

# ESAMEN: Descripción y medida de la estructura de los servicios de atención comunitaria en salud mental

ESAMEN: Description and assessment of the structure of community-oriented mental health services

MANUEL GÓMEZ BENEYTO<sup>a</sup>, JOSÉ ANTONIO DE LA RICA GIMÉNEZ<sup>b</sup>, PABLO GARCÍA-CUBILLANA DE LA CRUZ<sup>c</sup>, ANA MORENO PÉREZ<sup>d</sup>, INMACULADA CABEZA LUQUE<sup>e</sup>, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA<sup>f</sup>

*a) Profesor de Psiquiatría. Universidad de Valencia. CIBERSAM.*

*b) Jefe de Servicio de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Dirección General de Osakidetza. Vitoria- Gasteiz.*

*c) Enfermero de Salud Mental y Psicólogo. Técnico de Función Administrativa del Servicio Andaluz de Salud.*

*d) Psiquiatra. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*

*e) Coordinadora de gestión, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*

*f) Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*

*Correspondencia: Alberto Fernández Liria (afliria@gmail.com)*

Recibido: 08/10/2019; aceptado con modificaciones: 16/11/2019

**Resumen:** La estructura básica de los servicios de salud mental orientados a la comunidad se compone de cuatro tipos de dispositivos: las unidades de salud mental en los hospitales generales, los hospitales de día, los centros de salud mental y los centros de rehabilitación psicosocial, complementados con el apoyo social aportado por los servicios sociales especializados. Debido a que los dispositivos pueden acoger actividades muy

diversas que pueden implicar a varios sectores de la Administración y del Tercer Sector simultánea o sucesivamente, y también debido a su implantación geográfica irregular, la gestión de los servicios de salud mental es un asunto complejo sobre el que todavía no se ha alcanzado un acuerdo. En el momento actual disponemos de varios instrumentos de medida y clasificación de los servicios para facilitar su evaluación, pero ninguno de ellos ha logrado popularizarse.

El *objetivo* de este trabajo consiste en dar cuenta de un nuevo instrumento, ESAMEN, para describir y medir la estructura de los servicios de salud mental comunitaria, y someterlo a un estudio de viabilidad. Este método no se basa en la clasificación de los dispositivos como se ha hecho hasta ahora, sino en la clasificación de las 32 actividades o módulos de atención que se practican en ellos.

Para este estudio de viabilidad, se remitió una encuesta a los coordinadores de 380 dispositivos de salud mental de Andalucía, Euskadi y Madrid, solicitándoles información sobre el área de cobertura y el número de profesionales de cada uno de los módulos dispensados en su dispositivo. Con estos datos se elaboraron indicadores de capacidad (expresada como el tiempo máximo de dedicación por habitante y unidad de tiempo) y alcance (proporción del total de habitantes que es potencialmente beneficiaria del módulo). Las tablas de *resultados* muestran con claridad y sencillez la estructura de los servicios, valorando cada módulo según su capacidad y alcance poblacional, evidenciando desequilibrios en su distribución, permitiendo comparaciones entre áreas y comunidades, y dejando la puerta abierta al refinamiento de los indicadores y a la inclusión de nuevos módulos de actividad que se puedan desarrollar en el futuro.

**Palabras clave:** salud mental comunitaria, política de salud mental, evaluación de servicios de salud mental.

**Abstract:** The basic structure of community-oriented mental health services consists of four types of facilities: mental health units in general hospitals, day hospitals, mental health centres, and psychosocial rehabilitation centres, complemented by social support provided by specialized social services. Due to the fact that these facilities can host very diverse health activities that may involve several sectors of the Administration and the Third Sector, simultaneously or successively, and also due to their irregular geographical implementation, the management of mental health services is a complex issue on which no agreement has yet been reached. At present, we have several instruments for measuring and classifying services to facilitate their management, but none of them has become popular.

The aim of this work is to report on ESAMEN, a tool to classify and measure the structure of community mental health services, and to subject it to a feasibility study. This instrument is not based on the classification of facilities as has been done so far, but on the classification of the 32 activities or modules of care that are practiced in them.

For this feasibility study, a survey was sent to the coordinators of 380 mental health faci-

lities from Andalusia, Euskadi and Madrid, requesting information on the area of coverage and the number of professionals in each of the modules dispensed in their facility. With these data, indicators of capacity (expressed as the maximum time of professional dedication per inhabitant and unit of time) and scope (proportion of the total number of inhabitants who are potentially beneficiaries of the module) were elaborated.

