de Salud	22.533.201,11		22.533.201,11
	Salud Mental	1.657.645,78		2.112.487,61
<b>Subtotal</b>		<b>26.760.468,95</b>		<b>29.109.219,58</b>

<b>Total Gasto Corriente</b>	<b>53.369.967,95</b>	<b>63.309.102,72</b>
<b>Total Gasto Corriente sin farmacia</b>	<b>29.179.121,07</b>	<b>38.663.414,01</b>

<b>Capítulo VI: Inversiones reales</b>				
Sistemas de información e informatización				495.834,99
Nuevos Dispositivos Sanitarios				3.117.258,21
Nuevos Dispositivos Intermedios de apoyo	Comprometido p.plurianuales 2001-03	8.545.847,16	Otros PSM	3.606.072,63
Nuevos Dispositivos Sociosanitarios residenciales	Comprometido p.plurianuales 2001-03	4.302.874,04	Otros PSM	1.712.884,50
<b>Subtotal</b>		<b>12.848.721,20</b>		<b>8.932.050,32</b>
<b>Total Capítulos</b>	<b>66.218.689,15</b>	<b>72.241.153,05</b>		
<b>Total Capítulos sin farmacia</b>	<b>42.027.842,26</b>	<b>47.595.464,33</b>		

SM: Salud Mental.

CEE: Centro Especial de Empleo.

PSM: Plan de Salud Mental.

## IX. EVALUACIÓN

La evaluación del cumplimiento del plan estará supervisada por el Comité Asesor en Salud Mental (o sus órganos técnicos) que deberá establecerse a partir de la aprobación de este documento. La evaluación del desarrollo y cumplimiento del presente plan comprenderá el análisis de los siguientes aspectos:

- ❖ **Análisis de la estructura**, es decir, de la mejora y dotación de los distintos recursos físicos y humanos. La evaluación estructural de la red de salud mental se sustentará en el sistema de acreditación. Éste desarrolla dos funciones básicas: garantizar la idoneidad de los recursos de la red de asistencial, e identificar la actividad de cada servicio o dispositivo y su adecuación a los recursos de que dispone.
- ❖ La **evaluación del proceso** asistencial tiene a su vez dos componentes: los generales, de procedimiento administrativo, normalización de documentación asistencial, criterios de admisión, alta y derivación y los indicadores específicos de calidad de la asistencia. La acreditación establece garantías de cumplimiento de las condiciones mínimas y la evaluación periódica del proceso comprueba en que medida se alcanza dicho cumplimiento, las desviaciones y las medidas correctoras a impulsar. También evaluará el desarrollo y aplicación de protocolos o guías de consenso de buena práctica clínica.
- ❖ **Análisis del resultado**. Ante las dificultades conceptuales y metodológicas para la evaluación de resultados en términos de efectividad, calidad de vida o cobertura de necesidades, ésta evaluación analizará inicialmente el grado de cumplimiento de los objetivos fijados y aproximaciones relativas a la mejora de indicadores de salud de los enfermos mentales o a la satisfacción de usuarios, familias y profesionales, etc.

En una fase posterior y siguiendo la tendencia actual de otros países europeos, la evaluación habrá de recoger resultados en diferentes ámbitos estratégicos de la prevención, la asistencia y cuidado, el apoyo al cuidador o la rehabilitación, a través de trazadores que permitan medir avances en:

- Inserción sociolaboral y actividad ocupacional del colectivo.
- Grado de extensión y utilización en atención primaria de los protocolos de patologías prevalentes - depresión, depresión post-parto y desordenes de ansiedad, abordaje inicial de drogodependencias y esquizofrenia-.
- Elaboración de censos de pacientes graves y priorización de su seguimiento en los centros de salud mental y Equipos de Gestión de Casos, y extensión de los planes personalizados de cuidados y entrega por escrito a los cuidadores.
- Reducción del n.º de reingresos agudos hospitalarios.
- Implementaron de protocolos de seguimiento de los pacientes en riesgo de suicidio.

La mejora de la atención a la salud mental y la propia implementación del plan son procesos complejos, ya que requieren de la participación de distintos sectores muy relacionados, como el sanitario, social y laboral; implica responsabilidades compartidas entre distintos departamentos e incluso distintas administraciones, y la participación de una gran variedad de profesionales. Por ello, se considera de gran importancia la realización de dos grandes evaluaciones del desarrollo del plan de atención a la salud mental y de su impacto sanitario:

- En el año 2004. Las actuaciones inmediatas a la implantación de un plan suelen tener una gran relevancia sobre el resto del proceso. Por ello, es importante una evaluación temprana en el tiempo que identifique posibles desviaciones, dificultades en su desarrollo, nuevas necesidades y demandas, etc. Esta evaluación permitirá disponer de un margen de actuación para llevar a cabo aquellas modificaciones necesarias al logro del objetivo último que es la mejora de la salud de los enfermos mentales.
- En el año 2008. Fecha tras la cual se ha sobrepasado el ecuador de la implementación del plan y sus primeros frutos deben ser tangibles.

Finalizado el periodo de aplicación del presente se deberá llevar a cabo una evaluación final global que contemple el grado de cumplimiento de las actuaciones previstas, un diagnóstico actualizado de la situación de la red de salud mental en Aragón, de la atención sanitaria y social ofertada a los enfermos mentales y una propuesta de futuras actuaciones para garantizar la calidad de la asistencia y avanzar en la resolución de problemas pendientes en los pacientes, las familias o la organización de los servicios.

En cada evaluación el Comité Asesor emitirá un informe en el que se incluirán recomendaciones básicas para avanzar en la implementación del plan y en la superación de los obstáculos detectados.

## X. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Abaurrea P. et al. Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos de Navarra. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2000; 23 (S 1): 95-99.
2. Adolescent mental health and risky sexual behaviour. Editorial. BMJ 2000; 321: 251-252.
3. Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health hospital BMJ 2001; 322: 724-727.
4. Brundtland GHOSPITAL Mental health in the 21<sup>st</sup> century. Bull OMS 2000; 78 (4): 411.
5. Bursó LI., Molina Setó A. La asistencia terciaria. Diputación Provincial de Barcelona, 1999.
6. Cabasés, JM. La financiación sanitaria autonómica. Documento de trabajo, Universidad Pública de Navarra, 1998.
7. Baca E, Saiz J et Porras A. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. Medicina Clínica. 2001; 116(13): 504-509.
8. Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios. Comunidad Autónoma de Aragón. Informe 2001. Servicio de Evaluación. DGOPE.
9. Criado Álvarez JJ, Martínez Hernández J. Balance y perspectivas del trabajo preventivo en la red asistencial. Rev Admon Sanitaria 1999; III(11): 165-175.
10. Desviat M. La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones. Editorial. Psiquiatría Pública 2000; 12 (2): 119-122.
11. Desviat, M. ¿Hacia dónde la reforma? I Congreso Virtual de Psiquiatría Febrero 2000; Conferencia 48-CI-C: (17 pantallas). Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43_ci_c.htm)
12. Desviat, M. Del hospital psiquiátrico a la atención en la comunidad: el plan de reforma de Leganés (1986-). I Congreso Virtual de Psiquiatría Febrero 2000; Conferencia 43-CI-C: (19 pantallas). Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43_ci_c.htm)
13. Dueñas Abril, C. La reforma inacabada, Andalucía ¿identidades y diferencias en las reformas autonómicas?. I Congreso Virtual de Psiquiatría Febrero 2000 (citado: \*); Conferencia 48-CI-D: ( 7 pantallas), disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_d.htm)
14. Encuesta sobre discapacidades, deficiencia y estado de salud. Primeros resultados. Datos provisionales. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, noviembre de 2000.
15. Garcia Castelar, A. et al. Estrategias para la Salud Mental en Aragón. Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo, Zaragoza, 1994.
16. García J. Análisis de la reforma y de la desinstitucionalización psiquiátrica en España. I Congreso Virtual de Psiquiatría Febrero 2000; Conferencia 48-ci-a: (17 pantallas). Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/48\\_a2.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/48_a2.htm)
17. García J, Espino A, Lara L.: La psiquiatría en la España de fin de siglo. Editorial Díaz de Santos, Barcelona, 1998.
18. Giribet Muñoz C, Navarro Mateu F.: Plan de salud mental de la Región de Murcia 1999-2001. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia, 1999.
19. Grupo de trabajo de salud mental de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Coord: G. Moratalla. 2001. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/noticias/atprimaria\\_y\\_sm/](http://www.psiquiatria.com/noticias/atprimaria_y_sm/)
20. Grupo de trabajo sobre calidad asistencial, de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Coord: M.F. Bravo. 2000. Disponible en: [http://www.pulso.com/aen/gru\\_tra2.htm](http://www.pulso.com/aen/gru_tra2.htm)
21. Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1999.
22. Informe anual del sistema de información hospitalario de Aragón. Servicio de Evaluación. DGOPE, 2000.
23. Informe Ararteko. Recomendaciones. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria, 2000

24. Informe SESPAS 1998: La Salud Pública y el futuro del Estado de Bienestar. Catalá Villanueva FJ. y De Manuel Keenoy E. Editores. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1998.
25. Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos del nuevo siglo. Alvarez Dardet C. y Peiró S. Editores. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 2000.
26. Jiménez Pascual AM. Salud mental infanto-juvenil: una experiencia comunitaria. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero – 15 de Marzo 2000; Conferencia 43-ci-b: (17 pantallas). Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43\\_b.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa43/conferencias/43_b.htm)
27. Memoria Dirección Territorial INSALUD Aragón. 1999
28. MPs call for far reaching reforms to mental health services. News. BMJ 2000; 321: 262
29. Murillo C., Calonge S., González Y. La regulación de los servicios sanitarios en España. Ed. Civitas, 1997.
30. Plan de salud mental de Castilla-La Mancha 2000-2004. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
31. Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat. Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana, 2001. Serie PE (Programas especiales) nº 11.
32. Plan sectorial de salud mental y asistencia psiquiátrica. Dirección General de Salud Pública y Asistencia. Consejería de Cultura y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Valladolid, 1991.
33. Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia. Documento elaborado pola Comisión Asesora en Materia de Saúde Mental Da Consellería de Sanidade e Servisico Sociais. Xunta de Galicia, 1997.
34. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatry 1998; 155 (6): 715-725.
35. Rodríguez González A. y González Cases J.: La atención integral a la población enferma mental crónica y el papel de la rehabilitación psicosocial. Asociación Española de Neuropsiquiatría (Documento interno). Octubre de 2000.
36. Salvador-Carulla L. et al. La salud mental en España: ¿cencienta en el país de las maravillas?. Congreso SESPAS. 2001. Zaragoza. Disponible en: [http://www.sespas.aragob.es/informe/sespas2\\_8.pdf](http://www.sespas.aragob.es/informe/sespas2_8.pdf)
37. Salvador-Carulla L. et al. ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia?. La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. Revista Electrónica de Psiquiatría; Septiembre 1998; 2 (3): 13 pantallas.
38. Tendencia en la mortalidad por suicidios en Aragón, 1976-1995. Documento interno. Dirección General de Salud Pública. Diputación General de Aragón. 1999. Zaragoza.
39. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparasions of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull OMS 2000; 78 (4): 413-426.

## **XI. TABLAS**



**Tabla 1. Centros de salud mental en Aragón**

ÁREA DE SALUD	CENTRO DE SALUD MENTAL	LOCALIDAD	POBLACIÓN	UBICACIÓN FÍSICA
ÁREA I	CSM Pirineos	Huesca	36.184	Centro de salud de AP Pirineos
	CSM Perpetuo Socorro	Huesca	31.473	Centro de salud de de AP Perpetuo Socorro
	CSM de Barbastro	Barbastro	35.184	Centro de salud de AP de Barbastro
	CSM de Jaca	Jaca	29.212	Centro de salud de AP de Jaca
	CSM de Monzón	Monzón	61.904	Independiente del centro de salud de AP
ÁREA II	CSM Casablanca	Zaragoza	42.790	Centro de salud de AP Casablanca
	CSM Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia	Zaragoza	50.787	Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia
	CSM Las Fuentes Norte	Zaragoza	47.580	Centro de salud de AP Las Fuentes Norte
	CSM Rebojería	Zaragoza	58.482	Centro de salud de AP Rebojería
	CSM San José Norte	Zaragoza	36.982	Centro de salud de AP San José
	CSM Sagasta-Miraflores	Zaragoza	42.562	Centro de salud de AP Miraflores-Madredebruna
	CSM Sagasta-Ruiseñores	Zaragoza	37.925	Centro de salud de AP Sagasta-Ruiseñores
	CSM Torrero Este	Zaragoza	60.047	Centro de salud de AP Torrero Este
ÁREA III	CSM Delicias	Zaragoza	71.651	Independiente del centro de salud de AP
	CSM Hospital Clínico Universitario	Zaragoza	108.696	Consultas externas HCU
	CSM de Calatayud	Calatayud	53.624	Centro de salud de AP de Calatayud
	CSM Cinco Villas	Ejea de los Caballeros	26.551	Centro de salud de AP de Ejea de los Caballeros
ÁREA IV	CSM Teruel	Teruel	74.808	Independiente del centro de salud de AP
	CSM de Alcañiz	Alcañiz	57.326	Independiente del centro de salud de AP
ÁREA V	CSM ACTUR Sur + Unidad pro. H. Royo Villanova	Zaragoza	143.456	Centro de Salud ACTUR Sur y Consultas externas HRV

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud II y V y del Área de Salud III; INSALUD y Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Año 2001.

AP: Atención Primaria.

Nota 1: La población está referida a las Tarjeta Individual Sanitaria a fecha de septiembre de 2000. Dato facilitado por las Gerencias de Atención Primaria, INSALUD.

Nota 2: La población de Caspe, Maella y Mequinenza está englobada en el Área II a pesar de ser atendida en el centro de salud mental de Ntra. Sra. de Gracia.

**Tabla 2. Dotación de recursos humanos en los centros de salud mental**

ÁREA DE SALUD	CSM	POBLACIÓN	PSIQUIATRA		PSICÓLOGO		ATS/DUE		TRAB. SOCIAL		AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
			n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio		
	CSM Pirineos	36.493	1,5*		2		1					1
	CSM Perpetuo Socorro	31.473	1		1				1			
	CSM Barbastro	35.184	1		1		1					0,5
	CSM Jaca	29.212	1		1		1					0,5
	CSM Monzón	61.904	2		1		1					1
<b>TOTAL ÁREA I</b>		<b>194.266</b>	<b>6,5</b>	<b>3,3</b>	<b>6</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>2,1</b>	<b>1</b>	<b>1,8</b>		
	CSM Casablanca	42.790	1		1		1					1
	CSM H. Provincial Ntra. Sra. de Gracia	50.787	2		2		2		0,5#		1	1
	CSM Las Fuentes Norte	47.580	1		1		1					1
	CSM Rebolera	58.482	2		1		1					1
	CSM San José Norte	36.982	1		1		1					
	CSM Sagasta-Miraflores	42.562	1		1		0,5					0,5
	CSM Sagasta-Ruiseñores	37.925	1,5''		1		0,5					0,5
	CSM Torrero Este	60.047	2		1		1					0,5
<b>TOTAL ÁREA II</b>		<b>377.155</b>	<b>11,5</b>	<b>3,1</b>	<b>9</b>	<b>2,4</b>	<b>8</b>	<b>2,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,1</b>		
	CSM Delicias	71.651	3		1		1		1		1	1
	CSM H. Clínico Universitario	151.053	5				1		0,5^		1	1
	CSM Calatayud	53.624	1		1		1					0,5
	CSM Cinco Villas	26.551	1,5&		0,75&		0,5&		0,25&			0,5&
<b>TOTAL ÁREA III</b>		<b>302.879</b>	<b>10,5</b>	<b>3,5</b>	<b>2,75</b>	<b>1,0</b>	<b>3,5</b>	<b>1,2</b>	<b>2</b>	<b>0,7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	CSM Teruel	74.808	2		1		1					
	CSM Alcañiz	57.326	2		1		1					
<b>TOTAL ÁREA IV</b>		<b>132.134</b>	<b>4</b>	<b>3,0</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>		
	CSM ACTUR Sur + Unid. pro.R.Villanona	153.456	5		2		1		0,5§		1	
<b>TOTAL ÁREA V</b>		<b>153.456</b>	<b>5</b>	<b>3,3</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>1</b>	
<b>ARAGÓN</b>		<b>1.159.890</b>	<b>37,5</b>	<b>3,2</b>	<b>21,75</b>	<b>1,9</b>	<b>18,5</b>	<b>1,6</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>	<b>4</b>	<b>11</b>

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud II y V y del Área de Salud III; INSALUD y Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Año 2001.

\*: Uno de los psiquiatras realiza atención sanitaria 2 horas al día, el resto de la jornada en el Centro de Rehabilitación de Salud Mental.

#: Común para la unidad de hospitalización breve y para la unidad de salud mental del hospital.

": 1 psiquiatra presente 3 días a la semana.

^: Común para la unidad de salud mental infanto-juvenil, unidad de hospitalización breve y la unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil.

&: Un psiquiatra está media jornada en el centro de rehabilitación psicossocial. El psicólogo esta dedicado al programa de salud mental infnato-juveni; el resto de la jornada laboral, en el Centro Psiquiátrico de Sádaba al igual que el ATS/DUE y trabajador social .

§: Atiende tanto a la población adulta como a la población infanto-juvenil.

Nota 1: Se ha calculado la tasa por 100.000 habitantes. Nota 2: En la actualidad el Hospital Clínico Universitario presta asistencia a la población atendida por el antiguo centro de Inocencio Jiménez (42.357 habitantes).

**Tabla 3. Unidades de salud mental infanto-juvenil en Aragón**

ÁREA DE SALUD	UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	LOCALIDAD	POBLACIÓN DEL ÁREA	UBICACIÓN FÍSICA
ÁREA II	USM IJ Sagasta-Ruiseñores	Zaragoza	377.155	Centro de salud de AP Sagasta-Ruiseñores
ÁREA III	USM IJ Hospital Clínico Universitario	Zaragoza	302.879	Consultas externas HCU
ÁREA IV	USM IJ Teruel	Teruel	132.134	Independiente del centro de salud de AP
ÁREA V	USM IJ ACTUR Sur	Zaragoza	153.456	Centro de salud de AP ACTUR Sur

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud II y V y del Área de Salud III; INSALUD y Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Año 2001.

