

Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España

Evaluation of the community mental health care model in Spain

MANUEL GÓMEZ-BENEYTO^a, FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO^b, VIRGINIA CAAMAÑO SÁNCHEZ^c, ANTONIA CIFRE LLULL^d, FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA^e, JUAN ANTONIO ESTÉVEZ SALINAS^f, PAZ ARIAS GARCÍA^g, IÑAKI MARKEZ ALONSO^h, ANA MARTÍNEZ CALVOⁱ, MARÍA JOSÉ LOZANO SEMITIEL^j, JOSÉ MARÍA REDERO SAN ROMÁN^k, IVÁN DE LA MATA RUIZ^l, ANA SÁNCHEZ GUERRERO^m, DEIRDRE SIERRA BIDDLEⁿ, FRANCISCO VILLEGAS MIRANDA^ñ

(a) *Universidad de Valencia, CIBERSAM, España.*

(b) *Universidad de La Laguna, Tenerife, España.*

(c) *Taller de Biblioterapia, AS CATEC, Tenerife, España.*

(d) *ESAC-Sector Ponent HUSE, Palma de Mallorca, España.*

(e) *UGC de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, Jerez de la Frontera (Cádiz), España.*

(f) *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España.*

(g) *Centro de Salud Mental 1 (Adultos) Puerta De la Villa, Gijón (Asturias), España.*

(h) *Zubiok, Instituto Vasco de Psicoterapia, Bilbao (Vizcaya), España.*

(i) *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

(j) *Hospital Ramón Alberca, Murcia, España.*

(k) *Centro de Salud Mental, Segovia, España.*

(l) *Instituto Psiquiátrico-Servicios de Salud Mental José Germain, Leganés (Madrid), España.*

(m) *Centro de Salud Mental Fuente San Luis. Hospital Peset, Valencia, España.*

(n) *Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Marqués de Valdecillas, Santander, España.*

(ñ) *Área de Rehabilitación Psicosocial, Grupo CHM Salut Mental, Barcelona, España.*

Correspondencia: Manuel Gómez-Beneyto (manuel.gomez-beneyto@uv.es)

Recibido: 11/09/2017; aceptado: 18/01/2018

Resumen: *Introducción:* El objetivo de este trabajo consiste en evaluar la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental en el Estado español en 2014. Secundariamente, se analizan los cambios que el modelo experimentó en 2008, en relación con la recesión económica. *Material y Método:* Se adoptó la definición de modelo comunitario que se propone en la Estrategia en Salud Mental del SNS, según la cual el modelo se rige por 8 principios y se implementa mediante 39 prácticas asistenciales. Se elaboró una encuesta dirigida a las Juntas Autonómicas de Gobierno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre el grado de cumplimiento del modelo comunitario en cada comunidad. *Resultados:* Se obtuvieron respuestas de 13 Juntas Autonómicas que incluyeron información sobre el 93% de la población española. *Conclusión:* Las carencias más importantes en la implementación del modelo comunitario en 2014 se relacionaron con la ausencia de una perspectiva de salud pública, con la mala gestión y rendición de cuentas, y la ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación comunitaria. El modelo se modificó poco globalmente entre 2008 y 2014, pero algunas prácticas clave, como la universalidad y gratuidad del sistema, la atención sectorizada, el acortamiento de los tiempos de espera, las subvenciones a las asociaciones de usuarios y familiares, y la aplicación de la "ley de dependencia" se contrajeron de forma sustancial en muchas comunidades. Otras prácticas, como la historia clínica informatizada, los planes Individualizados de atención y el tratamiento asertivo comunitario, incrementaron su cobertura en algunas comunidades a pesar de la recesión. .

Palabras clave: atención comunitaria, equipos comunitarios, política sanitaria, evaluación de servicios, recesión, encuestas, informadores clave.

Abstract: *Introduction:* The objective of this study is to evaluate the implementation of the community mental health care model in the Spanish state in 2014. Secondly, we aim to analyze the changes experienced by the model in 2008, in relation to the economic recession. *Materials and methods:* We adopted the definition of community model proposed in the Strategy in Mental Health of the National Health System; according to which the model is based on 8 principles and is implemented by means of 39 care practices. The Autonomous Boards of the Spanish Association of Neuropsychiatry conducted a survey on the degree of compliance with the community model in each autonomous community. *Results:* Responses were obtained from 13 Autonomous Boards, which provided information on the 93% of the Spanish population. *Conclusion:* The most important shortcomings in the implementation of the community model in 2014 were related to

the absence of a public health perspective, to poor management and accountability, and a slowdown in the diversification of community-based teams, services and networks. Globally, the model changed little between 2008 and 2014, but some key practices, such as the free and universal health coverage, the sectorization, the shortening of waiting times, the financial support to users and associations of relatives, and the implementation of the "Dependency Act", deteriorated substantially in many autonomous communities. However, other practices, such as the computerization of medical files, individualized care plans (Care Programme Approach), and the assertive community treatment, increased their coverage in some communities despite the recession.

Key words: community care, community teams, health policy, service evaluation, recession, surveys, key informants.

INTRODUCCIÓN

LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (en adelante, la Estrategia) es un documento elaborado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, un grupo de expertos, los representantes de las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas, las asociaciones científicas y profesionales concernidas con la salud mental y las asociaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares que contiene recomendaciones dirigidas a los servicios de salud mental de las comunidades autónomas y tiene por objeto mejorar la calidad y la equidad de los servicios de salud mental del Sistema Nacional de Salud, así como dar continuidad y dirección a la estancada y geográficamente desigual reforma psiquiátrica (1).