Results tables show with clarity and simplicity the structure of the services, evaluating each module according to its capacity and population scope, showing imbalances in its distribution, allowing comparisons between areas and Communities, and leaving the door open to the refinement of the indicators and the inclusion of new activity modules that may be developed in the future.

**Key Words:** community mental health, mental health policy, mental health service evaluation.

## INTRODUCCIÓN

LA ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN a los trastornos mentales hasta mediados del siglo pasado se limitaba a la existencia de dos dispositivos: el hospital psiquiátrico y el ambulatorio de la Seguridad Social. A partir de la década de los 70, con el fin de atender a las múltiples necesidades que surgieron como consecuencia de la vida en comunidad de las personas desinstitucionalizadas, por una parte, y debido también a las demandas de las asociaciones de personas con problemas de salud mental y familiares para lograr una mejor y mayor satisfacción de sus necesidades, la atención sanitaria y social se fue ampliando y diversificando progresivamente. La estructura resultante, aunque territorialmente desigual tanto en el conjunto del Estado como en las comunidades autónomas (CC. AA), y pese a las modificaciones y combinaciones basadas en las preferencias y en los intereses profesionales y políticos de cada comunidad, que afectan sobre todo a los mecanismos de gestión, el abanico de prestaciones es prácticamente el mismo en todas las CC. AA y también en los países de nuestro entorno, y se compone, básicamente, de cuatro tipos de dispositivos: las unidades de salud mental en los hospitales generales, los hospitales de día, los centros de atención comunitaria y los centros para la rehabilitación psicosocial, complementados con el apoyo social (vivienda, ocupación y ocio) aportado por los servicios sociales especializados.

Debido a que los dispositivos pueden acoger actividades muy diversas que pueden implicar a varios sectores de la Administración y del Tercer Sector simultánea o sucesivamente, y también debido a que su implantación se produce de forma dispersa en amplias áreas geográficas, la forma de gestionar los servicios de salud mental es un asunto complejo sobre el que todavía no se ha alcanzado un acuerdo.

Los intentos realizados hasta ahora para desarrollar instrumentos de descripción y medida de servicios basados en criterios objetivos de clasificación han sido agrupados en cuatro modalidades (1):

- a) Tipologías de dispositivos sanitarios y/o sociales, como el ESMS (European Service Mapping Schedule; 2,3); el eDesde-LTC (Description and Evaluation of Services and Directories in Europe for Long Term Care; 4); o el REMAST (Refinement Mapping Services Tool; 5);
- b) Clasificaciones de los estilos o ideologías que subyacen a la atención sanitaria, como, por ejemplo, el Community Program Philosophy Scale (6) o la Social Model Philosophy Scale (7) para los trastornos adictivos;
- c) Métodos para describir el funcionamiento en red de los servicios, como la Network Analytic Technique (8);
- d) Métodos para medir el contenido de los servicios (9,10) o los tipos de programas o modalidades de cuidados, como el Who-International Classification of Mental Health Care (ICMHC) (11,12).

Mención aparte merece el IES (Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental-OMS; 13), instrumento desarrollado por la OMS, ampliamente utilizado en Latinoamérica, que aporta una visión exhaustiva de los servicios de un país, incluyendo la política sanitaria, los planes de salud mental, los recursos, etc., pero que no encaja en el planteamiento de este estudio.

La mayor parte de estos instrumentos han tenido una vida corta, reduciéndose su aplicación a un escaso número de estudios de investigación. En la práctica, el instrumento mejor estudiado y que ha sido aplicado más extensamente es el ESMS, el cual toma como unidad de análisis el dispositivo, sanitario o de servicios sociales. Aplicando un criterio binario (sanitario o social, con camas o sin camas, con atención de 24 horas o atención parcial, etc.) a los dispositivos agrupados en seis áreas de atención (atención residencial, ambulatoria, de día, atención en accesibilidad, información y voluntariado), se obtienen 89 códigos que permiten una ordenación lógica de la infraestructura de los dispositivos existentes en cada área. Los datos se obtienen mediante una encuesta dirigida a los directores de los dispositivos que, debido a su complejidad, requiere entrenamiento previo (3).