AP: Atención Primaria.

Nota: La población de Mequinenza, Caspe y Maella está incluida en la USM IJ Sagasta-Ruiseñores.

**Tabla 4. Dotación de recursos humanos en las unidades de salud mental infanto-juvenil**

UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	POBLACIÓN DEL ÁREA	PSIQUIÁTRA		PSICÓLOGO		ATS/DUE		TRAB. SOCIAL		AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
		n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio		
USM IJ Sagasta-Ruiseñores	377.155	1		2		1					1
USM IJ Hospital Clínico Universitario	302.879	2*						0,5#		1	1
USM IJ Teruel	132.134	1		1		1					
USM ACTUR Sur	153.456	2		1		1		0,5"			1
<b>ARAGÓN</b>	<b>1.159.890</b>	<b>6</b>	<b>0,9</b>	<b>4</b>	<b>0,5</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud II y V y del Área de Salud III; INSALUD y Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Año 2001.

\*: El Hospital Clínico Universitario dispone de 2 psiquiatras para la asistencia a niños y jóvenes que atienden la unidad de salud mental y la unidad de hospitalización breve infanto-juvenil.

#: Común para la unidad de salud mental, unidad de hospitalización breve y la unidad de hospitalización breve infanto-juvenil.

": Atiende tanto a la población adulta como a la población infanto-juvenil del Área de Salud.

Nota: La tasa para Aragón está calculada por cada 150.000 habitantes.

**Tabla 5. Unidades de hospitalización breve en Aragón**

ÁREA DE SALUD	HOSPITAL	POBLACIÓN	CAMAS	
			n.º	ratio
ÁREA I	General San Jorge	194.266	21	10,8
ÁREA II	Miguel Servet	377.155	18	4,8
ÁREA III	Clínico Universitario	302.879	29*	6,6
ÁREA IV	Psiquiátrico Prov. San Juan de Dios	132.134	8	6,1
ÁREA V	Royo Villanova	153.456	23#	15,0
	Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia		20	
<b>ARAGÓN</b>		<b>1.159.890</b>	<b>119</b>	<b>10,2</b>

Fuente: INSALUD y Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Año 2001.

\*: 4 camas destinadas a la hospitalización de menores de 18 años.

#: 3 camas se dedican a trastornos de conducta alimentaria.

Nota: Las camas están calculadas por 100.000 habitantes. Las camas del Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia no han sido compatibilizadas en ninguna Áreas de Salud, ya que darán cobertura tanto al Área de Salud II como al Áreas de Salud V, aunque funcionalmente esté adscrito a ésta última.

**Tabla 6. Dotación de recursos humanos en las unidades de hospitalización breve**

HOSPITAL	POBLACIÓN	PSIQUIÁTRA		PSICÓLOGO		ATS/DUE		TRAB. SOCIAL		AUXILIAR	AUXILIAR	
		n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio	ADMINISTRATIVO	DE ENFERMERÍA	
General San Jorge	194.266	3				9		1		1	8	
Miguel Servet	377.155	4				10				1	8	
Clínico Universitario	302.879	4				9		0,5*		1	9	
Psiquiátrico Prov. San Juan de Dios	132.134	1		0,5#		2		0,5#		0,5#	10	
Royo Villanova	153.456	4		2"		9		1			9	
Real y Prov. Ntra. Sra. de Gracia		4		1		11		0,5^			1	
<b>ARAGÓN</b>	<b>1.159.890</b>	<b>20</b>	<b>6,4</b>	<b>3,5</b>	<b>36,3</b>	<b>50</b>	<b>2,54</b>	<b>3,5</b>	<b>36,3</b>	<b>3,5</b>	<b>45</b>	<b>2,8</b>

Fuente: INSALUD y Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Año 2001.

\*: Común para la unidad de salud mental e infnato-juvenil, unidad de hospitalización breve y la unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil.

#: Común para todo el hospital: hospitalización breve y larga estancia.

": Un psicólogo atiende también la unidad de trastornos de la conducta alimentaria en adultos.

^: Común para la unidad de salud mental y unidad de hospitalización breve.

Nota: Se ha calculado la relación de profesionales por cama.

**Tabla 7. Hospitales psiquiátricos en Aragón**

ÁREA DE SALUD	LOCALIDAD	POBLACIÓN	HOSPITAL	MEDIA ESTANCIA		LARGA ESTANCIA		PSICOGERIÁTRICAS	
				camas	ratio	camas	ratio	camas	ratio
ÁREA I	Huesca	194.266	Centro de Rehabilitación en Salud Mental			130	66,9		
ÁREA III	Zaragoza		C. Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen			36*			
	Sádaba	680.034	Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba			43			
	Zaragoza		H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar	44	6,4	98	26,2	84	12,4
ÁREA IV	Teruel	132.134	H. Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios			196	148,3		
ÁREA V	Zaragoza	153.456	Fundación Profesor Rey Ardid	39	25,4				
<b>ARAGÓN</b>		<b>1.159.890</b>		<b>83</b>	<b>7,2</b>	<b>503</b>	<b>43,4</b>	<b>84</b>	<b>7,2</b>

Fuente: Sistema de información hospitalaria, 2000. Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

\*: Sólo se incluyen las 36 camas concertadas con el Servicio Aragonés de Salud del total de 266 camas disponibles.

Ratio: camas por 100.000 habitantes.

Nota: El H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar cubre también las necesidades asistenciales de larga estancia del Área de Salud II y V.

**Tabla 8. Dotación de recursos humanos en los hospitales psiquiátricos en Aragón**

CENTRO	POBLACIÓN	PSIQUIATRA		PSICÓLOGO		ATS/DUE		TRAB. SOCIAL		T.OCUPAC., FISIOT. y Otros	ADMINISTRATIVO		AUX. ENFERM.	
		n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio		n.º	ratio	n.º	ratio
Centro de Rehabilitación en Salud Mental	194.266	1,5*		0,5#		4		0,5#			2			41
C. Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen*		5		1		14		2		2	4			103
Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba		3		0,25^		1,5^		0,75^		2	0,5^			11
H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar		3		1&		11		3		2	21			66
H. Psiquiátrico Pilar UME		2		1		8		1		0,5\$				14
H. Psiquiátrico prov. San Juan de Dios	132.134	3		0,5ç		8		0,5ç			0,5			48
Fundación Profesor Rey Ardid (UME)	153.456	2+		0,5+		2,5+		0,5+			1			15
<b>ARAGÓN</b>	<b>1.159.890</b>	<b>19,5</b>	<b>34,4</b>	<b>4,75</b>	<b>141,1</b>	<b>46,5</b>	<b>14,4</b>	<b>8,25</b>	<b>81,2</b>	<b>5</b>	<b>29</b>		<b>299</b>	<b>2,2</b>

Fuente: Sistema de información hospitalaria, 2000. Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

\*: Uno disponible sólo media jornada; la otra media jornada en la unidad de salud mental Pirineos (Huesca).

#: Disponible sólo media jornada; la otra media jornada en el hospital de día (Huesca).

^: El personal es para el conjunto de las 266 camas del centro.

^: El resto de la jornada laboral de estos profesionales la desarrollan en el centro de salud mental Cinco Villas

&: Destinado en la unidad de psicogeriatría.

\$: El resto de la jornada laboral en el Centro de día Romareda.

ç: Distribuyen su actividad entre la unidad de hospitalización breve y el hospital psiquiátrico.

+: El psicólogo disponible sólo media jornada; la otra media en el centro de día Profesor Rey Ardid. El trabajador social desarrolla el resto de su actividad laboral en el centro de día. Un psiquiatra y un ATS/DUE media jornada también en el centro de día.

Nota 1: Se excluye al personal directivo cuando no realiza actividad asistencial. Nota 2: Se ha calculado la relación de profesionales por total de camas.

**Tabla 9. Centros de día de salud mental en Aragón**

CENTRO	POBLACIÓN	DEPENDENCIA PATRIMONIAL	PLAZAS		PSIQUIÁTRA		PSICÓLOGO		ATS/DUE		TRAB. SOCIAL		T. OCUPACIONAL Y OTROS	AUX. ENFERM.
			n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio	n.º	ratio		
Centro de día Arcadia*		Fundación A. Serrate	39		0,5		1				1			8
<b>ÁREA DE SALUD I</b>	<b>194.266</b>		<b>39</b>	<b>27,8</b>										
Centro de día Romareda		Gobierno de Aragón	40		1		1		2				0,5	
Centro de día S.Carlos (Cáritas)		Privado	33		1		1				1		1	
<b>ÁREA DE SALUD II</b>	<b>377.155</b>		<b>73</b>	<b>19,4</b>										
Centro de día Ejea		Gobierno de Aragón	20		0,5"		1		0,5		0,5		1	
Centro de día ASAPME		Privado	45		0		1		1		1		2	
Centro de día del Carmen#		Privado	28											1
<b>ÁREA DE SALUD III</b>	<b>302.879</b>		<b>93</b>	<b>30,7</b>										
Centro de día Profesor Rey Ardid		Fundación Rey Ardid	25		0,5^		0,5^		0,5^		0,5^			
<b>AREA DE SALUD V</b>	<b>153.456</b>		<b>25</b>	<b>16,3</b>										
<b>ARAGÓN</b>	<b>1.159.890</b>		<b>230</b>	<b>19,8</b>	<b>3,5</b>	<b>62,9</b>	<b>5,5</b>	<b>40,0</b>	<b>4</b>	<b>55,0</b>	<b>4</b>	<b>51,3</b>		

Ratio: plazas por 100.000 habitantes.

\*: Ubicado en el Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús.

#: Ubicado en el Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen, destinado a personal psicogeriatrico.

": El resto de la jornada atiende a los pacientes de la red de pisos dependientes del centro de salud mental.

^: Disponible sólo media jornada; la otra media en la unidad de media estancia de la Fundación Profesor Rey Ardid. El trabajador social desarrolla el resto de su actividad laboral en la unidad de media estancia.

ASAPME: Asociación Aragonesa pro Salud Mental. Dispone de un equipo de atención domiciliaria dotado de un psicólogo, un trabajador social y 2 auxiliares de clínica, todos ellos a media jornada.

Nota: Se ha calculado la relación de profesionales por total de plazas.

**Tabla 10. Dotación de pisos asistidos en Aragón**

ÁREA DE SALUD	POBLACIÓN	CENTRO DE DEPENDENCIA	TITULARIDAD	PISOS	PLAZAS TOTALES	
				n.º	n.º	ratio
ÁREA I	194.266	Centro de Rehabilitación en Salud Mental	Gobierno de Aragón	3	18	9,3
ÁREA III	302.879	Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba	Gobierno de Aragón	6	20	
		Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen	Privado	2	6	8,6
ÁREA V	153.456	UME Profesor Rey Ardid	Privado	3	11	7,2
<b>ARAGÓN</b>	<b>1.159.890</b>			<b>14</b>	<b>55</b>	<b>4,7</b>

Ratio: plazas por 100.000 habitantes.

UME: Unidad de media estancia.

**Tabla 11. Previsión de dispositivos de salud mental por Áreas de Salud en Aragón: 2002-2010**

DISPOSITIVO	ÁREA I		ÁREA II		ÁREA III		ÁREA IV		ÁREA V		ARAGÓN		Rat io	
	2002	2010	2002	2010	2002	2010	2002	2010	2002	2010	2002	2010		
Centros de salud mental	5	5	8	8	4	5	2	2	1	2	20	22	0,95	
Unidades de salud mental infanto-juvenil		1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	0,65	
Unidades de hospitalización breve (Adultos)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	6	6		
<i>n.º camas</i>		21	21	18	18	29	29	8	12	43	41	119	121	10,43
Unidades de hospitalización breve (Inf-Juvenil)												1		
<i>n.º camas</i>													8	
Hospitales de día	1	1		1		1		1		1	1	5		
<i>n.º plazas</i>		15	10		15		15		8		10	15	58	5,00
Equipos de gestión y seguimiento de casos *		1		1		1		1		1		6		
Centros de rehabilitación psicosocial	1	2	2	3	3	4		1		1	2	7	12	
<i>n.º plazas</i>		39	64	73	113	83	113		25	25	65	220	380	49,14
Centro de rehabilitación psicosocial Inf-Juvenil												1		
<i>n.º plazas</i>													25	
Unidades rehabilitadoras de media estancia		1			1#	1#		1		1	1	2	4	
<i>n.º camas</i>			20		44	44		20		39	39	83	123	10,60
Unidades rehabilitadoras de larga estancia		1			2"	2"		1				2	4	
<i>n.º plazas</i>			70		75	105		75				75	250	21,55
Miniresidencias				1		1							2	
<i>nº plazas</i>						25		25					50	
Unidades de Gerontopsiquiatría		1			1	1		1			1	3		
<i>n.º plazas</i>			25		84	84		70				84	179	
Unidades monográficas												2		
<i>n.º plazas</i>													25	
Pisos tutelados	3	5		8	8	8		4		3	5	14	30	
<i>n.º plazas</i>		18	20		35	26	30		16	11	20	55	121	10,43

\*: Al menos un equipo por cada Área de Salud.

#: Localización común en el Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar en el caso de las Áreas de Salud II y III.

": Las plazas ubicadas en el Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar son comunes para las Áreas de Salud II y III.

Nota: La ratio está calculada por 100.000 habitantes salvo en los centros de salud mental (50.000) y las unidades de salud mental infanto-juvenil y centros de rehabilitación psicosocial (150.000).

**Tabla 12. Resumen económico de costes de personal por estamento profesional (€)**

ARAGÓN. PLANTILLAS SALUD MENTAL POR ESTAMENTOS	Dotación actual	Coste actual	Dotación propuesta	Coste propuesta	Incremento dotación	Incremento coste
Directivo	10,00	389.736,91	15,50	612.474,14	5,50	222.737,23
Médicos: psiquiatra	82,00	3.789.926,91	104,50	4.665.753,40	22,50	875.826,49
Otros facultativos: psicólogos y otros	40,00	1.458.585,16	71,75	2.715.999,89	31,75	1.257.414,72
Especialistas en formación: MIR, PIR	25,00	443.640,62	25,00	443.640,62	0,00	0,00
ATS-DUE	113,50	2.814.608,69	156,50	4.024.135,73	43,00	1.209.527,03
EIR	2,00	20.873,35	2,00	20.873,35	0,00	0,00
Otros profesionales: T. Ocupacional, Fisioterapeuta, Monitor-educador	11,00	129.770,41	25,00	562.338,44	14,00	432.568,03
Ayudantes sanitarios: auxiliar de enfermería, de psiquiatría, etc.	270,00	4.366.105,39	284,50	4.430.096,81	14,50	63.991,42
Trabajador social	20,25	431.698,84	49,00	1.192.628,89	28,75	760.930,04
Administración/Titulados medios	2,00	57.736,80	4,00	115.473,60	2,00	57.736,80
Administración/Formación profesional	31,75	451.421,50	30,75	647.415,35	-1,00	195.993,85
Administración/Otros profesionales	36,50	523.670,18	49,50	735.425,52	13,00	211.755,33
Servicios Generales/Oficios	222,00	3.125.057,90	203,00	2.834.227,42	-19,00	-290.830,48
Drogodependencias	66,00	2.226.359,75	66,00	2.226.359,75	0,00	0,00
<i>Recursos H publicos SM</i>	<b>760,75</b>	<b>17.985.517,47</b>	<b>839,25</b>	<b>20.607.385,90</b>	<b>79</b>	<b>2.621.868,43</b>
<i>Recursos H publicos Drogodependencias</i>	<b>27,00</b>	<b>725.902,47</b>	<b>27,00</b>	<b>725.902,47</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<i>Convenios Salud Mental</i>	<b>104,25</b>	<b>3.088.326,36</b>	<b>104,75</b>	<b>3.088.326,36</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>
<i>Convenios Drogodependencias</i>	<b>39,00</b>	<b>1.500.457,28</b>	<b>39,00</b>	<b>1.500.457,28</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<i>Nuevos recursos H</i>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>83,50</b>	<b>2.375.782,05</b>	<b>84</b>	<b>2.375.782,05</b>
		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
<i>Total Plantilla Publica</i>	<b>788</b>	<b>18.711.419,93</b>	<b>950</b>	<b>23.709.070,41</b>	<b>162</b>	<b>4.997.650,48</b>
		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
<b>TOTAL Recursos Aragón</b>	<b>931</b>	<b>23.300.203,57</b>	<b>1.094</b>	<b>28.311.376,83</b>	<b>163</b>	<b>5.011.173,25</b>