En este documento se proponen seis líneas de actuación: promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental; atención a los trastornos mentales; coordinación de la atención; formación del personal sanitario; investigación y sistemas de información; y evaluación. Cada una de estas líneas incluye objetivos generales y específicos con sus correspondientes indicadores, así como una serie de recomendaciones técnicas para alcanzar los objetivos.

Según el documento, estas líneas de actuación se deben desarrollar en el contexto de un modelo comunitario de atención a la salud mental (en adelante, Modelo Comunitario). El Modelo Comunitario consensuado por el grupo de trabajo que elaboró la Estrategia se rige por ocho principios: Autonomía, Continuidad, Accesibilidad, Comprensividad, Equidad, Recuperación Personal, Responsabilización y Calidad. Con el fin de ilustrar y operativizar estos principios, se propusieron 39

prácticas asistenciales. Las definiciones de los principios y sus correspondientes prácticas asistenciales pueden consultarse en las tablas de resultados (Tablas 1-8).

La Estrategia fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en diciembre de 2006. Desde entonces el Ministerio ha promovido dos evaluaciones, en 2009 y en 2015 (2-4), sobre el grado de implementación de los objetivos de la Estrategia, mediante cuestionarios dirigidos a las Consejerías Autonómicas de Salud, así como dos actualizaciones basadas en los resultados de dichas evaluaciones. Sin embargo, no se ha evaluado el grado de implementación del Modelo Comunitario como tal. Siete años después de la aprobación del documento, a finales de 2014, cabe preguntarse hasta qué punto las comunidades autónomas han sido fieles al mantenimiento del Modelo Comunitario y si existen diferencias entre ellas en cuanto a su grado de implementación. Al mismo tiempo, en tanto que entre 2007 y 2014 tuvo lugar una grave recesión económica en España, es inevitable preguntarse si la recesión y las políticas de austeridad posteriores que tan gravemente afectaron a los servicios sanitarios pudieron mermar también la implementación del Modelo.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo consiste en evaluar la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental en el Estado español en 2014, según se define este modelo en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS). Secundariamente, se analizarán los cambios que el modelo pudo experimentar entre 2008 y 2014, cambios potencialmente atribuibles a la crisis económica.

METODOLOGÍA

Para el presente estudio se elaboró una forma novedosa de encuesta dirigida a informantes clave y enmarcada en la metodología de la investigación-acción (5). Con esta finalidad se preparó un cuestionario dirigido a conocer la opinión de las Juntas Autonómicas de Gobierno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre el grado de cumplimiento del Modelo Comunitario en cada comunidad autónoma. Los informantes de esta encuesta fueron el presidente, el secretario, el tesorero y los vocales de cada una de las 15 Juntas Autonómicas, por lo tanto, profesionales de salud mental con amplia información y experiencia sobre la situación de la atención a la salud mental en su comunidad. Con el fin de reducir al máximo el sesgo subjetivo individual, se solicitó que las preguntas de la encuesta fuesen debatidas por los miembros de cada Junta y que las respuestas fuesen consensuadas.

El cuestionario contenía cuatro apartados. En primer lugar, se preguntaba sobre la implementación de cada una de las prácticas asistenciales justo antes de 2008, de acuerdo con una escala de tres puntos: 0=la práctica no se lleva a cabo en la comunidad; 1=la práctica se lleva a cabo de forma incompleta o inconsistente y 2=la práctica se lleva a cabo de forma bastante completa y satisfactoria. En segundo lugar, se preguntaba lo mismo en relación con la situación en 2014. En tercer lugar, en el caso de existir discrepancias entre 2008 y 2014, se pedía una explicación de las causas del cambio, ilustrada con ejemplos concretos, especialmente en referencia al posible efecto de la recesión económica y las políticas de austeridad. Finalmente, se animaba a los encuestados a realizar comentarios libres. La encuesta se tramitó por correo electrónico, lo cual facilitó el diálogo con los encuestados para aclarar y completar las respuestas, y corregir los posibles errores. Concluida la recepción de las encuestas y tras analizarlas, se elaboró un extenso informe narrativo de los resultados que fue remitido a las Juntas Autonómicas como *feedback*, con el fin de corroborar la exactitud de la información recogida y, en caso necesario, corregirla.

Los resultados de la encuesta se analizaron tanto globalmente como por cada comunidad, pero, por razones de espacio, en este artículo presentaremos solamente los resultados globales a nivel estatal. Para determinar el grado de implementación de las prácticas asistenciales a nivel estatal, de forma agregada, se calcularon los porcentajes de población española expuesta a cada una de las prácticas, según los distintos grados de implementación: “No se cumple”, “Se cumple a medias” o “Se cumple satisfactoriamente”. Para ello, para cada práctica y para cada grado de implementación, se sumaron los porcentajes de población según el tamaño de las comunidades autónomas que habían respondido positivamente a esa práctica y con ese grado de implementación.

RESULTADOS

La encuesta se remitió a las Juntas Autonómicas de la AEN durante el verano de 2014. A lo largo de los meses siguientes, se enviaron tres recordatorios a las que no habían contestado, animándolas a hacerlo. A los tres meses se cerró la recogida de información habiéndose obtenido respuestas de 13 Juntas Autonómicas que incluyeron información sobre 14 comunidades: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia; es decir, en total se obtuvo información sobre el 93% de la población española, todo el territorio estatal excepto La Rioja, Galicia y Extremadura.