El resultado es una detallada foto fija de la infraestructura de los servicios en un momento dado. Teniendo en cuenta el esfuerzo y el gasto que supone, este tipo de evaluación puede ser útil para conocer la situación de los servicios cada cinco o diez años, pero no para obtener un mapa del servicio en cualquier momento, tal como se requiere para la gestión. Por otra parte, el tipo de actividad terapéutica que se lleva a cabo en un dispositivo puede ser diferente de la que se lleva a cabo en otro dispositivo del mismo tipo; por ejemplo, en un centro de salud mental se puede

practicar la atención ambulatoria infantojuvenil, mientras que en otro se practica la atención a adultos y la atención asertiva comunitaria. De forma semejante, una misma actividad se puede dispensar en diferentes dispositivos. Por esta razón, para evaluar un servicio no parece adecuado tomar como unidad de análisis los dispositivos, sino el tipo de actividad o módulo de atención que se practica en ellos.

En el contexto de este trabajo se entenderá por módulo un “conjunto de acciones articuladas entre sí, generalmente documentado, orientado a lograr un determinado objetivo parcial de salud y ejecutado por profesionales del ámbito sanitario o social que conforman un equipo específicamente capacitado para lograrlo y que constituyen una unidad funcionalmente integrada en la red de salud mental”.

Un mismo módulo de atención se puede dispensar en un centro (por ejemplo, la atención ambulatoria se puede dispensar en un centro/unidad de salud mental) o en varios centros o dispositivos sanitarios (por ejemplo, la atención ambulatoria en una policlínica adjunta al hospital o en un hospital de día) y varios módulos diferentes pueden llevarse a cabo en un mismo centro o dispositivo (por ejemplo, la atención de consulta y enlace, la atención de agudos en régimen de hospitalización y la atención de urgencias en una unidad de agudos). El personal propio de un módulo puede estar en situación de dedicación completa o compartir su trabajo con dedicación parcial a otros módulos.

No constituyen un módulo ciertas actividades sanitarias transversales que, aun requiriendo profesionales capacitados para llevarlas a cabo, pueden no ceñirse a un equipo concreto, como por ejemplo la psicoterapia.

El objetivo de este trabajo consiste en dar cuenta de ESAMEN, un nuevo instrumento para describir y medir la estructura de los servicios de salud mental comunitaria y someterlo a un estudio de viabilidad. Este método es nuevo porque no se basa en la clasificación de los dispositivos como se ha hecho hasta ahora, sino en la clasificación de las actividades o módulos de atención que se practican en ellos.

## MATERIAL

Para este estudio de viabilidad se escogieron servicios de salud mental de Andalucía, Euskadi y Madrid que, aunque comparten la misma filosofía asistencial y una estructura, organización y funcionamiento similares, se diferencian en algunos aspectos, que son precisamente los que más dificultan la evaluación. En concreto, los módulos de atención se imparten desde dispositivos diferentes en diferentes servicios. Por ejemplo, la rehabilitación en régimen de internado en Andalucía se lleva a cabo en comunidades terapéuticas; en Euskadi, en los hospitales psiquiátricos y recursos residenciales sociosanitarios; y en Alcalá, como norma, en minirresidencias y, excepcionalmente, en unidades de internamiento comunes para todo Madrid. La rehabi-

litación en régimen de día se realiza en los hospitales de día y en los centros de salud mental en Euskadi; en Andalucía se realiza además en las unidades de rehabilitación y las comunidades terapéuticas; y en Alcalá, en centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, centros de rehabilitación laboral y equipos de apoyo social y comunitario. En Andalucía la intervención temprana en psicosis se administra como programa integrado en los centros de salud mental, en unidades de rehabilitación y en hospitales de día; en Euskadi se lleva a cabo con programas y espacios específicos; y en Alcalá constituye un “proceso asistencial” aunque tiene adscrito un equipo con dedicación exclusiva. La atención a los trastornos de la alimentación se realiza, principalmente, desde los centros de salud mental y las unidades de salud mental infanto-juvenil en Andalucía y en Euskadi en los centros de salud mental, pero también mediante programas específicos dependientes de servicios de psiquiatría de hospital general.

Con el fin de poner a prueba el instrumento, se eligieron servicios de tres comunidades autónomas con servicios de salud mental estructuralmente muy diferentes, Madrid, Andalucía y el País Vasco.

El tamaño de la población, las provincias, los dispositivos y los profesionales que participaron en el estudio se presentan en la Tabla 1.