**Tabla 13. Valoración Económica de nuevos dispositivos por Áreas de Salud (€)**

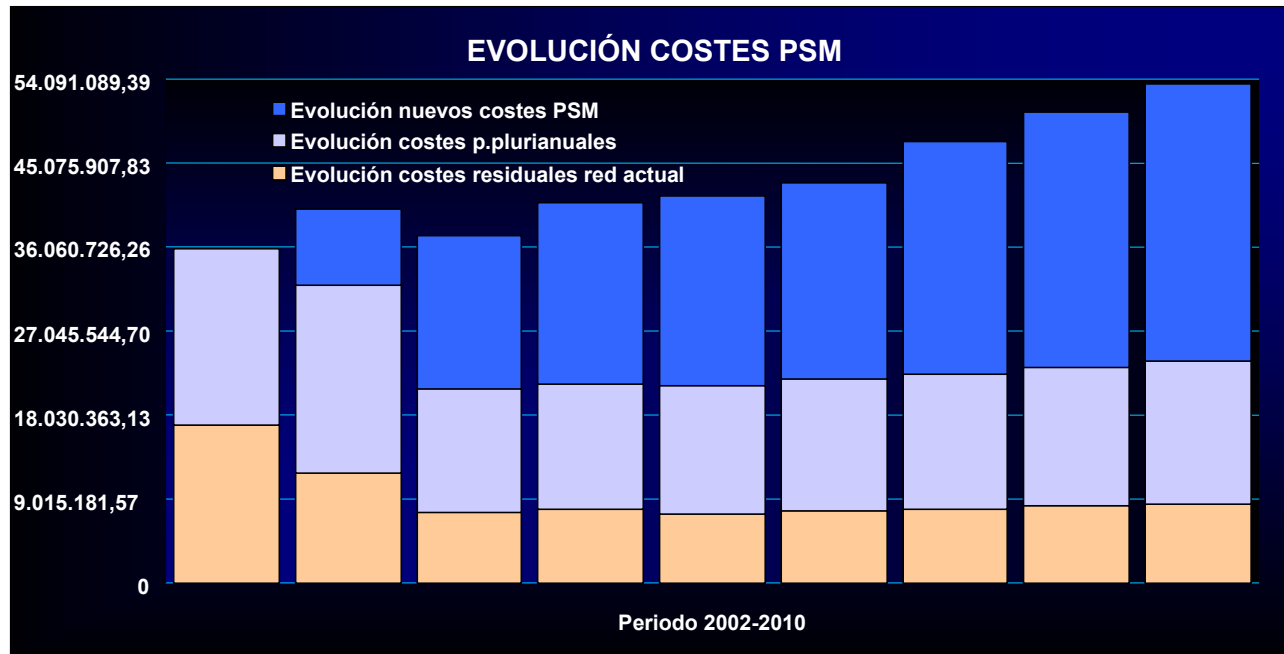
<b>TOTALES POR ÁREA DE SALUD</b>						
	Plazas	m2	Total estructura	Alquiler	TOTAL	
ÁREA SANITARIA I	160	4.245	5.554.914,48	21.636,44	5.576.550,91	
ÁREA SANITARIA II	130	1.800	1.962.304,52	43.272,87	2.005.577,39	
ÁREA SANITARIA III	280	4.950	5.715.625,11	32.454,65	5.748.079,77	
ÁREA SANITARIA IV	219	4.940	6.395.970,81	17.309,15	6.413.279,96	
ÁREA SANITARIA V	65	1.500	1.766.975,59	16.227,33	1.783.202,91	
<b>ARAGÓN</b>	<b>854</b>	<b>17.435</b>	<b>21.395.790,51</b>	<b>130.900,44</b>	<b>21.526.690,95</b>	

**Tabla 14. Valoración Económica de nuevos dispositivos (€)**

<b>TOTALES POR TIPO DE DISPOSITIVO</b>					
	Plazas	m2	Total	Alquiler	
CENTRO DE SALUD MENTAL. Adultos e Infanto-juvenil	0	1.100	1.322.226,63	0,00	
UNIDAD HOSPITALIZACION BREVE. Adultos e Infanto-juvenil	22	450	567.956,44	0,00	
HOSPITAL DE DÍA	46	1.050	1.226.064,69	0,00	
UNIDAD ESPECIAL	25	500	417.703,41	0,00	
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	160	2.500	3.005.060,52	0,00	
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INFANTO-JUVENIL	25	500	601.012,10	0,00	
UNIDAD REHABILITADORA DE MEDIA ESTANCIA	40	2.305	3.137.643,79	0,00	
UNIDAD RESIDENCIAL-REHABILITADORA DE LARGA ESTANCIA	245	4.200	5.186.734,46	0,00	
UNIDAD RESIDENCIAL-REHABILITADORA RESIDENCIAL	120	3.330	4.218.503,96	0,00	
PISOS SUPERVISADOS	121	0	0,00	130.900,44	
MINIRESIDENCIA	50	1.500	1.712.884,50	0,00	
Total Dispositivos Sanitarios	93	3.100	3.533.951,17	0,00	
Total Dispositivos Intermedios de apoyo	470	9.505	11.930.450,88	0,00	
Total Dispositivos Sociales y Gestión Ciudadana	291	4.830	5.931.388,46	130.900,44	
<b>ARAGÓN</b>	<b>854</b>	<b>17.435</b>	<b>21.395.790,51</b>	<b>130.900,44</b>	

**Tabla 15. Temporalización de los costes del Pan de Salud Mental**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nuevos costes Capítulo I	0	5.708.443,91	10.996.133,02	12.026.188,62	13.305.938,76	15.205.241,07	17.394.908,43	19.381.619,49	21.639.689,52
Nuevos costes Capítulo II	0	1.610.157,25	3.244.381,35	3.830.418,95	4.551.563,66	5.443.488,78	6.363.418,83	7.016.569,10	7.751.244,58
Nuevos costes Capítulo VI	0	793.151,17	2.085.674,48	3.284.937,31	1.999.439,51	0,00	770.079,90	632.677,63	0
Nuevos costes Capítulo IV	0	0	106.018,54	212.037,07	318.055,61	330.777,83	344.008,94	357.769,30	372.080,07
<b>Evolución nuevos costes</b>	<b>0</b>	<b>8.111.752,33</b>	<b>16.432.207,39</b>	<b>19.353.581,95</b>	<b>20.174.997,54</b>	<b>20.979.507,68</b>	<b>24.872.416,10</b>	<b>27.388.635,52</b>	<b>29.763.014,17</b>
<b>Evolución costes planes plurianuales</b>	<b>18.638.399,56</b>	<b>19.914.190,50</b>	<b>12.884.584,78</b>	<b>13.206.699,40</b>	<b>13.536.866,88</b>	<b>13.875.288,56</b>	<b>14.222.170,77</b>	<b>14.577.725,04</b>	<b>14.942.168,16</b>
<b>Evolución costes residuales red actual</b>	<b>17.029.794,14</b>	<b>11.811.134,28</b>	<b>7.668.728,05</b>	<b>7.932.329,01</b>	<b>7.447.300,06</b>	<b>7.711.034,03</b>	<b>7.984.362,48</b>	<b>8.267.642,29</b>	<b>8.561.243,85</b>
<b>TOTAL EVOLUCIÓN COSTES</b>	<b>35.668.193,71</b>	<b>39.837.077,10</b>	<b>36.985.520,21</b>	<b>40.492.610,35</b>	<b>41.159.164,48</b>	<b>42.565.830,26</b>	<b>47.078.949,35</b>	<b>50.234.002,84</b>	<b>53.266.426,18</b>



## **XII. MAPAS**



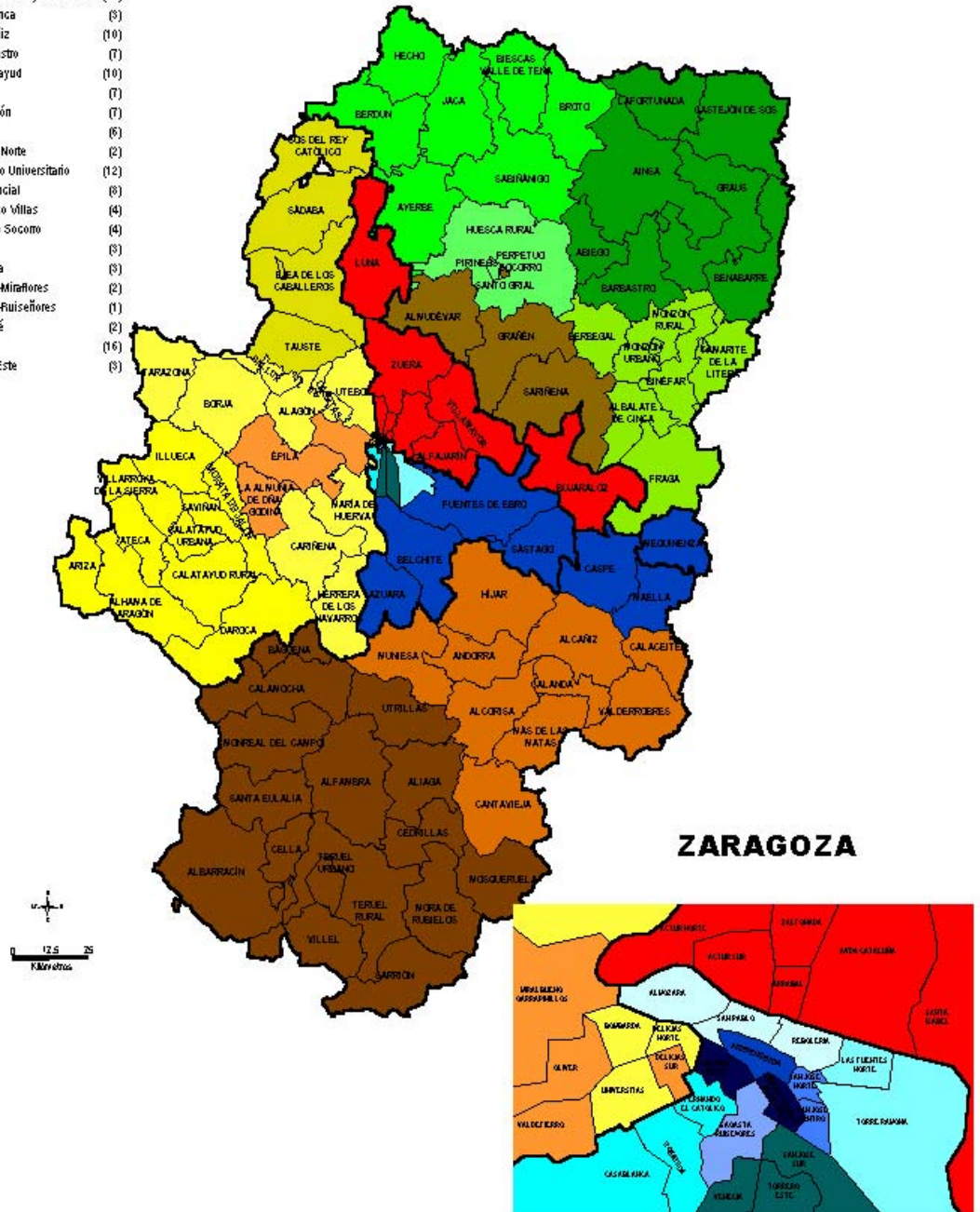




## MAPA 2. SECTORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Centros de Salud Mental (n.º)

<span style="color: red;">■</span>	CSM Actur Sur-H. Royo Villanova	(11)
<span style="color: cyan;">■</span>	CSM Casablanca	(8)
<span style="color: orange;">■</span>	CSM de Alcañiz	(10)
<span style="color: green;">■</span>	CSM de Barbastro	(7)
<span style="color: yellow;">■</span>	CSM de Calatayud	(10)
<span style="color: lightgreen;">■</span>	CSM de Jaca	(7)
<span style="color: limegreen;">■</span>	CSM de Monzón	(7)
<span style="color: lightblue;">■</span>	CSM Delicias	(6)
<span style="color: blue;">■</span>	CSM Fuentes Norte	(2)
<span style="color: gold;">■</span>	CSM H. Clínico Universitario	(12)
<span style="color: darkblue;">■</span>	CSM H. Provincial	(8)
<span style="color: brown;">■</span>	CSM Las Cinco Villas	(4)
<span style="color: tan;">■</span>	CSM Perpetuo Socomo	(4)
<span style="color: lightyellow;">■</span>	CSM Píñones	(8)
<span style="color: white;">■</span>	CSM Rebolenta	(8)
<span style="color: purple;">■</span>	CSM Sagasta-Miñaflores	(2)
<span style="color: darkred;">■</span>	CSM Sagasta-Fuiseñores	(1)
<span style="color: darkblue;">■</span>	CSM San José	(2)
<span style="color: brown;">■</span>	CSM Teruel	(16)
<span style="color: darkgreen;">■</span>	CSM Tomero Este	(8)









**XIII.**

**APÉNDICES**



## **ANEXO 1. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

### **Relación de autores**

Coordinador:

*Antonio Tarí García*  
Psiquiatra. Centro de día Romareda

Componentes:

*Ana Béjar Íñiguez*  
ATS/DUE. Hospital Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen

*Luis Benedí Sanz*  
ATS/DUE. Supervisor de enfermería del servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario

*María Isabel Blasco Fernández*  
Psicóloga. ASAPME

*María José Buatas Pérez*  
Psicóloga. Subdirectora del servicio de menores

*Fernando Cardona Vilar*  
Auxiliar de enfermería. Centro de día Romareda

*Francisco Caro Rebollo*  
Psiquiatra. Fundación Profesor Rey Ardid

*Carmen Castán Beamonte*  
Trabajadora Social.. ASAPME

*Armando Colomer Simón*  
ATS/DUE. Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar

*Noelia Heras Alonso*  
Terapeuta ocupacional. Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar

*Teresa Iparagirre Iparagirre*  
Gerente del Centro Especial de Empleo. Parque Delicias, S.L.

*Miguel Martínez Roig*  
Psiquiatra. Centro de salud mental ACTUR Sur

*Bernardo Quetglás Ferriol*  
Psiquiatra. Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba

*Félix Pelegrín Inglés*  
ATS/DUE. Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar

*Carmelo Pelegrín Valero*  
Psiquiatra. Centro de salud mental Rebojería

*Manuel Pérez Pacual*  
Psicólogo. Centro de día Romareda

*Pedro Pibernat Deulofeu*  
Coordinador programas de inserción laboral área de Huesca. Fundación Agustín Serrate

*María de los Ángeles Pinilla Budría*  
Trabajadora Social. Fundación Profesor Rey Ardid

*Ana Vallespí Cantabrana*  
Psicóloga. Centro de salud mental ACTUR Sur

## Justificación del programa

La finalidad de incluir un Programa de Rehabilitación en el Plan de Salud Mental para Aragón responde a la necesidad de garantizar a todo ciudadano aragonés que sufra un trastorno o alteración mental grave una atención integral que incluye como nivel asistencial fundamental la rehabilitación psicosocial, así como proporcionar y establecer las medidas adecuadas que favorezcan su reinserción social y laboral que posibiliten una calidad de vida digna. El Programa de Rehabilitación diseña tanto los recursos y dispositivos necesarios para abordar la asistencia integral al enfermo mental crónico en la comunidad, como las líneas organizativas y de coordinación de los dispositivos existentes y los de nueva creación. Ambas tareas, dotación de nuevos dispositivos y la organización de los existentes, deberían realizarse simultáneamente.

La persona con TMG, como todos los trastornos funcionales graves y persistentes, evoluciona de diferente manera según la calidad y cantidad de recursos disponibles y, sobre todo, de la organización de las actuaciones asistenciales. Los profesionales, los equipos multidisciplinares y las respuestas asistenciales condicionan la gravedad y la evolución hacia la cronicidad.

Terminar pues, con un modelo de atención a las necesidades y de los problemas psiquiátricos organizado en torno al internamiento durante largos periodos de tiempo e incluso de por vida en los denominados "manicomios" es uno de los principales desafíos de cualquier reforma psiquiátrica. La atención a la población afectada de TMG, constituye un auténtico test para un Plan de Salud Mental: "Es el nivel de protección alcanzado por este colectivo lo que va a dar o quitar credibilidad a cualquier modo de atención al enfermo mental" (Espino, A. 1995). Los principios generales que deberían encuadrar los distintos programas y dispositivos para la puesta en práctica de una verdadera asistencia integral al enfermo mental crónico son:

- 1. Perspectiva comunitaria.** Los Programas de Rehabilitación tenderán a asegurar el conjunto de servicios de atención necesarios para mantener a la persona afectada de TMG en la comunidad con criterios de calidad de vida.
- 2. Organización sectorial.** Es necesario el adecuado funcionamiento del circuito de Salud Mental como una unidad funcional organizada que gestiona la atención a las personas con enfermedad mental crónica a nivel del territorio (Área - Sectores). La atención a las personas con enfermedad mental crónica o TMG deberá atenerse a los criterios de sectorización ya imperantes para la atención ambulatoria y de hospitalización breve. Esta sectorización se aplicará también a los recursos intermedios (existentes y de nueva creación).
- 3. Organización funcional.** La rehabilitación, como parte de un tratamiento integral, es una tarea que implica a todos los servicios asistenciales de un territorio y no solamente a los servicios especializados o dispositivos específicos de rehabilitación, de ahí la necesidad de programas transversales. Es imprescindible el establecimiento de una coordinación a nivel de Área de los equipos que intervengan simultánea o consecutivamente en la atención de esta población.
- 4. Planificación y acción interdepartamental.** La rehabilitación desde un punto de vista general, necesita una planificación y acción interdepartamental. Esta acción siempre es difícil de construir debido a que hay que coordinar competencias entre diversos departamentos

(Salud, Consumo y Servicios Sociales; Economía, Hacienda y Empleo; Obras Públicas, Urbanismo y Transporte).

## Cartera de servicios

La cartera de servicios consiste en el conjunto detallado de las distintas prestaciones a la que tendría derecho cualquier usuario afecto de un TMG del área de aplicación.

- ☞ Programa de Asistencia Ambulatoria del TMG en el centro de salud mental.
- ☞ Programa de Seguimiento de Casos.
- ☞ Programa de Rehabilitación Intensiva Hospitalaria (Unidad rehabilitadora de media estancia).
- ☞ Programa de Rehabilitación extensiva Hospitalaria (Unidad rehabilitadora de larga estancia).
- ☞ Programa de Rehabilitación Intensiva Ambulatoria (Centro de rehabilitación psicosocial).
- ☞ Programa de Rehabilitación – Mantenimiento Extensivo Ambulatorio (Club Social).
- ☞ Programa Residencial alternativo a Larga Estancia (Pisos).
- ☞ Programa de Integración Laboral:
  - ☐ Talleres Prelaborales. Formación
  - ☐ Centros Ocupacionales
  - ☐ Centro Especiales de Empleo, Itinerario individualizado de inserción laboral y Acompañamiento al empleo.

## Estructuras físicas necesarias, ratios y ubicación

áreas y nº hab x 1.000		HUESCA	HUESCA	Jaca Sabiñánigo	Barbastro Monzón Binefar	TERUEL	TERUEL	Alcañiz	ZARAGOZA	Área 2	Área 3	Área 5
		205				150			828	375	313	140
programas y ratios por hab												
C.S.M..Trastorno Mental Grave	1 equipo	1	1	(a)	(a)	2	1	1	15	8	5	2
Seguimiento de Casos	1 equipo (b)	2	1	0,5	0,5	1,5	0,75	0,75	3 ó 5	1 ó 2	1 ó 2	1
Unidad Media Estancia	10 CAMAS x 100.000 hab	20				15			85 (c)	37	33	15
Unidad Larga Estancia	15 CAMAS x 100.000 hab	30				25			121 (c)	55	47	19
Centro de Día (d)	50 PLAZAS x 150.000 hab	67	0,7	0,3	0,3	50	0,5	0,5	276	2	2	1
Club social	1 espacio x área sanitaria	1	0,5	0,25	0,25	1	0,5	0,5	3	1	1	1
Progr. Alternativas Residenciales (e)	10 plazas x 100.000 hab	20				16			85	40	30	15
Centro Ocupacional	40 plazas x 100.000 hab	80	40	20	20	60	30	30	340	160	130	50
Centro Especial de Empleo	20 plazas x 100.000 hb.	40	20	10	10	30	15	15	170	80	65	25
Programa Acompañamiento al Empleo	1 equipo (f)	1				1				1	1	1

(a) prioritario el dotar adecuadamente los equipos de los CSM

(b) un equipo de seguimiento de casos por 100.000 habitantes o cada 2 CSM, según dispersión / zona rural

(c) las plazas de UME y ULE deben tener distribución por área, pero pueden situarse en centros fuera de la capital cuando así lo aconseje las peculiaridades del área, p. ej. Cinco Villas.