Los resultados se presentan en las Tablas 1 a 8. Casi todas las Juntas aportaron abundantes explicaciones, ejemplos y comentarios libres que enriquecieron sustan-

cialmente la encuesta. Los comentarios más ilustrativos se reseñan literalmente entre paréntesis y entrecomillados.

a) El modelo de atención en 2014

Considerando las prácticas en conjunto, las que se cumplieron satisfactoriamente arrojaron una cobertura poblacional media del 26% (0-70), las que se cumplieron a medias arrojaron una cobertura del 43% (3-99) y las que no se cumplieron, del 26% (1-71).

En opinión de los encuestados, entre las que se cumplieron satisfactoriamente, cuatro alcanzaron una cobertura superior al 50% de la población, si bien algunos encuestados matizaron su opinión y limitaron su alcance con comentarios libres. Estas son las cuatro prácticas y algunos de los comentarios más ilustrativos: los recursos están cerca de los lugares de residencia (56%) (“*pero peor en las zonas rurales*”); la atención médica y social es gratuita y universal (56%) (“*la población extranjera no residente regular no tiene derecho a la atención sanitaria especializada y la atención social está sometida a copago*”); la rehabilitación psicosocial está reconocida como actividad sanitaria (54%) (“*depende de Bienestar Social y supone la participación en gastos y es graciable*”; “*hay una deriva de lo público a lo privado*”); existen cauces para tramitar quejas (70%) (“*son los propios del sistema sanitario público*”). Adoptando un criterio menos estricto, si incluimos prácticas de las que se benefició el 40% de la población, encontramos las siguientes: se priorizan las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales (44%) de los pacientes (“*se prioriza la farmacología*”, “*en el caso del trastorno mental grave (TMG), mitigar síntomas y problemas conductuales*”); la atención sanitaria es multidisciplinar (43%) (“*no se cree en el trabajo de equipo, solo en el del profesional*”, “*más ratios de psiquiatras que de otros profesionales*”); existe un compromiso al más alto nivel institucional para orientar los servicios de acuerdo con el principio de la recuperación personal (49%) (“*formalmente sí, en la práctica no*”).

En el otro extremo encontramos que, en opinión de los encuestados, más de la mitad de la población no se benefició de las siguientes prácticas: la cantidad y la clase de recursos se adecúa a los determinantes de salud de la población (58%) (“*los recursos se asignan por tamaño de población*”); se aplican indicadores de recuperación personal (71%) (“*únicamente por iniciativa de algunos profesionales de algunos servicios*”); se trabaja para modificar las actitudes del personal sanitario para adaptarlas al principio de la recuperación (56%) (“*solo en algunos programas y dependiendo de la sensibilidad de algunos profesionales*”); los criterios para establecer prioridades de gasto son explícitos y transparentes (69%) (sin comentarios); la cartera de servicios ha sido publicada en el boletín oficial (64%) (“*no disponemos de cartera de servicios*”);

el Plan de Salud Mental se acompaña de un cronograma y de un presupuesto específico y ha sido aprobado en las Cortes Autonómicas (66%) (“*los planes de salud mental nunca han tenido un presupuesto asignado, ni un cronograma y nunca han sido, como tales, aprobados en el Parlamento*”).

b) Los cambios en el modelo de atención entre 2008 y 2014

En opinión de los encuestados, para el 45% de la población, el modelo se ha deteriorado; para el 31% ha mejorado y para el restante 22% no ha cambiado.

Entre los cambios observados destacan: una disminución notable del porcentaje de población beneficiado por la aplicación de la “ley de dependencia”; el deterioro en los tiempos de espera para ser atendido (“*Se está tratando en los contratos-programas de las gerencias de disminuir las listas de espera aumentando el número de nuevos en las agendas y con plantillas recortadas en un 10%. Esto supone un deterioro en la calidad de los tratamientos, ya que no hay huecos para las consultas sucesivas*”, “*Se han reducido los horarios de hospitales de día y de unidades de salud mental con un discurso político de ahorro -dietas alimentarias, gasto energético, etc.*”); el incremento de las barreras culturales y demográficas para el acceso a los servicios (“*Ralentización/paralización de viviendas supervisadas y ayudas a domicilio, afectando a la cobertura integral en zonas rurales*”; “*Mayor dificultad para conseguir traductores*”, “*Se han suprimido mediadores interculturales*”); la pérdida de la atención sectorizada, de la universalidad y gratuidad del sistema (“*Existe el copago en los recursos de rehabilitación de Bienestar Social, sumados al aumento del copago en fármacos*”, “*Retirada de tarjeta sanitaria a personas sin recursos e inmigrantes*”); y la reducción en el apoyo económico a las asociaciones de enfermos y familiares.

Muchos de estos cambios fueron atribuidos por la mayoría de los encuestados a los “recortes” relacionados con el periodo de la crisis: “*Ahora es mucho más complicado mantener a una persona con TMG con garantías en la comunidad*”, “*Se han amortizado plazas, sobre todo de trabajo social y psicólogos*”, “*Se han cerrado pisos supervisados, reducido las subvenciones para las asociaciones y para la formación de personas con minusvalía*”, “*Se ha invertido menos en recursos de rehabilitación*”, “*Los recortes han tenido repercusión en la política general de personal, en los sueldos, calendario, horarios y sustituciones*”, “*A raíz de la crisis ha dejado de completarse la red de atención infanto-juvenil y no se han completado los recursos de alojamiento previstos*”, “*Tardanza en cubrir jubilaciones, bajas, elevada rotación de profesionales en consultas*”.