## MÉTODO

Para obtener la información se cursó una encuesta a los coordinadores de todos los dispositivos de las áreas seleccionadas. La encuesta contenía los objetivos del estudio, una ficha para cumplimentar con los datos del dispositivo y un glosario de definiciones. La encuesta y el glosario se aportan en el área suplementaria.

Los módulos básicos de atención son los que han de desarrollarse para llevar a cabo una atención de orientación comunitaria. Mediante estos módulos se atiende, desde los dispositivos sanitarios o sociales, a personas con trastornos mentales, de todas las edades sin distinción de diagnóstico. Los módulos básicos son 32, agrupables en cuatro tipos:

- \* *Módulos de hospitalización para trastornos agudos.* Incluyen módulos específicos para adultos, para niños y/o adolescentes, para la edad avanzada, para la desintoxicación de drogodependientes y para discapacitados intelectuales.
- \* *Módulos de atención ambulatoria.* Incluyen módulos específicos para adultos, para niños y/o adolescentes, para la edad avanzada, para la desintoxicación de drogodependientes y para discapacitados intelectuales.
- \* *Módulos de hospitalización parcial.* Incluyen módulos específicos para adultos, para niños y/o adolescentes y para personas de edad avanzada.
- \* *Módulos de rehabilitación psicosocial y apoyo social complementario.* Incluyen módulos ambulatorios, en régimen de día y en régimen de hospitalización

TABLA I

Población, dispositivos, módulos y personal adscrito participante en el estudio por territorios

	ANDALUCÍA					PAÍS VASCO			MADRID	TOTAL	
	Almería	Cádiz	Córdoba	Jaén	TOTAL	Álava	Guipúzcoa	Vizcaya	TOTAL		
Población	690.340	1.202.714	793.033	652.397	3.338.484	350.000	752.200	1.202.916	2.305.116	245.505	<b>5.889.105</b>
Dispositivos	29	46	29	26	130	39	80	109	228	22	<b>380</b>
Módulos	17	17	14	15	17	16	17	16	17	14	<b>18</b>
Personal	397	712	450	368	1.928	355	220	246	821	173	<b>2.992</b>

En las columnas de totales se contabilizan el número de módulos *diferentes* que suman entre los territorios correspondientes (por eso no es la suma aritmética).

Por otro lado, en el número de dispositivos de Andalucía, los referidos a los programas de apoyo social o de atención a las drogodependencias se han agrupado en un solo dispositivo provincial, sumándose las plazas y las horas de dedicación de profesionales de cada uno de ellos.

completa o residencial, así como módulos de rehabilitación y reinserción laboral, módulos de empleo protegido, módulos de preparación para el empleo y módulos de empleo con apoyo, pero no incluye módulos meramente ocupacionales.

La existencia de los 32 módulos básicos es una condición necesaria para poder implementar la atención comunitaria en salud mental, pero obviamente no es suficiente, ya que la dotación de personal y el tamaño de la cobertura poblacional del módulo son características determinantes. La dotación de personal se puede expresar como el número total de horas de trabajo que el personal dedica a dispensar el módulo en un tiempo determinado. El número total de horas de dedicación, lo que podríamos llamar la “carga horaria” del módulo, es una característica esencial, objetiva y fácil de medir. Si relacionamos la carga horaria con el número de beneficiarios potenciales de ese módulo (es decir, el número de habitantes del área de cobertura del módulo), obtendremos un indicador de “capacidad del módulo”, expresado como el tiempo máximo de dedicación por habitante y unidad de tiempo.

Por otra parte, un módulo puede estar bien dotado y en funcionamiento de forma generalizada en toda una comunidad autónoma, como sería deseable, en cuyo caso su alcance potencial sería del cien por cien de los habitantes de la comunidad, o puede que solamente atienda a una o a algunas de las áreas sanitarias o a una parte de alguna de ellas. Por este motivo, para caracterizar un módulo es necesario conocer, además de su capacidad, la proporción del total de habitantes de la comunidad que es potencialmente beneficiaria del módulo en cuestión. A esta característica la llamaremos “alcance del módulo”.

También hay que considerar que algunos módulos están dotados de un número determinado de camas o de plazas, en concreto, los módulos de hospitalización completa, de hospitalización parcial o de rehabilitación. Para estos casos, además de los indicadores expuestos anteriormente, se utilizarán indicadores de camas y/o plazas dedicadas a la población de cobertura, expresadas como proporción por cien mil habitantes de dicha población.