(d) las plazas corresponden al área, las cifras siguientes son la proporción aproximada que podría corresponder

(e) las plazas de pisos se deberían distribuir lo más cercanas a las necesidades de la población; las cifras serían los objetivos a cubrir en 2-3 ejercicios.

(f) por optimizar, podría ser un solo equipo por provincia

\*\*\* Las zonas rurales - hemos diferenciado Jaca-Sabiñánigo, Barbastro-Monzón-Binefar y Alcañiz, pero se podrían diferenciar comarcilmente Tarazona, Cinco Villas, Caspe y Calatayud por ejemplo - necesitarán de estructuras y equipos de Salud mental polivalentes que garanticen la cartera de servicios, aplicando los ratios de personal / número de habitantes establecidos, corregidos por la dispersión geográfica.

## **Plantillas básicas y óptimas requeridas. Tipología y perfil de los profesionales**

Es necesario establecer algunos parámetros y condiciones a los futuros profesionales de la rehabilitación, sobre los cuales se constituye la base de una adhesión al proyecto rehabilitador y de un futuro trabajo en equipo. Estos parámetros deben evaluar las siguientes actitudes y requisitos:

- Formación en Salud Mental y en el campo de la Rehabilitación Psicosocial.
- Facilidad para el intercambio grupo-equipo.
- Experiencias y actitudes recogidas en la página 28 del Documento Programas de Rehabilitación de Salud Mental del Servicio Aragonés de Salud.

Los recursos humanos específicos se caracterizarán por ser multidisciplinares, por actuar mediante protocolos de intervención específicos, por la elaboración de planes terapéuticos y rehabilitadores individualizados, por tener una dedicación en tiempo y espacio preestablecida. En cualquier caso se deberán adecuar a las circunstancias del dispositivo, a la población a atender, a las características del área y a los recursos sociosanitarios del área de referencia.

- **Director o Coordinador de Centro.** Coordinación del equipo, integración de las intervenciones entre los profesionales, velar por la coherencia y la aplicación de un método de trabajo, programación de los planes de tratamiento de los pacientes, elección formativa de los trabajadores, relaciones con instituciones y agencias territoriales, relaciones con los servicios o dispositivos derivantes, intervención en situaciones de crisis, relación con las instituciones de ingreso, y entrevistas con las familias. Debe participar en el órgano que corresponda en la negociación anual de objetivos.
- **Psiquiatras:** Tendrán que realizar la labor asistencial sanitaria, diagnóstica, terapéutica y psicoterapéutica (individual, grupo, familiar), la elaboración, puesta en práctica, seguimiento y evaluación del Programa Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR) de cada paciente, llevar a cabo la coordinación con otros dispositivos sanitarios y sociosanitarios y entre los diferentes profesionales del equipo.
- **Psicólogos clínicos:** Tendrán como funciones la labor psicoterapéutica (individual, grupo, familiar), la elaboración, puesta en práctica y seguimiento del PIRR de cada paciente, supervisión de casos, coordinación.
- **Trabajadores sociales:** Con las funciones de:
  - ↻ Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto.
  - ↻ Disminuir las situaciones de desventaja o minusvalía detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su reinserción en la comunidad.
- **Personal de Enfermería:** Son los responsables en primer lugar de la gestión de los cuidados derivados de la valoración de las necesidades básicas de los pacientes. Los ATS/DUE, además de las funciones propias de enfermería tendrán que participar de forma

muy activa en la supervisión de los casos en los diferentes programas (autocuidado, cumplimentación terapéutica,...). Los auxiliares sanitarios en salud mental son fundamentales para el cuidado diario de los pacientes, supervisión y realización de los diferentes programas en los que participen los usuarios, función de apoyo y soporte a los pacientes. Los ATS/DUE y auxiliares sanitarios de Salud Mental, con el apoyo de los terapeutas ocupacionales, deben garantizar las siguientes tareas rehabilitadoras:

- ☞ Conducción de grupos de actividad (grupo de acogida, grupo de cocina y limpieza, grupo de compra, grupo de búsqueda de trabajo, etc.,...).
  - ☞ Intervenciones individuales para la reorganización del comportamiento.
  - ☞ Coloquios individuales para establecer el objetivo y el programa, en situaciones de crisis, para confirmar los éxitos alcanzados, para encontrar las soluciones a los problemas prácticos.
  - ☞ Soporte a los usuarios en la gestión del cuidado de sí mismo.
  - ☞ Visitas domiciliarias destinadas a motivar al paciente, evaluar las motivaciones cuando suspende la asistencia, aplicar en el domicilio las competencias aprendidas en el centro, recoger informaciones sobre el contexto familiar y el funcionamiento del paciente en dicho contexto.
  - ☞ Intervenciones rehabilitadoras en otros lugares (salidas con la finalidad de lograr el aprendizaje y la socialización).
  - ☞ Visitas en los lugares durante su ingreso.
  - ☞ Relaciones con los servicios y los recursos del territorio (Servicios sociales, oficinas de colocación, empresarios, asociaciones de voluntariado, etc.).
  - ☞ Acompañamiento a los usuarios para adquirir las competencias del uso de medios públicos, inicialmente para que el paciente pueda venir autónomamente al Centro.
  - ☞ Soporte para que el paciente asuma la toma autónoma de medicación.
  - ☞ Contribución cotidiana a la elaboración del equipo.
  - ☞ Contactos con los profesionales de los servicios, bien en la fase de admisión como a lo largo de la evolución.
  - ☞ En definitiva, gestionar, supervisar y acompañar a los pacientes en el cumplimiento de las actividades derivadas de su PIRR.
- **Terapeutas ocupacionales:** Realizará su labor terapéutica y asistencial atendiendo a las tres áreas funcionales de la persona afecta de TMG:
- ☞ Área de autocuidados (actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales, que son las que permiten que una persona sea autónoma y no sea asistida).
  - ☞ Área laboral o productiva; procurar la inserción en dispositivos laborales, protegidos o no.
  - ☞ Área del Ocio y Tiempo Libre. Todo ello a través de la elaboración y puesta en marcha de programas en los distintos Centros y en coordinación con el equipo interdisciplinar.
- **Administrativos:** Funciones propias y de coordinación.

No hacemos mención de las funciones de **otras categorías profesionales** presentes en los dispositivos pero que son específicas de las distintas instituciones que componen la red (jefes de unidad, encargados, pedagogos terapéuticos, educadores,...). En el futuro habrá que formalizar sus funciones dentro de los dispositivos.

		PSQUIATRAS	PSICÓLOGOS	ATS/DIJE	TRABAJADOR SOCIAL	TER. OCUPACIONAL	MONITOR	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ADMINISTRATIVO	FISIOTERAPÉUTA
Centro de salud mental	1/75.000 hab.	2	2	2	1	-	-	-	1	1
CSM trastorno mental grave		25%	25-50%	50%	50%					
Seguimiento de casos*	1 equipo/Área	1	1	2	2	1	2	-	1	-
U. rehabilitadora de media estancia	40 camas	2	1,5	5	1	1	2	18	1	-
U. rehabilitadora de larga estancia	50 camas	2	1	5	1	1	2	15	1	1
C. de rehabilitación psicosocial	50 plazas	1	2	2	1	1	2	2	1	-
Club social	1 espacio/Área	-	-	-	1	0,5	1	1	1	-
Prog. Alternativos residenciales#	hasta 5 pisos de 4 plazas	más 0,5	-	-	más 0,5	más 0,5	más 1 por transición y más 0,3 por asistido	-	-	-
Centro ocupacional"		-	-	-	-	1	4	-	-	-
Centro especial de empleo		-	1	-	0,5	-	2	-	1	-
Programa de acompañamiento al empleo		-	-	-	-	-	1	-	-	-

CSM: centro de salud mental.

\*: El incremento notable de personal que contempla la puesta en marcha del subprograma de seguimiento de casos aquí especificado, refleja la dotación óptima que garantizaría una asistencia de calidad a este colectivo de pacientes con TMG con más riesgo de marginación y más desfavorecido. Sería recomendable establecer experiencias piloto con las que poder evaluar la efectividad y la eficiencia en la asistencia a este sector de población.

#: Programa de alternativas residenciales. Ligado a las unidades rehabilitadoras de media y larga estancia. Personal adicional a sus plantillas, diferenciando pisos de transición y asistidos.

": Programa de integración laboral. Ligado al centro de rehabilitación psicosocial. Según dispersión de la población atendida puede variar. No se contempla conductores, comerciales,...

## Elementos organizativos y de coordinación

### 1. Comisión Regional de Rehabilitación y Reinserción

Órgano colegiado y consultivo del Servicio de Salud Mental, con representación de distintos agentes institucionales y sociales, que dirigirá, aprobará y supervisará las acciones de rehabilitación, inserción sociolaboral y apoyo comunitario.

### 2. Responsable de Salud Mental de Área

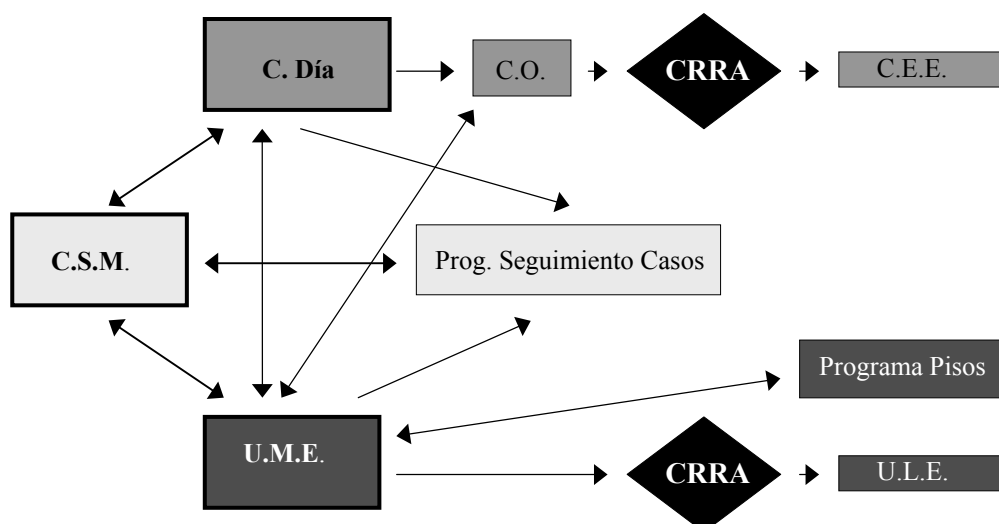
- ☞ Garantizará que se cumplan las directrices del Servicio de Salud Mental y el desarrollo del Plan de Salud Mental respecto de la Rehabilitación en su área,
- ☞ Analizará necesidades, propondrá intervenciones y provisión de recursos para llevar a cabo los programas de rehabilitación en su área.
- ☞ Supervisará el funcionamiento interno de cada dispositivo con el director o coordinador del mismo, quien dará cuentas al Servicio Aragonés de Salud de los programas en marcha y de los Planes individuales de Rehabilitación de los usuarios.
- ☞ Evaluará programas implantados, documentación y criterios establecidos.

### 3. Comisión de Rehabilitación de Área

Como órgano de coordinación de los recursos de rehabilitación del área y estará formada por representantes de todos los dispositivos y el responsable de Salud mental de Área, quien la presidirá.

- ☞ Propondrá la puesta en marcha de dispositivos laborales, residenciales y de apoyo comunitario acordes con las necesidades e idiosincrasia de la zona.
- ☞ Garantizará la buena marcha de las derivaciones intercentros y de la lista de espera a través de protocolos y reuniones periódicas de coordinación.
- ☞ Garantizará la realización de los planes individuales de rehabilitación y reinserción y la corresponsabilización de todos los dispositivos respecto a aquéllos.

#### 4. Organigrama funcional de los principales recursos rehabilitadores de área



- Situamos al centro de salud mental como única puerta de entrada al sistema y al Programa de Seguimiento de Casos como programa de apoyo ambulatorio y de transición entre recursos.
- Con el mismo color se contemplan recursos que deberían estar coordinados por un mismo equipo.
- El paso a Centros Especiales de Empleo y a plazas de Larga Estancia precisará del criterio de la comisión de Rehabilitación y Reinserción de Área (CRRA).

#### 5. Creación de una Fundación Pública Sociosanitaria de Salud Mental

- Garante del desarrollo de los planes de integración comunitaria, sociolaboral y residencial no estrictamente sanitarios y sí sociosanitarios necesarios en el tratamiento y rehabilitación del Trastorno Mental Grave.
- Formada por representantes de los departamentos de Salud, Economía, Trabajo, Educación y Justicia.
- Se dotará de instrumentos jurídicos y de recursos (muebles, inmuebles y humanos) necesarios para poder desarrollar sus objetivos.



## **ANEXO 2. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE CENTROS DE SALUD MENTAL Y APOYO A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

### **Relación de autores**

Coordinador:

*Ricardo Campos Ródenas*

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario

Componentes:

*Carmen Blasco Viana*

Trabajadora Social. Centro de salud Zalfonada

*Gregorio Laborda Bazán*

Trabajador Social. Centro de salud Delicias Sur

*Pilar Lamuela Morales*

ATS/DUE. Centro de salud mental Sagasta-Ruiseñores

*Antonio Lobo Satué*

Psiquiatra. Jefe de servicio de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace. Hospital Clínico Universitario

*Carmen Martín Martínez*

Psicóloga. Centro de salud mental Delicias

*Eduardo Martínez González*

Psiquiatra. Centro de salud mental Sagasta-Ruiseñores

*Carmen Montón Franco*

Médico. Centro de salud mental Casablanca

*Pablo Padilla Mendivil*

Psiquiatra. Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen

*Valero Pérez Camo*

Psiquiatra. Centro de salud mental Delicias

*Jesús Ruiz Barranco*

ATS/DUE. Director de Enfermería del Área de Salud III. Gerencia de Atención Primaria Área III

*Pilar Sacristán Martín*

Psicóloga. Centro de salud mental Las Fuentes Norte

*Roberto Salvanes Pérez*

Psiquiatra. Jefe de servicio de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet

*Mariano Sanjuan Casamayor*

Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Hospital Royo Villanova

*Carmen Sanisidro Fontecha*

Psicóloga. Centro de Especialidades Inocencio Jiménez

*Javier Valdepérez Torrubia*

Director Médico de las Áreas de Salud II y V. Gerencia de Atención Primaria Área II y V

## Justificación del programa

El centro de salud mental y la coordinación con los equipos de salud mental constituyen los fundamentos de la asistencia psiquiátrica contemporánea en los países desarrollados que disponen de un sistema público de salud. A pesar de los años transcurridos tras la implantación de la reforma psiquiátrica, en nuestra Comunidad Autónoma el desarrollo de la red de recursos de salud mental dista de ser satisfactorio, tal y como recogen las valoraciones iniciales del grupo de trabajo que se señalan a continuación:

- El modelo de provisión de atención especializada más prevalente es el de centro de salud mental, coexistiendo con consultas en los hospitales generales.
- Se reseña que no se cumplen las ratios entre población asignada y número de profesionales de salud mental y la necesidad de contar con mayores recursos humanos y de una mayor definición del proceso asistencial. Se plantea definir una oferta básica de servicios y que la asignación de recursos humanos se determine según la acreditación de complejidad asistencial.
- Los equipos de salud mental están generalmente compuestos por profesionales que dependen de diferentes instituciones, cuyas funciones no siempre están suficientemente perfiladas y dependen mayoritariamente del criterio y de la voluntad del propio profesional. Hay actividades concretas como las visitas a domicilio por parte del equipo de salud mental que no parecen estar claramente especificadas de acuerdo con el marco que regula la asistencia especializada.
- La demanda desborda con frecuencia la capacidad de los equipos para desarrollar objetivos básicos como una mayor integración en la propia comunidad, prevención, docencia e investigación. La reforma de salud mental no ha conllevado en nuestra Comunidad Autónoma el desarrollo de una auténtica red de servicios (con recursos intermedios) de la cual el centro de salud mental es un dispositivo clave pero no el único.
- En la asistencia ambulatoria en salud mental algunos indicadores deben ser modificados, como por ejemplo la duración de las visitas o la ratio entre primeras visitas y sucesivas.
- Se constatan dificultades de accesibilidad tanto por listas de espera prolongadas como por la propia ubicación de los recursos (en concreto para la población del medio rural). En este último caso, se aportan experiencias desde instituciones privadas con conciertos con ayuntamientos, cajas de ahorro y los propios usuarios.
- Se echa de menos el reconocimiento oficial de la labor del coordinador del equipo de salud mental y que existan criterios para valorar la calidad de la asistencia en las unidades.
- Se señalan algunas dificultades para la coordinación con Unidades de hospitalización breve y también para recursos específicos, como por ej. centros de atención a personas con drogodependencias o programas de tratamiento para pacientes con trastornos de conducta alimentaria.
- Se aportan diversas experiencias asistenciales en este campo por profesionales de enfermería, reseñando la necesidad de que exista un marco legal y de acreditación formativa para los profesionales de enfermería en salud mental.
- Se recoge también la experiencia de trabajo social con los equipos de salud mental, señalándose también una especificidad en el perfil asistencial que conlleva necesidad de la inclusión de Trabajadores sociales en el propio equipo de salud mental.
- Hay experiencias conjuntas de discusión de casos entre equipos de centros de salud mental y de Atención Primaria que están resultando positivas pero que resultan aisladas. En otros centros, estas reuniones se mantuvieron en etapas iniciales pero no hubo continuidad en

parte por el aumento de los centros de Atención Primaria asignados a cada centro de salud mental, en parte por desgaste en la motivación de los propios profesionales.