Otros cambios en el funcionamiento acaecidos después de 2008 no son atribuidos por los encuestados a la crisis ni a las medidas de austeridad, sino a la política sanitaria en salud mental de los diferentes gobiernos autonómicos: “*Se suprimió el foro de salud mental, creemos más por influencia del cambio de gobierno que por la*

crisis”, “Han desaparecido las áreas sanitarias”, “Se han desarrollado nuevos, aunque pequeños, espacios manicomiales, con alguna oferta privada que ha identificado a los Trastornos Mentales Graves y Crónicos como un nicho de crecimiento en recursos residenciales”, “Se están demandando más camas de larga estancia y la atención domiciliaria es escasa”, “En algunos hospitales de gestión privada han sustituido los CSM por consultas externas hospitalarias”, “Las políticas sanitarias y sociales se dirigen hacia un modelo institucional, segregando a las personas en centros específicos para enfermos mentales. Las prácticas son hospitalocéntricas, alejadas del modelo de atención comunitaria y mucho más de los servicios orientados a la recuperación personal”.

En algunas comunidades también se detectaron cambios positivos. Después de 2008 mejoró la implementación de intervenciones que refuerzan los recursos personales de los pacientes, la historia clínica informatizada -aunque aún es muy mejorable en su *software*-, el tratamiento asertivo comunitario y los Planes Individualizados de Atención, el compromiso institucional por la recuperación personal y la participación de los usuarios en la mejora de los servicios y los cauces administrativos para tramitar quejas. Así, *“Se han abierto hospitales de día, unidades de media estancia y mini residencias en diversas áreas”, “Se han creado 36 equipos de promoción de la autonomía personal en la comunidad”, “Desarrollo importante de recursos residenciales y laborales en alguna provincia”, “Se ha puesto en marcha la llamada atención continuada con programas de intervención en grupo para diversos diagnósticos que se realizan por las tardes en CSM”, “Se ha desarrollado la historia clínica informatizada”.*

DISCUSIÓN

Ha sido posible cuantificar la implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental en 2014, así como valorar los cambios experimentados por el modelo entre 2008 y 2014, mediante el cálculo del porcentaje de la población española expuesta a cada una de las 39 prácticas que lo caracterizan. El hallazgo principal es que más del 80% de la población española no estuvo expuesta en 2014 a una atención en salud mental organizada según el modelo de atención comunitaria tal como lo define la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Las carencias más importantes se relacionaron con la ausencia de una perspectiva de salud pública, con la mala gestión y rendición de cuentas, y con el bloqueo o ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación comunitaria. Esta información contradice la creencia generalizada de que la atención a la salud mental en nuestro país se ajusta al modelo comunitario. En segundo lugar, se ha constatado que la implementación de los principios del modelo de atención cambiaron poco entre 2008 y 2014, aunque algunas prácticas muy relevantes para la atención comunitaria fueron abandonadas o su frecuencia fue reducida drásticamen-

te, en parte como consecuencia de los recortes presupuestarios en sanidad y servicios sociales, y en parte por razones ajenas a la crisis, más relacionadas con las dinámicas de las propias comunidades.

a) El modelo comunitario en 2014

Las características más positivas del modelo fueron las que se implementaron en la década de los 80, relacionadas con la accesibilidad, la continuidad de la atención y la comprensividad, muchas de las cuales se implementaron gracias al desarrollo del SNS, mientras que las carencias más importantes fueron la ralentización del desarrollo de determinados servicios, como la atención infanto-juvenil y la patología dual, y en general todo tipo de innovación, así como la ausencia de una visión de salud pública, la mala gestión y la falta de un sistema adecuado para rendir cuentas.

Los principios de continuidad y accesibilidad fueron los mejor y más extensamente implementados, aunque muy lejos de lo deseable. Desde hace un par de décadas, en los países de nuestro entorno, especialmente en los anglosajones, el desarrollo de estos principios ha consistido básicamente en la creación de nuevas formas de gestión clínica para satisfacer necesidades que no estaban siendo adecuadamente atendidas por los equipos comunitarios tradicionales, en concreto, la continuidad de la atención a las personas con trastornos mentales graves mediante equipos de tratamiento asertivo comunitario clásico (5) y flexible (6), la atención a primeros episodios de psicosis mediante equipos de intervención temprana (7), el modelo colaborativo de atención a los trastornos mentales comunes en atención primaria (8) y probablemente la atención a las crisis mediante equipos móviles de resolución de crisis y atención a domicilio (9).

Todas estas nuevas formas de gestión han recibido apoyo experimental y en la práctica clínica diaria; sin embargo, apenas se han implantado en nuestro país. A esto hay que añadir el escaso desarrollo de los Planes Individualizados de Atención (PIA). El PIA incluye la evaluación periódica de las necesidades (clínicas, sociales, laborales, familiares, económicas, terapéuticas y de rehabilitación) y los riesgos (de recaída, de conflictos, de abandono), la planificación de las actuaciones transversales y longitudinales necesarias para darles satisfacción, así como la designación del coordinador que se encargará de gestionar el plan. Aunque el PIA no ha sido formalmente testado, en Inglaterra, bajo el nombre de *Care Programme Approach* (10), se ha generalizado su uso como la forma organizativa más eficaz para atender a las personas con trastorno mental grave. De acuerdo con algunos de los comentarios incluidos en la encuesta, la implementación del PIA en nuestro medio se circunscribe a las unidades de rehabilitación psicosocial pero no, como es deseable, a los equipos comunitarios. Más atención ha recibido la implantación de la historia clínica única