En resumen, se propone una descripción de los módulos básicos existentes en los servicios de salud mental de las comunidades autónomas, mediante indicadores de capacidad, de alcance y de plazas (Tabla 2). Este procedimiento permitirá comparaciones transversales dentro de una misma comunidad y entre comunidades, así como la descripción de tendencias temporales en el desarrollo de los servicios. Además, la adopción de estos indicadores podría facilitar en el futuro la elaboración de estándares de calidad para cada módulo. Finalmente, cuando en el futuro se generalice el uso de medidas de resultado, se podrá determinar la relación óptima entre estas, la capacidad, las plazas y el perfil profesional de cada módulo.

TABLA 2  
*Principales indicadores*

<b>Módulo</b>	Conjunto de acciones articuladas entre sí orientado a lograr un determinado objetivo parcial de salud y ejecutado por profesionales que conforman un equipo específicamente capacitado para lograrlo y que constituyen una unidad funcionalmente integrada en la red de salud mental.
<b>Capacidad</b>	Número de horas de profesional dedicadas al módulo por cada 100.000 habitantes.
<b>Alcance</b>	Porcentaje de la población que, de estar indicado, puede acceder al servicio.
<b>Plazas</b>	Número de plazas o camas de que disponen los programas de atención que ofrecen estancias a tiempo completo o parcial en régimen de día o noche.

## RESULTADOS

### *a) Datos generales de los territorios*

Con las definiciones propuestas, se han estudiado 380 dispositivos que atienden a una población total de 5.889.105 habitantes distribuidos en tres comunidades autónomas: Andalucía (se han incluido las provincias de Almería, Cádiz, Córdoba y Jaén), País Vasco, que incluye la información de la red de toda la comunidad, y la de un área de la Comunidad de Madrid, la correspondiente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares (ver Tabla 1).

Como puede observarse, el número de módulos ofertados en las diferentes provincias es similar. Hay un módulo que solo se oferta en Andalucía y solo a un pequeño porcentaje de la población (atención a la población inmigrante). El País Vasco es el único de los tres territorios que oferta, para un 23% de su población, atención específica a la patología dual y, para un 2%, hospitalización parcial exclusiva para niños –no adolescentes. Alcalá es el único de los tres territorios que oferta hospitalización domiciliaria. En general, la oferta es bastante parecida en los tres territorios y en las diferentes provincias que los componen (Tablas 3, 4 y 5).

### *b) Módulos ofertados por territorio*

Aplicadas las correspondientes fórmulas, se han obtenido los siguientes indicadores para cada una de las tres unidades de estudio:

TABLA 3  
Indicadores globales de Andalucía

	CAPACIDAD				PLAZAS				ALCANCE	Nº DISPOSITIVOS	ÁREA DE COBERTURA DISPOSITIVOS			
	M	DS	MX	MN	M	DS	MX	MN			M	D	MX	MN
1. Hospitalización Breve General	181.95	49,37	267,47	112,05	6,60	1,52	10,34	5,09	100 %	9	370.943	127.973	608.210	184.823
2. Hospitalización Breve Para Niños														
3. Hospitalización Breve Para Adolescentes														
4. Hospitalización Breve Para Niños Y Adolescentes	14,18	18,34	35,25	0,43	0,60	0,25	1,01	0,39	76 %	5	509.090	172.952	690.340	259.309
5. Hospitalización Breve Para Edad Avanzada														
6. Atención Comunitaria General	188,58	40,82	322,00	134,97	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	100 %	32	104.640	56.034	296.430	35.357
7. Atención Comunitaria Para Edad Avanzada														
8. Atención Comunitaria Para Niños														
9. Atención Comunitaria Para Adolescentes														
10. Atención Comunitaria Para Niños Y Adolescentes	26,16	14,69	59,34	11,65	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	100 %	11	346.566	247.756	793.033	39.021
11. Hospitalización Parcial Para Adultos	48,68	22,11	77,53	20,99	7,25	4,05	14,68	1,70	100 %	7	291.058	140.414	608.210	136.208
12. Hospitalización Parcial Para Niños														
13. Hospitalización Parcial Para Adolescentes														
14. Hospitalización Parcial Para Niños Y Adolescentes	18,87	10,72	42,31	11,89	3,92	2,46	7,71	1,74	94 %	6	521.300	204.023	793.033	259.309
15. Hospitalización Parcial Para Personas De Edad Avanzada														
16. Rehabilitación en Régimen De Hospitalización o de Residencia	37,72	21,12	69,55	15,87	1,88	1,28	4,29	0,58	100 %	9	741.885	177.308	1.202.714	553.807
17. Rehabilitación Mediante Equipos Móviles	20,10	15,04	48,67	5,36	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	28 %	6	157.018	74.799	296.430	74.124
18. Rehabilitación en Régimen De Día	35,53	19,75	97,31	12,48	5,40	2,94	11,57	1,08	100 %	13	444.602	186.691	690.340	136.208
19. Formación Y Reinserción Laboral	27,24	6,36	33,29	16,94	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	100 %	4	834.621	218.658	1.202.714	652.397
20. Hospitalización Breve Para Desintoxicación	3,45	2,46	5,56	0,00	0,26	0,14	0,50	0,14	100 %	4	848.484	250.957	1.202.714	652.397
21. Atención Comunitaria Para Dependencias	135,33	27,17	162,29	93,58	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	100 %	4	834.621	218.658	1.202.714	652.397
22. Atención Residencial Para Deshabitación	56,33	17,16	80,94	33,46	5,50	3,11	10,81	2,90	100 %	4	834.621	218.658	1.202.714	652.397
23. Atención Residencial Asistida 24 Horas	129,02	25,96	158,58	103,19	11,31	1,71	13,22	9,20	100 %	4	834.621	218.658	1.202.714	652.397
24. Atención Residencial Semiautista														
25. Atención Para Pisos/Apartamentos Tutelados 24 Horas	23,75	17,98	41,73	5,76	2,59	2,01	4,60	0,58	56 %	2	927.556	275.159	1.202.714	652.397
26. Atención Para Pisos/Apartamentos Semitutelados	12,05	5,74	20,74	5,50	6,90	1,68	8,43	4,16	100 %	4	834.621	218.658	1.202.714	652.397
27. Atención a Primeros Episodios De Psicosis	3,99	1,86	6,96	1,25	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	32 %	5	211.096	171.650	494.886	35.357
28. Atención a la Población Inmigrante	16,68	N.E.	16,68	16,68	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	4 %	1	123.622	N.E.	123.622	123.622
29. Atención a la Patología Dual														
30. Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental														
31. Hospitalización A Domicilio														
32. Otros Programas:														

**Capacidad:** N° de horas al año dedicadas al programa por dispositivo / población por 1.000 habitantes  
**Plazas:** N° de plazas por 100.000 habitantes  
**Alcance:** % Cobertura poblacional  
**N.E. =** No evaluable