Los objetivos priorizados para este programa son:

1. Elaborar unas guías de funcionamiento práctico de los centros de salud mental y de su relación con los equipos de Atención Primaria.
2. Comparar los actuales recursos con las necesidades e indicadores que se proponen en esta guía.

### **Cartera de servicios**

Se pretende mantener y mejorar la cartera de servicios actual, incluyendo en los programas de "mejora de calidad" una más concreta definición y garantizando la continuidad asistencial entre las diversas estructuras. Estos últimos objetivos son prioritarios.

1. **Atender todas las consultas que surjan de los centros de Atención Primaria aragoneses.** Para ello habrá una recepción administrativa a la que se seguirá en un breve plazo de tiempo (1-2 días) una primera entrevista de acogida.
2. **Atender todas las consultas que provengan de dispositivos asistenciales más específicos (unidades de hospitalización breve, valoraciones psiquiátricas realizadas en urgencias...).** En caso de las derivaciones desde la unidad de hospitalización no será necesario el paso por el médico de Atención Primaria, siendo concertada la cita desde la unidad de hospitalización breve sin que el tiempo de espera entre el alta hospitalaria y la cita ambulatoria sea mayor a 15 días.
3. **Programas "de Interconsulta y Enlace"** (profesionales de salud mental en colaboración estrecha con el equipo de Atención Primaria).
  - Modelo tradicional. A fin de intentar mejorar la comunicación entre los equipos y las unidades es recomendable que el médico de familia informe en el **impreso o volante** de los datos más relevantes que motivan la solicitud de colaboración:
    - Motivo de consulta.
    - Antecedentes médicos y psiquiátricos.
    - Síntomas principales.
    - Pruebas complementarias realizadas.
    - Tratamientos previos y/o actuales.
    - Otros datos de interés ( problemática y apoyo social...).

Del mismo modo es necesario que exista respuesta por parte del centro de salud mental, contestando por escrito en el mismo volante de petición de colaboración, especificando el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Es deseable que este informe sea remitido en el transcurso de las primeras visitas del paciente al centro de salud mental.

En cuanto al intercambio de información, tanto desde Atención Primaria como desde los equipos de salud mental se desea que recibir un informe y que éste tenga calidad. Otro aspecto importante es la legibilidad y confidencialidad de dicho informe.

A fin de mejorar la comunicación y coordinación entre los equipos y la unidad, en ocasiones, puede ser válido el contacto telefónico como complemento a lo anteriormente expuesto.

- Modelo de enlace o interconsulta: El enlace propiamente dicho se refiere a reuniones periódicas entre los profesionales de ambos modelos asistenciales y constituye la actividad fundamental y diferencial con otros planteamientos asistenciales.

Resulta por tanto un espacio aceptado y reconocido institucionalmente que permite a los profesionales de los centros de salud mental y de los equipos de Atención Primaria la coordinación necesaria para poder llevar a cabo una tarea asistencial conjunta.

Ofrece importantes ventajas tanto para los pacientes (mayor aceptación y acceso a una valoración) como para el equipo de Atención Primaria y para el equipo de salud mental (satisfacción, formación continuada..). Estimamos que sería adecuado que estas reuniones que tuvieran lugar periódicamente (mensual, quincenalmente), durante una o dos horas con cada centro de salud. Se precisaría la negociación de aspectos prácticos de la forma de llevarlo a cabo, como el lugar de reunión, la frecuencia, la duración.

Siempre es recomendable disponer de la historia clínica del equipo de Atención Primaria y del centro de salud mental si la hubiere y registrar el intercambio de información. El objetivo a alcanzar sería que estas actividades pudieran realizarse con todos los equipos de Atención Primaria que lo solicitaran y que supusieran un 20% de la actividad clínica del centro de salud mental.

4. **Protocolos de actuación clínica.** Guías de buena práctica para las situaciones clínicas más frecuentes tanto sintomáticas (valoración de riesgos de autolisis, dificultades en la adhesión al tratamiento, duelo...) como diagnósticas (esquizofrenia, trastorno bipolar, demencias, depresión, trastorno de ansiedad,...).

## 5. Programas preventivos

- 5.1. Mantener las propuestas de actuación planteadas desde el **Programa de Actividades Preventivas de la Salud de Atención Primaria (PAPPS)**. La prevención primaria se articula a través de los siguientes subprogramas:

*Infancia-adolescencia:*

- Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio
- Embarazo en la adolescencia
- Hijos de familias monoparentales
- Retraso escolar – trastorno en el desarrollo del lenguaje
- Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres
- Diagnóstico precoz de los trastornos de ansiedad y depresión
- Prevención del suicidio

*Adultos-ancianos:*

- Pérdida de un familiar o allegado

- Pérdida de funciones psicofísicas importantes (atención al paciente y sus familiares)
- Cuidado del paciente terminal
- Jubilación
- Cambios frecuentes de domicilio en los ancianos
- Diagnóstico precoz de los trastornos de ansiedad y depresión
- Prevención del suicidio

## 5.2. Promoción de la salud mental

**Sobre el individuo:** Actuaremos a través de *Programas Psicoeducativos*. La OMS ha promovido una serie de programas educativos para el desarrollo de “habilidades de la vida diaria” cuyos objetivos son:

- ☞ Potenciar la competencia social de los niños y adolescentes.
- ☞ Estimular en ellos el desarrollo de estilos saludables de conducta.
- ☞ Asumir una creciente responsabilidad sobre sus vidas y sobre su salud.

**Sobre el medio ambiente:** A través del **Programa de Salud Ambiental**, cuyos objetivos son:

- ☞ Identificación de factores ambientales de riesgo: estrés, estilo de vida, condiciones de trabajo (desempleo), etc.
- ☞ Disminución o supresión de estos factores en el medio sociofamiliar y laboral.

## 5.3. Prevención secundaria para:

**Fomentar el reconocimiento precoz de síntomas psiquiátricos:**

- ☞ Por parte del paciente: mediante campañas de información.
- ☞ Por parte del médico: mediante la utilización de cuestionarios y otros instrumentos y técnicas educativas.

**Actuar sobre la enfermedad para acortar su duración,** mediante:

- ☞ Consejo terapéutico.
- ☞ Tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico).

## 5.4. Prevención terciaria

**Prevenir las recaídas y reducir su duración y efectos.**

**Minimizar las consecuencias adversas** (deficiencias, discapacidades, minusvalías) de la enfermedad con:

- ☞ Actuaciones dirigidas al individuo.
- ☞ Actuaciones dirigidas al entorno familiar y social.

**Desarrollo de estrategias rehabilitadoras** sobre las consecuencias negativas de los trastornos mentales. Se ha demostrado que los pacientes dados de alta de hospitales psiquiátricos que se someten a un **Programa Activo de Rehabilitación y Adquisición de Habilidades Sociolaborales** son reingresados en menor porcentaje. Estos programas de rehabilitación se lleva a cabo en centros especializados como Centros de Día, Hospitales de Día, Talleres Ocupacionales, Apartamentos Terapéuticos que, por lo tanto, permanecen fuera del ámbito de la Atención Primaria.

## 6. Programas docentes e investigadores:

**6.1. Mantener y desarrollar los programas docentes** a todos los niveles, con *especial énfasis en la formación de los componentes del equipo así como del personal en fase*

de formación: MIR de Psiquiatría, de Medicina Familiar y Comunitaria, PIR, ATS/DUE, máster en Psiquiatría para Trabajadores Sociales, estudiantes de pregrado. Para ello se proponen tres ámbitos en las actividades de formación:

- ✦ Formación interna de cada equipo. La organiza el propio equipo del Centro de Salud Mental. Actividades: seminarios, sesiones bibliográficas, casos clínicos, etc.
- ✦ Formación del Sector. Se trata de integrar la relación asistencial entre los dispositivos con actividad formativa. Los diferentes equipos intercambian posiciones docentes y discentes.
  - Sistema de centros de Atención Primaria y centro de salud mental.
  - Circuito de salud mental especializada. Centros de salud mental, recursos intermedios, unidades de hospitalización, etc.
- ✦ Nivel de Jefatura de Salud Mental. Se trata de establecer un programa de formación unificado para todos los profesionales de salud mental, a modo de estudios de postgrado. Programas trienales en convenio con el Ministerio de Educación y Ciencia. La organización de esta formación corresponde a la Consejería de Sanidad a través de la Jefatura de Salud Mental. Se realiza fuera del espacio y del horario de trabajo diario habitual.

**6.2. Investigación basada en las necesidades** que la realidad asistencial nos indique, y que pueden agruparse en tres grandes campos:

- ✦ Estudio de necesidades en salud mental de la población. Obviamente no se trata de hacer estudios epidemiológicos de envergadura, sino de lo posible, a través de análisis de la demanda, estudios comparativos entre zonas, etc. Este campo de investigación requiere de la colaboración de Atención Primaria.
- ✦ Estudio de factores socio familiares y ambientales que inciden en la salud mental. Dado que la mayor parte de estos factores son inespecíficos y afectan a la salud mental de una forma global, este tipo de investigación se organizara fundamentalmente desde Atención Primaria, pero desde los servicios de Salud Mental se trabajaran temas mas específicos de la patología como:
  - Organización y priorización de la demanda.
  - La atención y la asistencia a la "cronicidad".
  - La población con alto riesgo de hospitalización.
  - Población infante juvenil.
- ✦ Los servicios de salud mental que proporcionan los Centros de Salud Mental. Aquí el interés se centrara en la evaluación de servicios, estudios de efectividad y de calidad asistencia.

**Estructuras físicas necesarias, ratios y ubicación**

En el centro de salud mental se propone la distribución de unos espacios mínimos y que consideren cuatro áreas de distribución de trabajo:

- Área de espera, recepción y administración.
- Área de consultas: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social.
- Área de dirección, coordinación, docencia y formación.
- Área de servicios: aseos, almacén.

Estas áreas son imprescindibles en centros a los que corresponden grandes poblaciones de referencia y que requieren un alto número de profesionales. Poblaciones y equipos pequeños se adecuarán a las necesidades reales, sin perder esta estructura de funcionamiento. Se respetará así mismo estructura, áreas y espacios, cuando el Centro de Salud Mental se ubique en otras dependencias sanitarias (centro de salud, hospital, etc.).

## **Plantillas requeridas, tipología y perfil de los profesionales**

Los profesionales que componen un equipo de salud mental son:

- Psiquiatras.
- Psicólogos (con capacitación en Psicología Clínica).
- Enfermeras/os (con capacitación en Salud Mental).
- Trabajador/a Social (con capacitación en Salud Mental).
- Administrativos.

En cuanto a la figura del trabajador/a social, consideramos imprescindible que sea parte integrante de dichos equipos, puesto que se requiere una especialización propia. En el documento o memoria completa correspondiente a este programa se especifican las funciones de cada uno de los profesionales así como la relación entre ellos durante el proceso asistencial.

La organización del equipo se hace en torno a las Áreas de Salud y tiene asignado una población determinada. Se sitúan en el nivel especializado, referido a unos Centros de Atención Primaria. Se propone una única dependencia jerárquica para todos los miembros del equipo a través del Jefe de los Servicios de Área de salud mental de la Comunidad Autónoma. Existencia de coordinador dentro del equipo con reconocimiento administrativo y presupuestario, para el desarrollo de sus funciones (especificadas en la memoria). Se especifican las funciones asistenciales, preventivas, de coordinación, de formación, investigación y docencia así como de mejora de calidad (evaluación de indicadores).

La cobertura recomendable del equipo es de población de 75.000 habitantes y para ello debe dotarse de las siguientes ratios de profesionales:

- 4 psiquiatras
- 3 psicólogos
- 1 trabajador social
- 2 administrativos

## **Elementos organizativos y de coordinación**

### **1. Comisión aragonesa actual de Centros de Salud Mental y coordinación con Atención Primaria**

Como instrumento de comunicación permanente con las administraciones implicadas en la salud mental.

## **2. Sistema único de recogida de información**

Éste debe permitir el conocimiento de los siguientes indicadores de funcionamiento tanto cuantitativos como cualitativos. Mensualmente:

- Número de pacientes atendidos, tanto de primeras vistas como de seguimiento
- Descriptores clínicos (diagnósticos, problemas clínicos, tratamientos,...).
- Tiempo de espera antes de la primera visita.
- Número de abandonos.
- Número de citas preferentes.
- Número de retornos (tras seis meses desde la última visita o consulta por motivo diferente).
- Centro y profesional de procedencia.
- Informes de derivación tras el alta del paciente de la Unidad.

## **3. Distribución del tiempo asistencial**

Éste no debe superior al 65% del tiempo total disponible. Los tiempos se distribuirán:

Primera visita: 45 minutos

Seguimiento: 20 minutos

Proporción de primeras visitas diarias por profesional: 2

## **4. Potenciar el sistema ya desarrollado de “mejora de calidad asistencial”**

Se tomará como referencia el desarrollado para la Psiquiatría de Enlace en el ámbito europeo (Grupo ECLW, QA), que incluye una implantación multicéntrica en España, coordinada desde Zaragoza.

## **5. Otros**

Contribuir a “garantizar una financiación pública de los servicios sanitarios”:

Incluir en todos los programas medidas de apoyo a las familias.

## **ANEXO 3. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE**

### **Relación de autores**

Coordinador:

*Antonio Lobo Satué*

Psiquiatra. Jefe de servicio de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace. Hospital Clínico Universitario

Componentes:

*Pilar Aguirán Clemente*

Psicóloga. Sociedad Española de Lucha contra el Cáncer

*Ricardo Campos Ródenas*

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario

*Fernando Gómez Burgada*

Psiquiatra. Jefe de Unidad de Psiquiatría. Hospital Royo Villanova

*Carlos Iglesias Echegoyen*

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Teruel

*María Jesús Pérez Echeverría*

Psiquiatra. Unidad de Psicopatología. Servicio de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet

*Concepción Sanz Carrillo*

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital San Jorge

### **Justificación del programa**

La Psiquiatría de Enlace (o de “interconsulta y enlace”) es la disciplina psiquiátrica cuyo núcleo de atención es la morbilidad psíquica en pacientes médico-quirúrgicos o de medicina general. Se trata de una disciplina con importante implantación actual y creciente, tanto en el ámbito europeo como a nivel nacional. Las Unidades clínicas que se responsabilizan de esta actividad, engranadas en el sistema asistencial psiquiátrico, reciben distintos nombres, incluyendo *Unidades de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace (UPPE)*, la denominación que se utiliza en la Comunidad Autónoma de Aragón. *La prioridad del Programa actual tiene las siguientes bases:*

1. Además de la **orientación humanista** que persigue la “medicina psicopatológica” que busca una atención integral al enfermo, existe un sólido **fundamento empírico, basado en la evidencia**, para justificar su existencia, prioritaria en algunos sistemas europeos:
  - Alta tasa de comorbilidad psíquica en pacientes médico-quirúrgicos (30%-50% en pacientes ingresados); pacientes “complejos”, que necesitan una formación especializada.
  - La comorbilidad psíquica no se detecta con frecuencia, motiva una excesiva utilización de servicios médicos y aumenta la incapacidad, morbilidad e incluso la mortalidad.
  - Las intervenciones “integrales”, de colaboración de psiquiatras con los equipos médico-quirúrgicos, optimizan la asistencia y reducen costes.

2. **Existen objetivos definidos de la Psiquiatría de Enlace**, a nivel internacional y adaptados en nuestro país por el *Grupo Español de Trabajo en Psiquiatría de Enlace y Psicósomática* (GETPEP).
3. **La Psiquiatría de Enlace tiene existencia prolongada e intensidad considerable en la Comunidad Autónoma de Aragón.**
  - Existe en nuestra Comunidad Autónoma desde 1977, y la tabla 1 da cuenta del resumen de actividades: las tasas de interconsulta superiores a la media europea del 1,5% (Estudio ECLW en 13 países incluido España y 90 hospitales con UPPE activas, patrocinado por los Programas Biomed de la Unión Europea): en el Hospital Clínico Universitario y Hospital Miguel Servet son de aproximadamente 4% de los ingresos, 40 pacientes “activos” en un día promedio, y mantienen también los *programas “de enlace”* en sentido estricto.
  - Las Unidades del Hospital Clínico Universitario y Hospital Miguel Servet son multidisciplinarias, tienen dotaciones de personal a tiempo completo, cuentan con una estructura física independiente. Además, manejan protocolos de actuación clínica que siguen estándares internacionales, y los rendimientos de eficacia y eficiencia (criterios ECLW) son también comparables.
  - Existe una importante actividad docente, incluyendo formación MIR de Psiquiatría, pero también de Atención Primaria y de otras especialidades, y programas tipo “fellowship”, de formación del personal médico-quirúrgico y de formación del personal investigador. La actividad investigadora es muy considerable en este campo, e incluye sistemáticamente Proyectos financiados, estudios multicéntricos nacionales coordinados, estudios transnacionales y publicaciones internacionales “de impacto”.
  - Existe una *experiencia considerable de Gestión* en las UPPE aragonesas más activas:
    - Clínicamente, pactan objetivos con Gerencia.
    - Han contribuido sustancialmente a la concreción de estándares de gestión (establecimiento de necesidades, índices de eficacia y eficiencia, parámetros de equidad y programas de mejora de calidad) y a la bibliografía especializada en el ámbito nacional.
    - Los índices de eficacia y eficiencia en las UPPE aragonesas son satisfactorios en el ámbito europeo (Estudios ECLW, ARSI y Quality Assurance), y han contribuido a la concreción de estándares actuales; al conocimiento sobre los tipos de enfermos que con más frecuencia tienen que ser atendidos y al establecimiento, ya fundado, de la frecuente complejidad de los mismos; y al conocimiento de las áreas asistenciales que deben ser prioritarias en los programas de mejora de calidad.
    - Las UPPE aragonesas han participado en los Programas Biomed europeos de Gestión de calidad en Psiquiatría de Enlace, han desarrollado también instrumentos especiales de gestión y un programa especial de Quality Assurance (QA), y han coordinado el estudio multicéntrico nacional (Proyecto del Fondo de Investigaciones Sanitarias) sobre el tema.