informatizada, aunque todavía en ciernes y con muchos fallos. Su implantación en los servicios de salud mental es consecuencia del desarrollo de esta tecnología en los servicios sanitarios en general. La condición de “historia única”, es decir, historia a la que puedan tener acceso todos los profesionales del equipo multidisciplinar, no siempre se cumple, particularmente en lo que respecta al acceso de los profesionales de servicios sociales. Otro problema que afecta gravemente a la continuidad es la separación entre la red de atención a los problemas psiquiátricos y psicológicos generados por el mal uso de sustancias y la red general de servicios de salud mental. Entre el 30 y el 50% de las personas con trastornos mentales graves padece un problema de adicción que requeriría una atención compartida por los servicios de drogodependencias y los de salud mental, atención dificultada por la separación de estas dos redes. Finalmente, los encuestados opinan que “la ley de dependencia”, fundamental para fomentar la autonomía de las personas con trastorno mental grave, no se aplica de forma satisfactoria en ninguna parte del territorio estatal y no ha servido, como se pretendía, para crear un sistema público de cuidados profesionalizados y diversificados, sino para desarrollar la gestión indirecta masiva de recursos residenciales. Es más, la exigencia del reconocimiento del grado de dependencia para acceder a los recursos de servicios sociales, que en muchas comunidades incluye la rehabilitación, ha generado una burocratización del proceso con el correspondiente retraso inaceptable de la asignación del recurso, a menudo de meses, así como una rigidez del sistema que obstaculiza la adaptación a las necesidades cambiantes de los usuarios.

Los restantes principios presentan deficiencias más graves y extendidas. El caso más extremo es de la responsabilización o rendición de cuentas. Excepto por la existencia de cauces administrativos para tramitar quejas, las restantes prácticas incluidas en este principio no se cumplen satisfactoriamente ni siquiera para una quinta parte de la población: no hay transparencia en la gestión ni en la financiación, no se hace pública la cartera de servicios y los planes de salud mental no están avalados por las Cortes Autonómicas. La rendición de cuentas y la transparencia en la gestión constituyen, además de un derecho de la ciudadanía, elementos primordiales en la mejora de los resultados de los sistemas sanitarios y de la práctica clínica (11).

Mención aparte merece, por su especificidad, el escaso desarrollo de la recuperación personal, una muestra más, junto con las intervenciones mencionadas anteriormente, de la lentitud de nuestros servicios de salud mental para incorporar las novedades de gestión que en otros países son rutina. El interés por organizar los servicios de salud mental de acuerdo con el principio de la recuperación personal figuraba ya en el informe de 1999 del Surgeon General de EE.UU. (12) y hoy en día la recuperación personal es, junto con la recuperación clínica, el objetivo principal de las políticas sanitarias en salud mental en los países anglosajones (13). Aunque la recuperación personal es un asunto que concierne fundamentalmente a los usuarios,

las administraciones sanitarias están obligadas a implementar las condiciones que faciliten su desarrollo (14), modificando las actitudes del personal y reorganizando los servicios de acuerdo con este planteamiento (15).

Finalmente, en cuanto a la calidad, que constituye uno de los principios escasamente cumplimentados, hay que destacar la práctica que se refiere a la aplicación de medidas eficaces para mejorar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. La eficiencia figura como uno de los principios clave del modelo comunitario descrito en estudios previos (16). Su exclusión en el caso de la Estrategia se debe a que el grupo de trabajo de expertos no fue capaz de consensuar una definición, sobre todo por el interminable debate acerca de la pertinencia de la aplicación de los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) a algunos aspectos de la salud mental, motivo por el que se acordó limitar este principio a una sola práctica dentro del principio de calidad. Estrategias transversales orientadas a incrementar la eficiencia del sistema de atención, tales como la indicación escalonada (*stepped care*), la diversificación y el desarrollo de nuevos roles profesionales (*task shifting*), el fomento de la autogestión (*disease self-management*) y el uso de tratamientos en línea (*online support/therapy*) han sido objeto de investigación y aplicación en años recientes en otros países (17), pero en nuestro medio seguimos aferrados a la indicación terapéutica tradicional, a las cuatro especialidades clásicas del equipo multidisciplinar, a la gestión clínica autoritaria y a las intervenciones presenciales.

b) Cambios en el modelo de atención entre 2008 y 2014

El modelo de atención se modificó poco globalmente, pero algunas de sus prácticas clave, como la universalidad y gratuidad del sistema, la atención sectorizada, el acortamiento de los tiempos de espera, las subvenciones a las asociaciones de usuarios y familiares, y la aplicación de la “ley de dependencia” se contrajeron de forma sustancial. Los efectos de la recesión y la política de austeridad presupuestaria pudieron ser la causa de algunos de los cambios desfavorables. En este sentido, tiene especial relevancia la reducción de recursos comunitarios y de rehabilitación psicosocial atribuidos por algunos encuestados al efecto del Real Decreto ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (18), pero otros cambios pudieron resultar de intereses particulares y de las políticas sanitarias adoptadas por algunos gobiernos autonómicos, como es el caso de la creación del área única y la eufemísticamente llamada “externalización de servicios”.

También llama la atención la existencia de cambios favorables a pesar de la crisis. Algunas prácticas importantes, como la historia clínica informatizada, los planes individualizados de atención y el tratamiento asertivo comunitario, incrementaron su cobertura en algunas comunidades. Algunos de estos cambios fueron atribuidos

por los encuestados a la influencia del movimiento asociativo y a la voluntad y esfuerzo de algunos profesionales o a una planificación comprometida con anterioridad al periodo estudiado, como es el caso de la historia clínica informatizada.

Desde un óptica cuantitativa, la mayoría de las prácticas no experimentaron cambios sustanciales entre 2008 y 2014: 8 pasaron de “no se cumple” a “se cumple a medias” o “se cumple satisfactoriamente” para más del 10% de la población y 3 pasaron de “se cumple a medias” o “se cumple satisfactoriamente” a “no se cumple”. En cuanto a los principios, la continuidad fue el único que experimentó un cambio ostensible, mejorando su grado de implementación y su porcentaje de cobertura.