TABLA 4

Indicadores globales del País Vasco

	CAPACIDAD				PLAZAS				ALCANCE	NUMERO DISPOSITIVOS	ÁREA DE COBERTURA DISPOSITIVOS						
	M	DS	MX	MN	M	DS	MX	MN			M	D	MX	MN			
															270,23	106,83	458,33
1. Hospitalización Breve General									78%	5							
2. Hospitalización Breve Para Niños																	
3. Hospitalización Breve Para Adolescentes																	
4. Hospitalización Breve Para Niños Y Adolescentes	303,11	164,92	487,18	168,82	8,24	3,27	12,84	5,46	100%	3				52,440	146,607	46,738	
5. Hospitalización Breve Para Edad Avanzada																	
6. Atención Comunitaria General	291,48	144,89	977,54	129,68	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	100%	33				34,860	136,281	10,465	
7. Atención Comunitaria Para Edad Avanzada																	
8. Atención Comunitaria Para Niños																	
9. Atención Comunitaria Para Adolescentes																	
10. Atención Comunitaria Para Niños Y Adolescentes	360,69	194,46	947,77	68,75	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	100%	14				37,408	58,755	240,000	4,532
11. Hospitalización Parcial Para Adultos	66,67	57,39	172,20	2,27	24,30	23,73	74,87	74,87	100%	18				344,520	468,711	2.000,583	26,712
12. Hospitalización Parcial Para Niños	120,56	N.E.	120,56	1,67	45,67	N.E.	45,67	45,67	2%	1				43,796	N.E.	43,796	43,796
13. Hospitalización Parcial Para Adolescentes																	
14. Hospitalización Parcial Para Niños Y Adolescentes	148,65	136,79	370,68	24,71	27,34	24,24	68,47	8,04	70%	4				98,047	54,257	174,303	46,738
15. Hospitalización Parcial Para Personas De Edad Avanzada																	
16. Rehabilitación en Régimen de Hospitalización o de Residencia	39,69	26,27	76,79	19,38	3,20	1,79	4,78	0,70	100%	3				926,272	763,687	2.000,583	293,101
17. Rehabilitación Mediante Equipos Móviles	27,40	19,07	64,30	1,73	10,70	17,29	44,12	N.E.	100%	7				389,665	274,719	1.047,697	185,803
18. Rehabilitación en Régimen De Día	39,46	26,79	77,03	3,40	16,18	10,25	31,30	2,50	82%	6				316,011	165,532	485,131	89,963
19. Formación y Reinserción Laboral	21,29	33,84	173,51	N.E.	3,80	4,81	23,14	0,45	100%	29				716,777	212,242	1.037,094	293,101
20. Hospitalización Breve Para Desintoxicación																	
21. Atención Comunitaria Para Dependencias	83,20	44,09	177,10	29,59	0,21	0,55	1,65	N.E.	72%	8				206,086	143,173	485,131	16,770
22. Atención Residencial Para Deshabituación	12,44	6,40	21,13	3,30	3,51	1,67	5,88	1,39	100%	7				771,786	167,795	1.037,094	665,663
23. Atención Residencial Asistida 24 Horas	65,21	9,57	74,59	52,07	8,98	0,98	10,24	7,85	38%	3				293,101	N.E.	293,101	293,101
24. Atención Residencial Semisistida	4,64	N.E.	4,64	4,64	1,05	N.E.	1,05	1,05	29%	1				665,663	N.E.	665,663	665,663
25. Atención Para Pisos/Apartamentos Tutelados 24 Horas	25,74	16,38	67,55	3,72	1,93	0,84	3,75	0,67	100%	21				541,312	265,218	1.037,082	293,101
26. Atención para Pisos/Apartamentos Semitutelados	4,23	4,68	23,25	0,91	1,00	1,04	4,05	0,29	100%	26				965,655	146,381	1.037,082	665,663
27. Atención a Primeros Episodios De Psicosis	21,61	6,86	28,56	10,43	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	61%	5				279,539	53,038	350,000	202,204
28. Atención a la Población Inmigrante																	
29. Atención a la Patología Dual	70,48	63,22	133,70	7,25	1,98	1,98	3,96	N.E.	23%	2				260,291	32,810	293,101	227,481
30. Atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental	23,70	N.E.	23,70	23,70	2,36	N.E.	2,36	2,36	28%	1				635,663	N.E.	635,663	635,663
31. Hospitalización a domicilio																	
32. Otros Programas:	612,06	3.013,86	17.087,38	2,21	7,80	12,96	51,56	N.E.	100%	31				736,006	296,771	1.037,088	309

Capacidad: N° de horas al año dedicadas al programa por dispositivo / población por 1.000 habitantes

Plazas: N° de plazas por 100.000 habitantes

Alcance: % Cobertura poblacional

N.E.: No evaluable

TABLA 5  
Indicadores globales de Alcalá de Henares (Madrid)