### **Cartera de servicios**

Se pretende *mantener y mejorar la cartera de servicios actual* (ver sección más arriba), incluyendo en los programas de “mejora de calidad” una más concreta definición y *garantizando la continuidad asistencial* entre las diversas estructuras. Estos últimos objetivos son prioritarios (“Priorit”).

1. **Atender todas las interconsultas que surjan en los centros hospitalarios aragoneses**
  - ✦ Manteniendo las ratios actuales por encima de la media europea en el Hospital Miguel Servet y en el Hospital Clínico Universitario, con incremento progresivo en los centros que inician su actividad de UPPE.
  - ✦ Manteniendo los índices de actividad clínica reseñados en el apartado de eficacia y eficiencia, progresando hacia esos índices, de modo gradual, en las nuevas UPPE.
  - ✦ Cumpliendo los objetivos definidos (GETPEP) en el ámbito internacional y adaptados en nuestro país: intervenciones “completas”, de amplio espectro, multidisciplinarias, informadas.
  
2. **Programas “de Enlace”** (psiquiatras engranando en equipos médico-quirúrgicos). *Mantener los existentes* en el Hospital Miguel Servet y en el Hospital Clínico Universitario (Oncología, Quemados, Trasplantes, SIDA/Infecciosos, Clínica de la Memoria, Atención Primaria.), con un *incremento progresivo en nuevas UPPE* y objetivo de alcanzar el 20% de la actividad clínica.
  
3. **Protocolos de actuación clínica:**
  - ✦ *Mantener* y mejorar los existentes, progresiva implantación en nuevas UPPE, buscar el consenso en nuestra Comunidad Autónoma.
  - ✦ Protocolos “importantes”: riesgo de suicidio en plantas médico-quirúrgicas, delirium, depresión mayor en enfermos con patología médica “compleja”, abuso de sustancias en pacientes con patología médico-quirúrgica “compleja”, conductas de enfermedad patológicas (inicialmente somatizadores, trastornos de conversión, neurosis ocupacionales), “Enlace” en Unidades especiales.
  - ✦ Programa de enlace, especial, con Atención Primaria, para garantizar la continuidad asistencial (Priorit.)
  
4. **Programas preventivos:**
  - ✦ Mantener la línea de trabajo clínico-investigador para temprana detección de pacientes “complejos” médico-quirúrgicos con comorbilidad psíquica, incluyendo somatizadores.
  - ✦ Mantener la línea de estudio de factores “de riesgo” de comorbilidad psíquica en pacientes médico-quirúrgicos, para hacer posibles estrategias de prevención primaria.
  - ✦ Mantener la línea de trabajo con Atención Primaria en los programas de cribado y detección precoz de morbilidad psíquica en grupos de riesgo.
  
5. **Programas docentes e investigadores:**
  - ✦ *Mantener y desarrollar* los programas docentes a todos los niveles, con especial énfasis en MIR de Psiquiatría, de Medicina Familiar y Comunitaria, de Geriátrica y de otras especialidades.
  - ✦ Mantener y desarrollar los Programas tipo “fellowship” (para especialización en Psiquiatría de Enlace, incluyendo aspirantes de otras Comunidades Autónomas y de otros países).
  - ✦ Programas de mejora de la capacitación de los profesionales (Priorit.): Incorporar en la Comunidad Autónoma de Aragón el programa de Curso Avanzado con el “modelo Manchester”. Se pretende consensuar las actividades formativas en nuestra Comunidad Autónoma; y cumplir con los estándares y criterios de las Comisiones Nacionales de las especialidades respectivas.

- ✦ Mantenimiento y desarrollo de Proyectos de investigación financiados externamente (Fondo de Investigación Sanitaria, CICYT, Diptación General de Aragón, BIOMED de la Unión Europea), incluyendo los multicéntricos, y transnacionales.
- ✦ Priorit.: "Investigación de servicios", en relación con problemas concretos de la Psiquiatría de Enlace en Aragón.
- ✦ Mantener y desarrollar la línea sistemática de publicaciones internacionales en revistas "de impacto".
- ✦ Mantener y desarrollar los programas formativos existentes: Becarios de Formación de Personal Investigador; Tesis Doctorales.

## **Estructuras físicas necesarias, ratios y ubicación**

### **Plantillas básicas y óptimas. tipología y perfil de los profesionales**

La tabla 1 recoge, resumidamente, la actividad clínica actual en los hospitales aragoneses. Se atienden anualmente en el Hospital Miguel Servet y en el Hospital Clínico Universitario unos 1.500 enfermos nuevos anuales, en cada uno de los cuales se hace un promedio cercano a 3 revisiones (unas 3.500 revisiones anuales en cada UPPE). La *media de 40 enfermos "activos" diariamente*, hospitalizados en distintas plantas médico-quirúrgicas de las que se responsabilizan cada UPPE. Figuran también en la tabla los *programas "de enlace"* en sentido estricto. En el *resto de Unidades se espera un número creciente de intervenciones*, aunque no disponen de dotación a tiempo completo, y las tasas se aproximan a las primeras. También hay una actividad considerable de *Psicología Clínica*, particularmente en las Unidades de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC); la tabla refleja la actividad en Zaragoza, siendo proporcional en la Unidades de Huesca, Teruel y Alcañiz.

La tabla 1 refleja también las estructuras físicas *actuales* en los hospitales aragoneses (entre paréntesis) y *las que se proponen* en la nueva organización, siguiendo el criterio (Priorit.) de, progresivamente, *"lograr una distribución territorial equitativa"*. En resumen, se propone como necesario contar con al menos un despacho clínico en cada hospital, más en las UPPE más activas actualmente, donde además se precisa un despacho de "recepción".

Para atender esa actividad clínica, en circunstancias óptimas, se aspira a *tener una UPPE completa en cada hospital* ("equidad"). La tasa "ideal" es de 1 psiquiatra/300 camas. Sin embargo, el cálculo de plantillas, que se concreta en la tabla 2, quiere ser una petición realista, a corto plazo, teniendo en consideración la situación actual y, además, la búsqueda de la "equidad". La tabla puede resumirse así:

- ❖ En todos los hospitales se propone nueva dotación.
- ❖ En todos los hospitales aragoneses habría una UPPE establecida con, al menos:
  - Un espacio físico definido (al menos un despacho clínico en el hospital general; recepción además en el Hospital Miguel Servet y en el Hospital Clínico Universitario);
  - Un/a psiquiatra a "tiempo completo" (dos y el Jefe de Servicio actual, a tiempo parcial, en el Hospital Clínico Universitario; en el Hospital Miguel Servet habría un psiquiatra para cada uno de los tres hospitales);
  - Un/a psicólogo/a clínico a "tiempo parcial" (compartiendo su tiempo con otras Unidades de su Servicio/Área);
  - Una enfermera/o (dos en el Hospital Miguel Servet y en el Hospital Clínico Universitario);

- Un/a trabajador/a social a “tiempo parcial” (a tiempo completo en Hospital Clínico Universitario).

En los cálculos de dotación en los hospitales universitarios se estima que debe ser reconocida la proporción de tiempo dedicado a la docencia. En el resto de hospitales aragoneses debe reconocerse la necesidad de contar con Psiquiatría “de enlace”: se propone inicialmente que las necesidades sean cubiertas por el psiquiatra a cargo de la unidad de salud mental y que, progresivamente, se les dote en términos proporcionales al resto de hospitales. La AECC propone actualmente incrementar sus actividades para cubrir la demanda, y la propuesta de dotación será proporcional a las actividades a desarrollar.

Perfil de los profesionales: Los psiquiatras “de enlace” necesitan una *formación especializada y experiencia*. En el ámbito internacional se camina hacia la subespecialización en esta psiquiatría. En el resto de profesionales la situación será análoga.

### **Elementos organizativos y de coordinación**

1. **Mantener la actual Comisión Aragonesa de Psiquiatría de Enlace** como instrumento de comunicación permanente con las Administraciones implicadas en la salud mental (Priorit.).
2. **Crear un sistema único de recogida de información (Priori)**: definiciones operativizadas de las intervenciones, que se utilizan en la gestión actual; formato de recogida de información, basado en el Patient Registration Form (PRF, CLB-Dok) consensuado y validado a nivel europeo, con intervención de Zaragoza.
3. **Potenciar el sistema ya desarrollado de “mejora de calidad asistencial”** implantado para la Psiquiatría de Enlace en el ámbito europeo (Grupo ECLW, QA), que incluye una implantación multicéntrica en España, coordinada desde Zaragoza.
4. **Modelos de gestión (Priorit.)**, basados en:
  - Modelos de gestión existentes en las UPPE del Hospital Clínico Universitario y del Hospital Miguel Servet (planificación de objetivos, contratos programa y acuerdos de gestión);
  - Utilización de instrumentos y sistemas experimentados (B y C);
  - Posibilidad de establecer convenios específicos de colaboración para el desarrollo de programas del plan.
5. **Mantener la línea de trabajo para implantación del sistema “COMPRI-INTERMED”**, desarrollado por el Grupo europeo ECLW con la contribución de Zaragoza: temprana detección, clasificación (en ejes somático/biológico, psicológico, social y de consumo de servicios) y remisión de pacientes médico-quirúrgicos “complejos”(Priorit.)
6. **Coordinar la actuación con la del resto de recursos sociales y servicios de la Administración: “Continuidad asistencial”**.
  - Modelos específicos de la Psiquiatría “de enlace”.
  - Enlace especial con la Atención Primaria (Priorit.).
7. **Otros:**
  - Contribuir a “garantizar una financiación pública de los servicios sanitarios”:

- Incluir en todos los programas medidas de apoyo a las familias.
- Desarrollar objetivos para cada uno de los programas (incluye objetivos relacionados con la sociedad, cómo hacer llegar a la población información clara sobre la experiencia de la Psiquiatría de Enlace”.

**Tabla 1. Índices actuales de actividad clínica en UPPE en Aragón (\*)**

	MIGUEL SERVET	HOSPITAL CLÍNICO	ROYO VILLANOVA	OBISPO POLANCO	SAN JORGE	AECC
N.º INTERCONSULTAS ATENDIDAS	1.403 (1 <sup>as</sup> ) Total: 3.799	± 1.500 (1 <sup>as</sup> ) Total: ± 5.000	± 220 (1 <sup>as</sup> ) ↑	85 (1 <sup>as</sup> ) Total: ± 470 ↑	± 300 (1 <sup>as</sup> ) Total: 1.000 ↑	425 HCU 361 HMS
PROGRAMAS "DE ENLACE"	4: UCI, ULME, Quemados, Infecciosas	6: SIDA/Infecciosos Oncología, Obesidad Trasplante Hepático, A.P., Dem.	1: Obesidad ↑	Sólo protocolos actuación/remisión ↑	Sólo protocolos actuación/remisión ↑	1
RECEPCIÓN	1 (-----)	1 (1)	----	----	----	----
DESPACHOS	2 (1)	5 (5)	1 (compartido)	1	1 (compartido)	1 (1 en la Asoc. compartido)

\*: Entre paréntesis, dotaciones actuales.  
HCU: Hospital Clínico Universitario.  
HMS: Hospital Miguel Servet.  
ICI: Unidad de cuidados intensivos.  
↑: Aumento previsto.

**Tabla 2. Propuesta de dotación de las Unidades de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace (\*)**

	H. MIGUEL SERVET	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO	H. ROYO VILLANOVA	H. OBISPO POLANCO	H. SAN JORGE	AECC
PSIQUIATRAS	3 (1)	2 (1 T completo 1 Tp.) 1 Jefe Serv. Tp. (1)	1 (Desde UCE)	1 (Desde CSM)	1 (Desde UCE)	No (colaboración con HCU)
MIR PSIQUIATRÍA (* Otras especialidades, además)	1 (1/6 meses) *	2 (1) *	6 meses (Desde UCE). *	----	6 meses (Desde UCE)	Convenio con Academia (Psicol.)
PSICÓLOGOS CLÍNICOS	1 Tp. (No)	1 Tp. (No)	1 Tp. (Desde UCE)	1 Tp. (No)	1 Tp. (No)	2 (2)
ENFERMEROS/AS	2 (1)	2 (1)	1 (1 Tp.)	1 (-----)	1 (-----)	2 (2)
TRABAJADORES SOCIALES	1 Tp. (No)	1 (1 Tp. + 1 Máster T.S)	1 Tº. (1 Tp.)	1 Tp. (1 Tp.)	1 Tp. (1 Tp.)	1 Tp. (1 Tp.)
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	1 (No)	1 (1)	1 Tp. (No)	1 Tp. (No)	1 Tp. (No)	No

\*: Entre paréntesis, dotaciones actuales.  
T p.: Tiempo parcial  
UCE: Unidad de corta estancia.  
CSM: Centro de salud mental.  
T.S.: Trabajo Social.



## **ANEXO 4. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

### **Relación de autores**

Coordinadora:

*Mercedes de Juan Sanz*

Psicóloga. Unidad de salud mental ACTUR Sur

Componentes:

*Mariano Almudévar Dieste*

Psiquiatra. Hospital de día de Huesca

*Francisco Díaz Castillo*

Psicólogo. Unidad de salud mental infanto-juvenil de Teruel

*Javier Ferrer Mairal*

Psicólogo. Centro de día del Centro de día Arcadia

*Fernando Gracia Clavero*

Psiquiatra. Unidad de salud mental ACTUR Sur

*Luisa Maestro Perdice*

Psicóloga. Unidad de salud mental infanto-juvenil Sagasta-Ruiseñores

*Inmaculada Marco Arnau*

ATS/DUE. Unidad de salud mental ACTUR Sur

*Nieves Martín Espildora*

Pediatra. Centro de salud ACTUR Sur

*Juan Antonio Planas Domingo*

Psicopedagogo. Equipo de orientación educativa y psicopedagógica n.º 1 de Zaragoza

*Pedro Manuel Ruiz Lázaro*

Psiquiatra. Unidad de salud mental infanto-juvenil de Teruel

*Mariano Vellilla Picazo*

Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Hospital Clínico Universitario

### **Justificación del programa**

Esta guía que reconoce su vinculación con el "Proyecto para la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad Autónoma de Aragón" de 1988, adopta como punto de partida las líneas estratégicas fundamentales que establece la Dirección General de Planificación y Aseguramiento para la elaboración del Plan de Salud Mental de Aragón, y en particular, por afectar plenamente al enfoque que se dé a la salud mental infanto-juvenil, la que se refiere a la priorización de la atención comunitaria.

Este documento (guía) también quiere ser un referente útil para la realización del Plan de Salud Mental de Aragón en su vertiente infanto-juvenil.

Deseamos resaltar como una de sus bases, el **carácter específico** de la atención en salud mental infanto-juvenil, el cual viene dado por su mismo objeto de atención: El niño/joven como un ser cuya personalidad es específica y que tiene en su enfermar psíquico una expresión patológica propia que le diferencia esencialmente del adulto.

Tal especificidad actualmente es avalada por las más altas instancias de orden nacional e internacional: Así, la Carta de los Derechos del Niño aprobada por la Organización de Naciones Unidas en 1959, y ratificada por el Parlamento Español en 1990, otorga un papel protagonista del menor en la sociedad por primera vez y reconoce que la infancia debe ser atendida en sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, en lugares apropiados y por profesionales cualificados especialmente para esta etapa de la vida.

Otra de sus bases es la necesaria enfatización del **carácter preventivo** de la salud mental infanto-juvenil. Recordamos con Ajuriaguerra que "el adulto es el fruto del devenir del niño en formación".

La prevención en salud mental de la población ha de integrar una atención a la infancia/juventud de calidad y no sólo en aspectos asistenciales frente a la patología emergente, sino también en otros aspectos específicamente preventivos y de educación sanitaria.

No desconocemos que las actividades de prevención, intervención temprana y tratamiento están muy entrelazadas en la práctica clínica con niños y jóvenes, y que gran parte de la asistencia es preventiva, sin embargo, haremos dos precisiones:

- La prevención primaria en salud mental infanto-juvenil es muy necesaria y deberían desarrollarse a través de unas actuaciones muy definidas, por ejemplo en grupos de riesgo: niños en duelo sin apoyos suficientes, problemas de divorcio o separación, niños con dificultades de aprendizaje, niños que han sufrido largas hospitalizaciones, etc.
- Cuando se interviene para mejorar un síntoma, en formas incipientes de patología, hacemos prevención secundaria, pero dadas las características del niño/joven y su interrelación con las circunstancias de su entorno vital, la intervención del profesional, siempre que sea posible, debe desarrollarse en actuaciones terapéuticas progresivas y prudentes.

Finalmente, desde el enfoque preventivo señalado en salud mental infanto-juvenil, es necesario considerar que el objeto de la prevención no se limita al niño/joven, sino que incluye también el apoyo a sus contextos de vida. Así, toda actuación preventiva en salud mental infanto-juvenil deberá priorizar aspectos relacionales y familiares.

Por tanto las **razones por las que justificamos** la prioridad del programa de atención a la salud mental infanto-juvenil son:

- No solo es necesaria asistencia a la salud mental de niños y jóvenes sino que además la enfatizamos por su especial carácter preventivo: la génesis y raíz de muchos de los trastornos de los adultos se ubican en la infancia, lo que es corroborado por profesionales y datos epidemiológicos. Por ello la prevención en salud mental de la población ha de integrar una atención a la infancia/juventud de calidad. Será función esencial de su propia existencia, en la unidad de salud mental infanto-juvenil y en los demás servicios de la red asistencial, la prevención de los trastornos de salud mental de la población infanto-juvenil, y por ello mismo también de la adulta.
- El necesario desarrollo de la red asistencial en salud mental infanto-juvenil, escasamente potenciada desde el proyecto de 1988. Esta área de atención sanitaria debe tomar un nuevo impulso en Aragón y conformarla de modo más acorde con los tiempos actuales.

En este sentido la "Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón", abre expectativas positivas (por la prioridad presupuestaria que da a las actividades de prevención, atención y reinserción de la infancia y adolescencia), de que nuestras propuestas en cuanto a la atención a la salud mental de esa misma población aragonesa sean contempladas por la Administración Autonómica con el mismo interés.