Aunque en la mayoría de las comunidades no se desarrollaron nuevos recursos, sino que se mantuvieron los recursos conseguidos hasta entonces, la ausencia de cambios importantes entre 2008 y 2014 no significa necesariamente una ausencia de impacto de la crisis, porque lo que se hubiese esperado de no existir recortes era continuar y profundizar en la reforma psiquiátrica, ya que, como señala uno de los encuestados, *“una cosa es la comparación entre dos fechas y otra es lo que se hubiese esperado de no existir recortes”*.

c) Alcance y limitaciones del estudio

Los resultados de esta encuesta no reflejan la opinión de personas individuales, siempre sujeta a una excesiva subjetividad, sino la opinión consensuada de las Juntas Autonómicas de la AEN. La AEN, tal como puede comprobarse por los contenidos de sus publicaciones y por su actividad de monitorización de los recursos de salud mental en el Estado español (19), ha participado activamente en promover el Modelo Comunitario desde el inicio de la reforma psiquiátrica. Por lo tanto, sus Juntas Autonómicas pueden ser consideradas como colectivos de expertos con información y experiencia local en el tema que nos ocupa. Además, con el fin de reducir al mínimo las interpretaciones erróneas tan frecuentes en las encuestas postales, una vez concluida y analizada la encuesta, se recabó la opinión de las Juntas con el fin de reforzar su validez, llevándose a cabo las modificaciones necesarias para ajustar la redacción de los resultados a sus respuestas. Finalmente, hay que subrayar que se ha logrado obtener información sobre más del 90% del territorio estatal. Solamente las comunidades de Extremadura, Galicia y la Rioja no están representadas, las dos primeras porque no respondieron a la encuesta y la tercera por la inexistencia de Delegación Autónoma de la AEN en esa comunidad. Todo ello, la elevada calidad y especificidad de los expertos, el debate y consenso de las respuestas, y la utilización del *feedback* de los encuestados para garantizar la validez de los resultados, reduce la probabilidad de errores puntuales o de sesgos, aunque obviamente no excluye totalmente ninguna de estas dos posibilidades.

La definición del modelo de atención adoptada en este estudio es producto de un consenso entre expertos, representantes políticos y usuarios de los servicios, y se corresponde exactamente con la definición aportada en los dos manuales más difundidos sobre atención comunitaria en salud mental (16), salvo por el hecho de que no incluye el principio de eficiencia y añade el de recuperación personal.

El peso relativo de cada una de las 39 prácticas en relación con el Modelo Comunitario es variable y de imposible ponderación, lo cual dificulta la síntesis de los resultados. ¿Qué práctica es más significativa o importante, la lucha contra el estigma o las prestaciones de la “ley de dependencia”? ¿Y cuánto pesa cada una en la definición del Modelo Comunitario? La priorización de unas prácticas frente a otras dependerá de las condiciones locales y de la política sanitaria de cada gobierno. Sin embargo, sí que ha sido posible cuantificar la implementación del modelo de atención mediante el cálculo del tamaño de la población expuesta a cada una de las prácticas. Este procedimiento permite además la comparación del grado de implementación entre distintos periodos y entre las CC.AA., lo que podrá ser objeto de una publicación posterior.

La evaluación del Modelo Comunitario en 2008 podría cuestionarse, ya que fue realizada retrospectivamente en 2014 y, por lo tanto, también cuestiona la evaluación de los cambios entre 2008 y 2014. Con el fin de reducir la subjetividad de esta evaluación, se pidió a los encuestados que apoyasen su opinión con comentarios libres y ejemplos concretos que diesen cuenta de los cambios organizativos o de gestión que se habían producido en su comunidad entre 2008 y 2014, tarea en la que casi todos los encuestados colaboraron y que permitió afianzar la validez de sus respuestas.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados de una encuesta dirigida a informantes clave, miembros de las Juntas Autonómicas de la AEN, ha sido posible cuantificar la implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental en el Estado español en 2014, según lo define la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, mediante el cálculo del porcentaje de la población española expuesta a cada una de las 39 prácticas que lo caracterizan, así como valorar los cambios experimentados por el modelo entre 2008 y 2014.

En contra de lo esperado, se encontró que en 2014 la mayor parte de la población española no estuvo expuesta a una atención en salud mental organizada según el modelo de atención comunitaria. Las características positivas más destacadas, aparte de las propias del sistema sanitario general, fueron las líneas de desarrollo ya planteadas al inicio de la reforma psiquiátrica, y las principales carencias, una gestión

clínica obsoleta, la ausencia de mecanismos para la rendición de cuentas y la falta de perspectiva de salud pública.

También, en contra de la opinión más generalizada, se produjeron pocos cambios en el modelo entre 2008 y 2014. Los cambios positivos se atribuyeron a proyectos iniciados con anterioridad a 2008 y los negativos, a la crisis, a las medidas de austeridad y a los intereses y preferencias particulares de los gobiernos autonómicos.

El modelo de atención a la salud mental está necesitado de una modernización de la gestión clínica, de mecanismos de rendición de cuentas y de la incorporación de una visión de la salud mental pública que traspase las fronteras de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1985; 5 (13): 204-222.
- (2) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid, 2011. [Consultado 12-3-2017]. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
- (3) Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2010. [Consultado 12-3-2017]. Disponible en: https://www.aen.es/docs/Informe-de-Evaluacion_Salud-Mental_CISNS.pdf
- (4) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional, Actualización 2015/19. Madrid, 2015. [Consultado 14-3-2017]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Punto%2017-1-Actualización%20Estrategia%20Salud%20Mental.pdf>
- (5) Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ* 2006; 332(7545):815-20.
- (6) Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) implementation: A prospective real life study. *Community Ment Health J* 2016;52(8):898-907.
- (7) Arango C, Bernardo M, Bonet P, Cabrera A, Crespo-Facorro B, Cuesta MJ, et al. Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2017;10:78-86.
- (8) Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10:CD006525.
- (9) Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2015; 15:74.

- (10) Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *Int J Integr Care* 2010;10:e040.
- (11) García-Altés A, Argimon JM. La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gac Sanit* 2016;30:9-13.
- (12) U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- (13) McCranie A. Recovery in mental illness: The roots, meanings, and implementations of a “new” services movement. En: Pilgrim D, Rogers A, & Pescosolido B, editors. *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. London: Sage Publications Ltd, 2010.
- (14) Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O’Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13(1):12-20.
- (15) Shepherd G, Boardman J, Burns M. *Implementing recovery: a methodology for organisational change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010. Disponible en: http://www.workingtogetherforrecovery.co.uk/Implementing_recovery_methodology.pdf
- (16) Thornicroft G, Szukler G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- (17) Bennett-Levy J, Richards D, Farrand P, Christensen H, Griffiths K, Kavanagh D. *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- (18) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 98, de 24 de abril de 2012: 31278-31312.
- (19) Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Consultado 18-3-2017]. Disponible en: <http://www.observatorio-aen.es>

TABLA I

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la autonomía según el grado de cumplimentación

	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
AUTONOMÍA: la capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.						
• Se priorizan las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad.	3%	51%	46%	3%	61%	36%
• Se priorizan las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad.	7%	49%	44%	9%	73%	18%
• Se priorizan las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales del y de la paciente.	3%	79%	18%	3%	53%	44%
• Se practica realmente la lucha contra el estigma, la discriminación y la marginación.	49%	31%	20%	28%	46%	26%
• Se priorizan las prácticas que suponen la integración de los y las pacientes en las redes y dispositivos «naturales» de la comunidad en la que residen.	8%	43%	49%	3%	53%	44%
• Se aplica oportuna y correctamente la “ley de dependencia”.	40%	34%	26%	31%	69%	0%
	18% (3-49)	48% (31-79)	34% (20-49)	13% (3-31)	59% (46-73)	28% (0-44)

TABLA 2

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la continuidad de cuidados según el grado de cumplimentación

	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
CONTINUIDAD: la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente, a lo largo de la vida, y coherentemente, entre los servicios que la componen.						
<ul style="list-style-type: none"> • La atención sanitaria es multidisciplinar. El equipo multidisciplinar está constituido como mínimo por un psiquiatra, un psicólogo clínico, un enfermero y un trabajador social. 	12%	31%	57%	12%	45%	43%
<ul style="list-style-type: none"> • Existe la historia informatizada a la que tienen acceso todos los profesionales implicados en la asistencia de cada caso y abarca atención primaria y atención especializada hospitalaria y comunitaria. El formato se adapta a las peculiaridades de la atención a los trastornos mentales. 	75%	25%	0%	24%	42%	34%
<ul style="list-style-type: none"> • Está implantado el uso de Planes Individualizados de Atención para los trastornos mentales graves. 	32%	68%	0%	1%	99%	0%
<ul style="list-style-type: none"> • Está implantando el uso de procedimientos de seguimiento/tratamiento comunitario-activo. 	71%	9%	20%	31%	44%	25%
<ul style="list-style-type: none"> • Se gestiona la asistencia por «procesos de atención». 	46%	34%	20%	41%	33%	26%
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionan de verdad las comisiones de coordinación entre los dispositivos del área y entre los diferentes sectores institucionales implicados. 	57%	38%	5%	36%	53%	11%

	2008		2014	
	No se cumple	Se cumple a medias	No se cumple	Se cumple a medias
CONTINUIDAD: la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente, a lo largo de la vida, y coherentemente, entre los servicios que la componen.	52%	16%	34%	13%
<ul style="list-style-type: none"> • La atención a la salud mental y la atención a los drogodependencias están orgánicamente integradas. 	49% (12-75)	32% (9-68)	26% (1-41)	22% (0-43)

Tabla 3

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la accesibilidad según el grado de cumplimentación

	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
ACCESIBILIDAD es la capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten.	12%	18%	70%	17%	27%	56%
<ul style="list-style-type: none"> • Los recursos están cerca de los lugares de residencia, con especial consideración a los núcleos rurales. 	11%	67%	22%	6%	61%	33%
<ul style="list-style-type: none"> • Los horarios de atención en los centros de salud mental se extienden a mañana y tarde, se favorecen las consultas telefónicas y/o las relacionadas con las nuevas tecnologías, y se practican las visitas a domicilio. 	0%	40%	60%	6%	86%	8%
<ul style="list-style-type: none"> • Los tiempos de espera no son excesivos y se hacen esfuerzos para abreviarlos. 	26%	48%	26%	46%	34%	20%
<ul style="list-style-type: none"> • Se han introducido estrategias específicas para reducir las barreras de acceso selectivas, como por ejemplo el idioma, la cultura o la edad. 	12% (0-26)	43% (18-67)	45% (22-70)	19% (6-46)	52% (27-86)	29% (8-56)

Tabla 4

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la comprensividad según el grado de cumplimentación