## **Cartera de servicios**

La Red Asistencial de salud mental infanto-juvenil (servicio público) tiene como 1ª finalidad proporcionar, en el marco de una población determinada y para ella, promoción y prevención de la salud mental, asistencia y rehabilitación, compatibles con criterios de calidad. Para ello es necesario identificar lo mejor posible las necesidades de la población infanto-juvenil, tanto las que se refiere a la demanda de utilización de servicios como de potenciales necesidades ocultas (grupos de riesgo).

Es preciso ajustar la oferta de prestaciones a la demanda que llega a los servicios, establecer priorizaciones para aquellas prestaciones garantizando las básicas y atender con preferencia los casos de mayor gravedad. Todo ello es lo que se pretende conseguir en Salud Mental Infanto-Juvenil al definir la cartera de servicios de los dispositivos asistenciales.

La oferta asistencial tendrá en el ámbito infanto-juvenil un carácter flexible en función de los cambios de necesidades que se aprecien en esta población y en su realización deberán estar implicados todos los componentes del Equipo Asistencial. Se concreta y perfila en el siguiente catálogo/cartera de servicios:

### **1. Modalidades de intervención**

#### **1.1. Asistenciales ( atención ambulatoria y hospitalaria)**

1.1.1. Acogida. Este proceso incorpora de manera explícita o no elementos de priorización de la demanda.

1.1.2. Diagnóstico y Tratamiento Generales. Podríamos citar las siguientes actuaciones:

- ☞ Consultas terapéuticas o psicoeducativas (educación a padres en cuestiones de desarrollo infantil y de relación) siempre con la madre o tutor del niño. Generalmente un número limitado de sesiones.
- ☞ Seguimientos diagnósticos, terapéuticos y psicoeducativos más largos. Varios abordajes terapéuticos y diagnósticos se pueden insertar en las sesiones.
- ☞ Terapia individual, con énfasis en técnicas de juego, dibujo, etc., en niños y preadolescentes.
- ☞ Sesiones de orientación y apoyo a los padres. Algunas veces estas sesiones pueden adquirir un carácter claramente terapéutico y otras pueden ocurrir con valor propio.
- ☞ Terapia familiar formal, frecuentemente de matiz sistémico (incorporando abordajes estructurales y estratégicos) o psicodinámico.
- ☞ Terapias conductistas y cognitivas.
- ☞ Farmacoterapias y otros tratamientos biológicos. Por varias razones, hay que tener cuidado con estos abordajes, que raramente deben ser el foco del tratamiento a largo plazo y que se utilizarán siguiendo rigurosos criterios científicos.
- ☞ Sesiones específicas para profundización diagnóstico con tests.

- ☞ Visitas de asesoramiento fuera del lugar de trabajo, limitadas al ámbito clínico.
- ☞ Supervisiones individuales o de grupo, dentro del equipo u organizadas a través de expertos externos.
- ☞ Terapias grupales, por ejemplo de apoyo y educación a padres, las llamadas sesiones de "entrenamiento en habilidades sociales" en adolescentes, etc.
- ☞ Sesiones de información a familiares y pacientes sobre recursos sociales (asociaciones de pacientes, derechos y beneficios, etc.).

## 1.2. De Interconsulta

- ☞ Consultas individuales y a grupos. Se ve al profesional que ha derivado el caso y que sigue siendo el responsable de su gestión. Se puede realizar en grupo cuando hay varias fuentes de demanda.
- ☞ Reuniones de coordinación entre profesionales de distintas estructuras sanitarias y socio sanitarias.
- ☞ Interconsulta hospitalaria. El Equipo de salud mental infanto-juvenil deberá hacerse cargo de aquellos casos a los que se pide su colaboración desde otros servicios hospitalarios.

## 1.3. De Información y Consulta Institucional

- A través de dispositivos autonómicos permanentes con otras organizaciones para:
  - ☞ Desarrollo de protocolos para cuestiones de protección de niños, en general o específicos (sobre escuelas, poblaciones especiales, minusválidos,...).
  - ☞ Declaraciones expertas sobre un tema específico.
  - ☞ Resolución de problemas debido a solapamiento de servicios.
  - ☞ Planificación y verificación en el desarrollo y prácticas de servicio (incluidas las auditorías).
- Como clínica o profesional individual.

## 1.4. Formativas. En general haremos mención de dos principales:

- ☞ Formación de residentes, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc., a través de métodos formales del aprendizaje supervisado y de la estructuración de una experiencia ecléctica y amplia.
- ☞ Formación continuada de aquellos profesionales ya en el servicio.

## 1.5. Administrativas

- Clínica y de Equipo
  - ☞ Reuniones de Equipo para distribuir casos, supervisarlos o discutir sobre cuestiones que afecten al desarrollo del equipo.
  - ☞ Sesiones de auditoría asistencial intra y entre equipos.
  - ☞ Redacción de cartas, informes, actividad telefónica, etc.
- General
  - ☞ Participación en las actividades y requerimientos de las unidades administrativas a las que las Unidades pertenezcan.

Este catálogo de servicios se aplicará con criterios de prioridad y a su vez será modulable en función de las cargas de trabajo de las unidades asistenciales.

## 2. Intervenciones terapéuticas priorizadas

**2.1. Criterios de priorización.** Se recomienda utilizar los siguientes, aunque de modo no excluyente:

- Factores clínicos: Gravedad diagnóstica, tiempo de evolución, comorbilidad con otras patologías, etc.
- Factores psicosociales: Situaciones de riesgo. Grupos que requieren "alto soporte" por su disfunción social, carencias educacionales, limitado contacto con los servicios asistenciales, etc.
- Grado de incapacidad o desadaptación producido por la enfermedad.
- Grado de sufrimiento o impacto individual, familiar o social que genera.
- Características de la demanda: magnitud del problema, rentabilidad posible en términos de efectividad.
- En el contexto infanto-juvenil, también es recomendable priorizar las intervenciones tempranas.

**2.2. Perfiles de demanda destacados.** Nos referimos a los perfiles de la demanda más susceptibles de ser atendidos en un nivel especializado en salud mental infanto-juvenil. El desarrollo de estos proyectos puede ser útil, dada la evidencia que tenemos de su incidencia y de las consecuencias que tienen al llegar a la edad adulta. Serán establecidos de forma flexible en función del análisis de la demanda. Se pueden diseñar las siguientes intervenciones específicas:

- **Conductas autodestructivas, suicidio y parasuicidio.** Indicativos de un gran sufrimiento emocional que requiere una intervención inmediata y especializada. En interconsulta con los hospitales y estableciendo una vigilancia exhaustiva desde el nivel ambulatorio.
- **Trastornos de la conducta alimentaria.** Debido a la evidencia de que muchas anorexias-bulimias graves han empezado en la adolescencia o preadolescencia. Realización de programas de prevención primaria, intervención primaria y, tras el paso por los programas anteriores, intervención especializada.
- **Trastornos disociales.** Aquellos que suponen una transgresión grave a las normas sociales por parte de los menores y que desembocan en delincuencia juvenil. En colaboración con Centros Educativos, Sociales y Judiciales. Las unidades de salud mental infanto-juvenil no necesariamente han de llevar la iniciativa en la coordinación; en algunos casos pueden actuar como apoyo de otros servicios (Sociales, Educativos, Judiciales), asumiendo mayor o menor implicación asistencial en función de las características del caso.
- **Trastornos generalizados del desarrollo.** Debido a la gravedad del diagnóstico y el deterioro asociado. Incidir en la detección temprana y la canalización de las ayudas al niño y a los padres, tanto en el aspecto terapéutico como de los recursos comunitarios existentes.
- **Psicosis y primeros episodios de esquizofrenia.** Insistir en la detección precoz y el seguimiento a largo plazo. Además, hay que tener en cuenta el trabajo psicoeducativo con la familia.
- **Riesgos sociofamiliares.** Incluye duelos sin apoyo, niños con enfermedades crónicas, hijos de padres con enfermedades mentales, niños en situación de desprotección, víctimas de abusos físicos o sexuales, poblaciones de inmigrantes, rupturas familiares por separación o divorcio y otros. El trabajo se realizaría en

relación con otros Servicios de Apoyo y Protección a la Infancia (Servicios Sociales).

- **Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.** En concreto, el Trastorno Obsesivo Compulsivo de inicio en la Infancia, cuya frecuencia no es despreciable y que puede ser indicativo de problemáticas de esta índole en momentos evolutivos posteriores.

**2.3. Intervenciones terapéuticas programadas.** Se trata de programas orientados a un determinado grupo de pacientes, previamente identificados y que comparten una problemática similar en términos poblacionales y epidemiológicos. Se establecen como programas prioritarios de atención terapéutica si se ajustan a los anteriores criterios señalados para ello.

## **Estructuras físicas necesarias, ratios y ubicación**

Tras considerar la situación asistencial actual en salud mental infanto-juvenil por Áreas de Salud, hacemos la siguiente propuesta de desarrollo de la misma, la cual deberá acompañarse de la correspondiente dotación presupuestaria. Propuesta de desarrollo de la red de salud mental infanto-juvenil para Aragón:

Ante el escaso desarrollo de la red asistencial en el ámbito infanto-juvenil, debemos hacer algunas propuestas de ampliación de ésta urgiendo a la Administración de la Comunidad para que lleve a cabo actuaciones inmediatas a fin de garantizar unos mínimos asistenciales en los servicios existentes y una cobertura equitativa en salud mental para la población infanto-juvenil de Aragón. Entendemos que deberá existir en esta actuación un proceso de priorización por razones de equidad y economía, siendo nuestra propuesta la siguiente:

### **1. Entre 2002 y 2003**

- ❖ Área de Salud I (Huesca):
  - Creación de 1 unidad de salud mental infanto-juvenil completa
- ❖ Área de Salud II (Zaragoza):
  - Creación de 1 unidad de salud mental infanto-juvenil completa par equilibrar el exceso poblacional que la actual tiene asignada
  - Completar la unidad de salud mental infanto-juvenil existente
- ❖ Áreas de Salud III y V (Zaragoza)
  - Completar las 2 unidades de salud mental infanto-juvenil existentes
  - Ampliar la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Hospital Clínico Universitario convirtiéndose en centro de hospitalización para toda la Comunidad Autónoma.
  - Creación de un Centro de Día para Zaragoza ubicado en estas áreas
- ❖ Área de Salud IV (Teruel)
  - Creación de una 1 unidad de salud mental infanto-juvenil completa en Alcañiz

Nota: La difícil orografía de Teruel y Huesca es factor a tener en cuenta en la asignación de recursos. Al no existir masa crítica para un Centro de Día en estas localidades, proponemos se compense ampliando las plantillas de las unidades de salud mental infanto-juvenil en dos profesionales que cubran la problemática psicosocial de su Área de Salud.

## 2. Entre 2004 y 2005

- ❖ Área de Salud I (Huesca)
  - 1 unidad de salud mental infanto-juvenil completa en Barbastro
- ❖ Áreas de Salud II, III y V
  - 2 unidades de salud mental infanto-juvenil (en zonas menos cubiertas)
  - Creación de 1 Centro de Día en Zaragoza, ubicado en área adecuada.

Nota.- En el Centro de Día podría contemplarse la ampliación o realización de programas en conjunción con Servicios Sociales y Servicios Educativos.

### **Plantillas básicas y óptimas requeridas. Tipología y perfil de los profesionales**

Proponemos una composición idónea y un modo de trabajo de los equipos de salud mental infanto-juvenil, considerando su especificidad, diferenciada de los Equipos de Salud Mental de Adultos.

Los Equipos de salud mental infanto-juveniles son equipos multidisciplinarios. Ningún profesional aislado posee la formación ni la disponibilidad necesaria para asumir la atención al niño y al joven en su realidad bio-psico-social. Es el Equipo en su conjunto quien asume esa responsabilidad. El Equipo es pieza fundamental en todo el sistema comunitario de atención a la salud mental de la infancia y juventud. Se encarga de llevar a cabo los programas que se diseñen en los Servicios para prestar atención en este área. Por ello, se requiere que el Equipo esté compuesto por personal con experiencia, y con formación específica, en las patologías infanto-juveniles.

#### **1. Composición del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil**

El Equipo básico de salud mental está compuesto por los siguientes profesionales: Psiquiatra, Psicólogo, ATS/DUE, Trabajador Social y Auxiliar Administrativo. Remitiéndonos a datos recientes de nuestra Comunidad Autónoma y los recogidos del Proyecto para la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad de Aragón de 1988, se plantea la necesidad de 1 unidad de salud mental infanto-juvenil por cada 2 ó 3 centros de salud mental de adultos, lo que implicaría la existencia de 1 unidad de salud mental infanto-juvenil por unos 150.000 habitantes y por tanto de los Equipos correspondientes.

La composición ideal en el Proyecto de 1988 se establece del siguiente modo: **2 Psiquiatras, 2 Psicólogos, 1 ATS/DUE y 1 Auxiliar Administrativo**. Se estimaba, en aquella fecha, que no era imprescindible el trabajador social, pero la experiencia de los años transcurridos sugiere que su función dentro de los Equipos se va haciendo necesaria, por lo que proponemos su inclusión e integración plena en ellos. La realidad, por otro lado, es que la composición de los equipos de salud mental infanto-juvenil en Aragón es desigual e incompleta; lo que hace muy necesaria la dotación de los profesionales que faltan en ellos. Además, es importante considerar que en Aragón para la distribución de recursos de personal, no sólo debemos regirnos por criterios demográficos, sino también por otros como son la distribución de la población en su territorio y las características geográficas del mismo.

## 2. Naturaleza y Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil

Queremos insistir inicialmente en la idea, compartida por esta Comisión, de que es el **objetivo común** y las tareas desarrolladas en las Unidades, lo que une y configura el Equipo. Los Equipos deben aprender a trabajar por objetivos, y a diseñar programas en las Unidades, y en esa línea de trabajo, ya desde la planificación, todos los componentes del Equipo han participado en función del grado de especialización y capacitación de cada uno.

En la ejecución de los programas (asistenciales, rehabilitadores,...) o en el desarrollo de las actividades dentro de las Unidades, la participación de los diferentes miembros del Equipo debe ser abierta y flexible. En la evaluación de programas o de las actividades asistenciales, así mismo, debe mantenerse el mismo criterio de participación del Equipo. Los Servicios Centrales de salud mental deben facilitar sistemas y métodos de evaluación a las Unidades para el desempeño de aquella actividad evaluadora, pero los equipos han de realizarla, sin olvidar incluso la propia autoevaluación.

Solo en lo que respecta al grado y distribución de responsabilidades entre los miembros del Equipo y frente a la tarea común, es en lo que se requiere una cierta precisión y delimitación, pero junto a ello, en el desarrollo de los roles en las actividades de atención a la salud mental infanto-juvenil, necesariamente ha de existir una cierta flexibilidad. En aquel sentido cabría diferenciar funciones *comunes* a todos los miembros del Equipo y funciones *específicas* de algunos roles.

Otro concepto fundamental respecto al Equipo de Salud Mental es el de que éste es una **agrupación dinámica**, una entidad que se va configurando en el interjuego con la praxis asistencial en su totalidad. Es la exigencia de dar respuesta a las necesidades de atención en salud mental infanto-juvenil, donde los diversos niveles de formación, conocimientos, y responsabilidades de cada miembro del Equipo confluyen, hallando en ello el desarrollo del propio Equipo y la redefinición de los roles que lo conforman.

Pero para que este dinamismo sea posible es imprescindible contar dentro de las Unidades con espacios y tiempos fijados en los que la reflexión, el debate y la construcción del trabajo cotidiano sean posibles. Junto a ello, también señalamos la importancia que la formación debe tener, no solo para mejorar la propia práctica asistencial, sino también para aglutinar y perfeccionar los Equipos asistenciales.

## 3. Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil

- ✦ De prevención y promoción de la salud.
- ✦ Asistenciales y rehabilitadoras.
- ✦ De coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia-juventud.
- ✦ De formación, investigación y docencia.
- ✦ Administrativas y de gestión.

## 4. Propuestas respecto a los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil por la Comisión

- Respecto a roles profesionales:
  - Roles flexibles, según tarea, formación, capacidades personales y niveles de responsabilidad.
  - Roles profesionales poco jerarquizados.

- Estructura de Equipo horizontal.
- Respecto a los Espacios Institucionales de Equipo
  - De organización del trabajo:
    - reuniones semanales para análisis de casos y para organización interna
    - reuniones bimestrales con el servicio central de salud mental de la Comunidad Autónoma.
  - De contactos interinstitucionales e interprofesionales con periodicidad trimestral
  - De formación, según programa.

En este sentido, la Institución debe procurar una oferta amplia para el conjunto de los profesionales de la red. Es necesario hacer una planificación actual y detallada de las actividades formativas y darla a conocer con anticipación. Las actividades formativas deberían ser abiertas a todas las instituciones sea cual sea el lugar institucional desde las que se programen. Las Comisiones de Docencia, que se responsabilizan de los programas docentes de especialidades deben tener un papel importante como promotoras de la formación a todos los niveles.

- Designar un coordinador general para los servicios y equipos de salud mental infanto-juvenil.

### **Elementos organizativos y de coordinación**

Pretendemos definir los principios de organización y de coordinación de la salud mental infanto-juvenil. La normativa vigente establece que debe existir una red única de servicios de salud mental integrada en el sistema general de salud. Por ello, el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil se inscribe en el Programa General de Salud Mental. Dicho programa debe cubrir las necesidades en salud mental de la población, en las edades comprendidas entre 0 y 18 años.

#### **La atención en salud mental infanto-juvenil se apoya en dos premisas:**

- **Modelo comunitario** ~ de continuidad de cuidados, lo que implica que un Servicio de Salud Mental, cualquiera que sea su nivel de especialización, deberá mantener al paciente el tiempo necesario para cumplir los objetivos programados, derivándolo después a Atención Primaria o a la Comunidad.
- **Estructura sectorizada**, que permite que cada niño-joven sea atendido en su medio social. El caso de algunos dispositivos de salud mental muy especializados tendrán un carácter suprasectorial.
- **Enfoque clínico**, personalizado integrador.