	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
COMPRESIVIDAD es la inclusión en todas las áreas sanitarias de las prestaciones necesarias para atender las necesidades de la población en materia de salud mental.						
<ul style="list-style-type: none"> Las prestaciones y los escenarios asistenciales están muy diversificados para que el sistema se adapte a las necesidades cambiantes de los y las pacientes con trastorno mental grave. 	15%	40 %	45%	12%	57%	31%
<ul style="list-style-type: none"> La cobertura está sectorizada y todos los servicios básicos terapéuticos, rehabilitadores y de apoyo social para los trastornos mentales y drogodependencias (atención hospitalaria, atención ambulatoria-domiciliaria-comunitaria, atención en régimen de día, rehabilitación, vivienda y actividades de ocio y socialización) están disponibles en cada sector. 	1%	32%	67%	1%	67%	32%
	8% (1-15)	36% (32-40)	56% (45-67)	7% (1-28)	62% (18-67)	31% (31-54)

Tabla 5

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la equidad según el grado de cumplimentación

	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
EQUIDAD es la distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.						
<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad y la clase de recursos se adecúa a los determinantes de salud de la población (más recursos donde haya más factores de riesgo, como la pobreza, el consumo abusivo de sustancias, un elevado nivel de desempleo o inmigración, etc.). 	43%	51%	6%	58%	36%	6%
<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila/controla que no existan desigualdades en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de los trastornos mentales por razones de género, edad, clase, etc. 	43%	27%	30%	43%	27%	30%
<ul style="list-style-type: none"> • La atención médica y social es gratuita y universal, no existe el copago. 	12%	18%	70%	17%	27%	56%
<ul style="list-style-type: none"> • La rehabilitación psicosocial está reconocida como actividad sanitaria (no social) con lo que esto supone en cuanto a derecho. 	32%	9%	59%	28%	18%	54%
	33% (12-43)	26% (18-51)	41% (6-70)	37% (17-58)	27% (27-36)	36% (6-56)

TABLA 6

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la recuperación personal según el grado de cumplimentación

	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
RECUPERACIÓN PERSONAL es un proceso de cambio y de crecimiento personal basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos de la enfermedad.	31%	58%	11%	26%	25%	49%
<ul style="list-style-type: none"> • Existe un compromiso al más alto nivel institucional para orientar la organización y gestión de los servicios de acuerdo con el principio de la recuperación personal. • En el presupuesto de salud mental hay una partida específicamente destinada y protegida por ley para apoyar a las asociaciones de enfermos y enfermas mentales y sus familiares. • La participación de representantes de las asociaciones de pacientes y sus familiares en los procesos de mejora continua de la calidad está garantizada, no es meramente simbólica. • Se aplican medidas de resultado que incorporan indicadores de recuperación personal. • Se ha reducido al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad, y se vela para que cuando se aplican no conlleven riesgos evitables tanto para la propia persona como para su entorno. 	43%	31%	26%	48%	52%	0%
	62%	32%	6%	41%	33%	26%
	71%	29%	0%	71%	3%	26%
	20%	49%	31%	17%	52%	31%

<p>RECUPERACIÓN PERSONAL es un proceso de cambio y de crecimiento personal basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos de la enfermedad.</p>	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja (sensibiliza, educa, etc.) para modificar las actitudes del personal sanitario para adaptarlas al principio de la recuperación. 	61%	36%	3%	56%	21%	23%
	48% (20-71)	39% (29-58)	13% (0-31)	43% (17-71)	31% (3-52)	26% (0-49)

Tabla 7

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la responsabilización según el grado de cumplimentación

	2008		2014	
	No se cumple	Se cumple a medias	No se cumple	Se cumple a medias
RESPONSABILIZACIÓN es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a los y las pacientes, los y las familiares, y la comunidad.	43%	49%	43%	55%
<ul style="list-style-type: none"> • La gestión, la administración y la financiación de los servicios de salud mental son públicas y transparentes. • Los criterios para establecer prioridades de gasto son explícitos y transparentes. • La cartera de servicios y prestaciones en salud mental ha sido publicada en el boletín oficial de la CC.AA y se ha difundido para que los ciudadanos conozcan sus derechos en materia de salud mental. • Existen cauces sociales y administrativos adecuados y conocidos para tramitar las quejas y darles respuesta. • El Plan de Salud Mental de la CC.AA vigente se acompaña de un cronograma y de un presupuesto específico, y ha sido aprobado en las Cortes Autonómicas. 	49%	51%	69%	29%
	66%	29%	64%	31%
	8%	44%	3%	27%
	63%	11%	66%	12%
	46% (8-66)	37% (11-51)	49% (3-69)	31% (12-55)
		17% (0-48)	20% (2-70)	

TABLA 8

Porcentaje de la población española expuesta a prácticas promotoras de la calidad según el grado de cumplimentación

	2008			2014		
	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple	No se cumple	Se cumple a medias	Se cumple
CALIDAD: característica de los servicios que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas.						
<ul style="list-style-type: none"> • Se practica una política para preservar la dignidad de las personas con enfermedades mentales. 	16%	64%	20%	16%	64%	20%
<ul style="list-style-type: none"> • Se dispensa una atención orientada específicamente a minimizar el impacto de la enfermedad y mejorar la calidad de vida y la satisfacción en el uso de servicios de las personas con trastornos mentales. 	25%	75%	0%	25%	70%	5%
<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica una política orientada a capacitar a las personas con trastornos mentales para que puedan manejar su discapacidad por sí mismas en la medida de lo posible. 	43%	26%	31%	25%	44%	31%
<ul style="list-style-type: none"> • Se practican medidas eficaces para garantizar la calidad en todas las áreas, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como los escenarios ambulatorios, hospitalarios y residenciales. 	23%	77%	0%	23%	59%	18%
	27% (16-43)	60% (64-77)	13% (0-31)	22% (16-23)	59% (44-70)	19% (5-31)