#### **Las unidades de salud mental infanto-juvenil referentes clave de la atención en salud mental infanto-juvenil**

La atención a la salud mental infanto-juvenil se integra en el sistema de salud a través de los sectores y se organiza mediante los Equipos de salud mental que actúan en el sector correspondiente. Generalmente, la atención en salud mental infanto-juvenil se presta en el ámbito ambulatorio y extrahospitalario siendo las unidades de salud mental infanto-juvenil la pieza clave de la asistencia, lo que hace muy necesario el definir su ubicación y funcionamiento.

El nivel de actuación de estas Unidades, según criterio de esta Comisión, debe ser el de atención especializada en el sistema sanitario, si bien en estrecha relación con Atención Primaria y con Atención Especializada. Se hará necesario facilitar esta relación estableciendo amplias formas de derivación (bidireccionales) a través de informes, protocolos y reuniones. Las unidades de salud mental infanto-juvenil serán referencia para los Servicios de Atención Primaria desde donde se les remitirá la demanda a través de pediatras y médicos de familia.

Las unidades de salud mental infanto-juvenil también han de estar relacionadas con el nivel más especializado de atención hospitalaria, tanto para prevenir y tratar la angustia del niño/joven con grave afectación somática, como para la utilización de los recursos de hospitalización cuando la necesidad de cuidados en salud mental del paciente lo requiera. Cada sector/área debe tener un hospital de referencia para hospitalizaciones psiquiátricas, bien en las unidades de pediatría (recomendable para población infantil menor de 14 años) o bien en las unidades de psiquiatría (recomendable para población mayor de 14 años), al menos en tanto se creen dispositivos específicos de hospitalización que tendrían un carácter suprasectorial. El Equipo de la unidad de salud mental infanto-juvenil se coordinará con el hospital de referencia para la "continuidad de cuidados" de los pacientes hospitalizados y también para interconsultas actuando como apoyo de otros servicios hospitalarios pediátricos.

Destacamos el interés de las intervenciones de coordinación, asesoramiento y apoyo de las unidades de salud mental infanto-juvenil con las estructuras educativas: a través de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica en enseñanza primaria, los departamentos de orientación en enseñanza secundaria y los psicólogos escolares en los centros escolares privados.

Otra línea de coordinación de las unidades de salud mental infanto-juvenil se establecerá con los Servicios de Rehabilitación de Hospitales, Centros Base del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Centros Sociolaborales o cualquier otro dispositivo que proporcione programas de rehabilitación/reeducación a la población infanto-juvenil.

Los cauces y el tiempo para coordinación han de estar definidos en las unidades de salud mental infanto-juvenil, considerándose esta actividad fundamental. Con ello, se contribuirá a evitar la duplicidad de intervenciones con usuarios mediante las derivaciones oportunas.

### **La administración y gestión interna de los Servicios**

Los dispositivos de salud mental infanto-juvenil seguirán las directrices que señale el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales y el Servicio Aragonés de Salud (Dirección de Salud Mental y Drogodependencias) y cuantas dimanen de la Ley de Salud.

Para la gestión interna del equipo de salud mental infanto-juvenil sería deseable contar en todas las unidades de salud mental infanto-juvenil con un coordinador con funciones específicas e independientes de sus funciones clínicas. Esta figura se encargaría de garantizar el cumplimiento de los objetivos programados en la Unidad, de asegurar la coordinación con los dispositivos de infancia-juventud del sector y de representar a la Unidad en los ámbitos de decisión de la Administración.

### **Propuesta**

1. Establecer la figura de un **Coordinador General de Salud Mental Infanto-Juvenil**, designado institucionalmente a propuesta de los diversos Equipos, con la función prioritaria de impulsar y desarrollar el intercambio técnico y la comunicación entre los mismos.
2. Así mismo, nombrar un **Coordinador en cada dispositivo de salud mental infanto-juvenil** por parte de la Administración. Un técnico superior elegido dentro del Equipo, por dos años. El acceso al puesto se determinará en su momento a través del establecimiento de unas bases. La Administración potenciará la actividad de coordinación entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil a todos los niveles.



## **ANEXO 5. SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

### **Relación de autores**

Coordinador:

*Armando Colomer Simón*

ATS/DUE. Director de enfermería del Hospital Ntra. Sra. del Pilar

Componentes:

*Luis Benedí Sanz*

ATS/DUE. Supervisor de enfermería del servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario

*Pilar Félez Gerona*

ATS/DUE. Programa de prevención del cáncer colorrectal. Hospital Clínico Universitario

*José Manuel Granada López*

ATS/DUE. Servicio de psiquiatría. Hospital Real y Provincial Ntra. Sra. de Gracia

*María de los Ángeles Rans Claramunt*

ATS/DUE. Supervisora de enfermería del servicio de psiquiatría. Hospital San Jorge

*Jesús Ruiz Barranco*

ATS/DUE. Director de Enfermería del Área de Salud III. Gerencia de Atención Primaria Área III

### **Justificación del programa**

El programa "Cuidados de Enfermería en la Red de Salud Mental" se encuentra dentro de los objetivos institucionales del Departamento, forma parte del catálogo de prestaciones del Sistema Sanitario y de la Comunidad Autónoma, coincide su puesta a punto y aplicación con las necesidades sentidas y expresadas de la población atendida, responde a un importante problema de prevalencia y significa un abordaje imprescindible de los problemas de la población tributaria de cuidados en salud mental.

En particular, adquiere especial importancia en lo concerniente a la tendencia hacia la cronificación de grupos importantes de población. Los pacientes asignables a lo que actualmente se consideran trastornos mentales graves (TMG), presentan serios problemas de vida en su medio social de pertenencia y de cómo se resuelvan éstos va a dar o quitar credibilidad a los esfuerzos que la Administración viene desarrollando para la implantación de los programas de Salud Mental Comunitaria en el ámbito de la reforma psiquiátrica en curso.

### **Cartera de servicios**

#### **1. General**

- Ámbitos de actuación: todos los dispositivos de salud mental:
  - Centro de Salud Mental Comunitario
  - Unidad de hospitalización breve de los hospitales generales
  - Unidad de Media Estancia

Unidad de Larga estancia  
Unidad de Psicogeriatría  
Centro de Día  
Hospital de día

➤ Catálogo de actividades:

- ☞ Valoración de necesidades de cuidados.
- ☞ Plan de Cuidados: "Higiene e imagen personal".
- ☞ Plan de Cuidados: "Adherencia al tratamiento".
- ☞ Plan de Cuidados: "Alimentación".
- ☞ Plan de Cuidados: "Mantenimiento de la Salud".
- ☞ Plan de Cuidados: "Acompañamiento y contención".
- ☞ Plan de Cuidados: "Despertar".
- ☞ Plan de Cuidados: "Recepción del paciente".
- ☞ Plan de Cuidados: "Mantenimiento de las pertenencias".
- ☞ Plan de Cuidados: "Mantenimiento del entorno".
- ☞ Plan de Cuidados: "Interacción social".
- ☞ Plan de Cuidados: "Contención mecánica / restricción de movimientos" (Específico de la unidad de hospitalización breve).
- ☞ Plan de Cuidados: "Ejercicio físico - movilidad".
- ☞ Plan de Cuidados: "Orientación en la realidad".
- ☞ Plan de Cuidados: "Prevención de lesiones".
- ☞ Plan de Cuidados: "Mantenimiento del hogar".
- ☞ Plan de Cuidados: "Consulta de acogida" (Específico de centro de salud mental, centro de día y hospital de día).
- ☞ Plan de Cuidados: "Consulta de seguimiento" (Específico de centro de salud mental)
- ☞ Valoración de necesidades del núcleo familiar.
- ☞ Seguimientos telefónicos (Específico de centro de salud mental, centro de día y hospital de día).
- ☞ Protocolos específicos de tratamientos farmacológicos y TEC (depots, Litio, Leponex, etc.).
- ☞ Técnicas básicas de enfermería. Aplicación de tratamientos. Técnicas diagnósticas y pruebas complementarias. Actividades logísticas (derivaciones, interconsultas, seguimientos en otros servicios, registros administrativos, etc.).
- ☞ Grupos de mejora de la capacidad de cuidados y auto ayuda para familias.
- ☞ Seguimientos de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) (Específico en centro de salud mental).
- ☞ Técnicas de relajación.
- ☞ Atención y seguimiento modalidad de disponibilidad no programada (Específico de centro de salud mental).
- ☞ Informe de Alta de Enfermería.

**2. Especifica**

- **Ámbito de actuación: Unidad de Salud Mental:** Programa de Rehabilitación Trastorno Mental Grave (TMG)

➤ Catálogo de actividades:

- ☞ Gestión de Cuidados (Asignación de Enfermera gestora del caso con TMG)

- ✦ Formalización de la Agenda terapéutica
- ✦ Supervisión con terapeuta de referencia (psiquiatra/psicólogo)

*Garantiza básicamente:*

- Atención a la crisis
- Tratamiento y seguimiento de sintomatología y problemas conductuales
- Rehabilitación de habilidades personales y sociales
- Soporte relacional
- Soporte domiciliario
- Soporte a las familias

*Criterios de resultado:*

- Alivio sintomático
- Detección precoz de la crisis
- Seguimiento en la Unidad de hospitalización breve
- Continuidad de la asistencia
- Aumento de la autonomía personal
- Favorecer integración social y familiar
- Aumentar la autonomía personal y las limitaciones que comporta
- Establecer vínculo terapéutico con la enfermera "gestora de cuidados"
- Satisfacción del usuario familia

➤ *Ámbito de actuación:*

**Unidad de hospitalización breve**

**Unidad de media estancia**

**Unidad de larga estancia: Programa de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave**

➤ *Catálogo de actividades*

La aplicación concreta del Programa de Rehabilitación en estos ámbitos, exige la **adaptación de la "agenda terapéutica"** en tanto permanezca el paciente en estos servicios. Todos los programas enunciados para los ámbitos de actuación disponen de criterios de resultados

## **Estructuras físicas necesarias, ratios y ubicación**

Los cuidados de enfermería en la red de Salud Mental se ofertan de manera integral e integrada en el marco del equipo de profesionales. Su ubicación pasa desde el ámbito comunitario cuyas expresiones extremas podrían ser la visita domiciliaria o la coordinación con profesionales de atención primaria, hasta las largas estancias ubicadas en las unidades de rehabilitación en que se están transformando los actuales hospitales psiquiátricos. A los espacios físicos tales como el despacho que constituye la sede de los cuidados, debe añadirse la posibilidad de salas para grupos, relajación, enfermería como tal para actividades que van desde exploraciones físicas, estado nutricional, piel, mucosas, curas, técnicas de enfermería, hasta el apoyo administrativo, los materiales de administración y archivos, etc.

Cada unidad debe contar con un ordenador y línea telefónica. Debe considerarse que en las unidades de hospitalización la base operativa de la unidad es el espacio de enfermería y allí se producen toda serie de intercambios y coordinaciones con otros profesionales. Se gestionan

todas las actividades derivadas de las necesidades de los pacientes, desde aspectos hosteleros hasta demandas de colaboración con otros profesionales o servicios. Es la puerta de entrada al dispositivo de salud mental, se reciben visitas de familiares u otros, se da la "imagen" externa del servicio, etc. Todos estos requerimientos de la atención exigen la posibilidad de plantearse módulos de enfermería "estándar" que puedan ponerse en marcha diferenciando la peculiaridad de cada servicio: centro de salud mental, unidad de hospitalización breve, unidad de media estancia, unidad de larga estancia, centro de día, hospital de día, unidad de psicogeriatría o Programa de Rehabilitación

## **Plantillas básicas y óptimas requeridas. Tipología y perfil de los profesionales**

- ❖ **Centro de salud mental:** 1 por cada 100.000 Habitantes (\*)
  - ATS/DUE adultos 3 ATS/DUE / centro de salud mental (\*\*)
  - ATS/DUE programa de atención al TMG 3 ATS/DUE / centro de salud mental (\*\*\*)
  - ATS/DUE de atención infanto-juvenil 1-2 ATS/DUE. / Equipo

\* La propuesta que se establece sigue las recomendaciones comúnmente aceptadas para una población atendida de 100.000 hab. Esta situación no es fácilmente aplicable en nuestra Comunidad Autónoma. La mayoría de los centros de salud mental no disponen de esta población. Para una correcta dotación de Enfermeras/os debería poder estudiarse: la dispersión geográfica, el envejecimiento y la actividad que ofrecen las enfermeras (producto cartera y cobertura de servicios).

\*\* En todo caso el mínimo de ATS/DUE en un centro de salud mental para el programa de adultos consideramos que deben ser 2 profesionales y que es importante dotar de otro específicamente para el seguimiento del TMG (programa de rehabilitación en el centro de salud mental).

\*\*\* La prevalencia estimada de TMG es de 0,6% a 0,9% que para la población aragonesa da una banda entre 7.200 -10.800 personas con TMG, de las cuales un 15% necesitarían atención específica, es decir, de 1.080 a 1.620 casos. No se recomienda más de 50 pacientes con TMG en seguimiento comunitario por ATS/DUE incluyendo la atención domiciliaria, lo que quiere decir que para un buen seguimiento del TMG en la comunidad debería disponerse entre 21,8 y 32,4 (ATS/DUE para todo Aragón).

- ❖ **Centro de día**
  - ATS/DUE Centro de Día 2 / centro de día
  - ATS/DUE Hospital de Día 2 / hospital de día
- ❖ **Unidades de hospitalización breve**
  - ATS/DUE turnos diurnos 1,5 ATS/DUE / 10 camas
  - ATS/DUE turnos de noche 1 ATS/DUE. / 20 camas
  - ATS/DUE coordinación-gestión cuidados 1 ATS/DUE./ unidad de hospitalización breve
  - Auxiliares de clínica turnos diurnos 1,5 / 10 camas
  - Auxiliares de clínica turnos de noche 1-1,5 / 20 camas
  - Profesionales de apoyo y contención 1 en cada turno (mañana, tarde, noche)  
(Ej: celadores con formación)

- ❖ **Unidades de media estancia**
  - ATS/DUE turnos diurnos 1,5-2 ATS/DUE / 20 camas
  - ATS/DUE turnos de noche 0,5 ATS/DUE / unidad
  - ATS/DUE coordinación-gestión cuidados 1 ATS/DUE / unidad
  - Auxiliares de clínica turnos diurnos 2,5 / 20 camas
  - Auxiliares de clínica turnos de noche 2 / 40 camas
  
- ❖ **Unidades de larga estancia**
  - ATS/DUE turnos diurnos 1 ATS/DUE / 20 camas
  - ATS/DUE turnos de noche 0,5 ATS/DUE / 40 camas
  - ATS/DUE coordinación-gestión cuidados 1 ATS/DUE / unidad
  - Fisioterapia 0,5 fisioterapeuta / 40 camas
  - Auxiliares de clínica turnos diurnos 2 / 20 camas
  - Auxiliares de clínica turnos de noche 1 / 40 camas
  
- ❖ **Unidades de Psicogeriatría\*\*\*\***
  - ATS/DUE turnos diurnos 1,5- 2 ATS/DUE / 50 camas
  - ATS/DUE turnos de noche 1 ATS/DUE / unidad
  - ATS/DUE coordinación-gestión cuidados 1 ATS/DUE / unidad
  - Fisioterapia 1 fisioterapeuta / unidad
  - Auxiliares de clínica turnos diurnos 8-10 / 50 camas
  - Auxiliares de clínica turnos de noche 2 / 50 camas

\*\*\*\* El referente de este tipo de unidades en Aragón lo constituyen las dos unidades de cuidados psicogeriátricos ubicados en el "Alto Carabinas" pertenecientes al Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar. Unidad que en su totalidad comprende en torno a las 100 camas y cuyas cargas aumentan de manera notoria si dispone de camas de cuidados paliativos. La población asistida responde en la configuración actual a perfiles de alta dependencia con historia importante de frecuentación de servicios de psiquiatría a lo largo de toda su vida y con escaso o nulo soporte familiar alternativo. Unidad en la que los pacientes permanecen de por vida).

En lo concerniente a la tipología y perfil de los profesionales cabe destacar que la segunda especialidad de Enfermería reconocida en España tras la de Matronas, es la de salud mental. El Gobierno de Aragón cuenta con una Unidad Docente Acreditada para la formación por el sistema de residencias en la que se están formando a lo largo de 2001/2002 dos profesionales. Conviene facilitar la contratación de estos especialistas con la mayor brevedad cuando se vayan produciendo las próximas convocatorias, en todo caso, en tanto esto ocurre es importantísimo que cualquier plaza que se produzca vaya acompañada su contratación de la exigencia de experiencia contrastada en este campo, también en para los Auxiliares.

## **Elementos organizativos y de coordinación**

La formalización de las actividades de Enfermería generalizables como oferta de cuidados de salud mental exige una fase de implantación coordinada por la Dirección Regional, articulada por dispositivos de atención: centros de salud mental, Programa de Rehabilitación para el TMG, unidades de hospitalización breve de los Hospitales Generales, unidades de media estancia, unidades de larga estancia, unidades de psicogeriatría y centros de día y hospitales de día. Esta fase está íntimamente unida a la programación de actividades de formación durante un período

en el tiempo para adaptar las prácticas actuales de los profesionales a los requerimientos de la reforma coincidentes con las actuales demandas de la población aragonesa.

Esta fase reúne todos los requisitos de un programa de innovación y como tal creemos debe tratarse. Al final de este proceso, la Enfermería de salud mental (ATS/DUE y Auxiliares) estarían en condiciones de ofertar:

- ☞ Sistema de evaluación de necesidades de cuidados.
- ☞ Un número de planes de cuidados que den respuesta a las necesidades más frecuentes de los pacientes asistidos y de sus familias.
- ☞ Criterios de Resultados de los mismos y documentación de alta de cuidados o derivación que acompaña al paciente cuando pasa de un dispositivo a otro.

Este conjunto de actividades constituye la **Oferta Básica de Cuidados de Enfermería en la Red de Salud Mental** complementando las intervenciones del resto de profesionales. Hemos planteado que debe fomentarse la función de coordinación o gestión de cuidados como figura que garantiza el funcionamiento habitual de los equipos de Enfermería en una serie de servicios (unidades de hospitalización breve, unidades de media estancia, unidades de larga estancia y unidades de psicogeriatría) estas funciones deberían perfilarse por su destacada importancia para profesionales especialistas en salud mental o con experiencia contrastada en tanto se generalice la contratación de Enfermeros especialistas en Salud Mental en la Red.