	CAPACIDAD					PLAZAS					ALCANCE	NÚMERO DE DISPOSITIVOS	ÁREA DE COBERTURA DISPOSITIVOS:					
	M	DS	MX	MN	M	DS	MX	MN	M	DS			MX	MN	M	DS	MX	MN
1. Hospitalización Breve General	211,03	N.E.	211,03	211,03	7,33	N.E.	7,33	7,33	100 %	1	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
2. Hospitalización Breve Para Niños																		
3. Hospitalización Breve Para Adolescentes																		
4. Hospitalización Breve Para Niños Y Adolescentes																		
5. Hospitalización Breve Para Edad Avanzada																		
6. Atención Comunitaria General	159,28	29,24	108,88	50,41	N.E.	N.E.	N.E.	100 %	2	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505	245,505		
7. Atención Comunitaria Para Edad Avanzada																		
8. Atención Comunitaria Para Niños																		
9. Atención Comunitaria Para Adolescentes																		
10. Atención Comunitaria Para Niños Y Adolescentes	66,54	11,09	44,36	22,18	N.E.	N.E.	N.E.	100 %	2	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505	245,505		
11. Hospitalización Parcial Para Adultos	43,01	N.E.	43,01	43,01	7,33	N.E.	7,33	7,33	100 %	1	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
12. Hospitalización Parcial Para Niños																		
13. Hospitalización Parcial Para Adolescentes	43,01	N.E.	43,01	43,01	4,07	N.E.	4,07	4,07	100 %	1	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
14. Hospitalización Parcial Para Niños Y Adolescentes																		
15. Hospitalización Parcial Para Personas De Edad Avanzada																		
16. Rehabilitación en Régimen de Hospitalización o de Residencia																		
17. Rehabilitación Mediante Equipos Móviles	26,88	N.E.	26,88	26,88	12,22	N.E.	12,22	12,22	100 %	1	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
18. Rehabilitación en Régimen De Día	47,05	9,50	60,49	40,33	20,37	11,52	36,66	12,22	100 %	3	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
19. Formación Y Reinserción Laboral	33,60	N.E.	33,60	33,60	12,22	N.E.	12,22	12,22	100 %	1	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
20. Hospitalización Breve Para Desintoxicación																		
21. Atención Comunitaria Para Dependencias	67,21	N.E.	67,21	67,21	32,59	N.E.	32,59	32,59	100 %	1	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
22. Atención Residencial Para Deshabilitación																		
23. Atención Residencial Asistida 24 Horas	36,15	8,18	44,33	27,97	6,72	1,34	8,06	5,37	100 %	2	372,211	N.E.	372,211	372,211	372,211	372,211		
24. Atención Residencial Semiasistida																		
25. Atención Para Pisos/Apartamentos Tutelados 24 Horas																		
26. Atención Para Pisos/Apartamentos Semitutelados	33,42	7,71	44,33	27,97	1,79	1,01	3,22	1,07	100 %	3	372,211	N.E.	372,211	372,211	372,211	372,211		
27. Atención A Primeros Episodios De Psicosis	27,39	N.E.	27,39	27,39	5,53	N.E.	5,53	5,53	100 %	1	542,127	N.E.	542,127	542,127	542,127	542,127		
28. Atención a la Población Inmigrante																		
29. Atención a la Patología Dual																		
30. Atención a las Personas Con Discapacidad Intelectual Y Trastorno Mental																		
31. Hospitalización A Domicilio	16,13	N.E.	16,13	16,13	4,07	N.E.	4,07	4,07	100 %	1	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		
32. Otros Programas:	16,13	6,72	22,85	9,41	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	100 %	2	245,505	N.E.	245,505	245,505	245,505	245,505		

\* **Capacidad:** N° de horas al año dedicadas al programa por dispositivo / población por 1.000 habitantes

\* **Plazas:** N° de plazas por 100.000 habitantes

\* **Alcance:** % Cobertura poblacional

N.E.: No evaluable

Como puede observarse, la mayor parte de los módulos están presentes en los tres territorios estudiados. La cantidad de recursos dedicados a estos –y, por tanto, su capacidad de intervenir– es diferente entre ellos.

*La hospitalización completa en hospital general*, por ejemplo, en el País Vasco dispone de una capacidad media de 270,23 horas al año por cada 1000 habitantes, mientras que las cifras son de 211,03 en Alcalá de Henares y 181,95 en las cuatro provincias andaluzas estudiadas. Es verdad que estas cifras están dentro del rango que puede encontrarse dentro del propio País Vasco (458,33-106,83), pero también lo es que esta cifra está afectada por el hecho de que una parte de la población vasca tiene su unidad de ingreso de referencia en hospitales monográficos que no se contemplan en este estudio (por eso el alcance de estos módulos es de solo el 78% en el País Vasco, cuando lo es del 100% en los otros dos territorios). Las camas ofertadas por cada 1000 habitantes también son diferentes en los tres territorios, con una media de 12,46 camas por 100.000 habitantes en el País Vasco, 6,60 en Andalucía y 7,33 en Alcalá de Henares.

Los hospitales monográficos en el País Vasco suponen un nicho asistencial importante dentro de la atención en régimen de hospitalización completa. Por una parte, la ya referida y no contabilizada unidad de ingreso en el hospital psiquiátrico de Zamudio, que, con 41 camas, atiende a un sector que supone el 12% de la población, siendo un recurso en transición que será incorporado como servicio de psiquiatría en un hospital general; y, por otra parte, las unidades de subagudos, cuyo objetivo es el tratamiento de pacientes con una psicopatología grave, refractaria y resistente al tratamiento que requiere una estancia superior para la remisión del cuadro clínico. Dichas unidades, que suponen un importante número de recursos (camas hospitalarias en hospitales monográficos), tampoco se contabilizan en la descripción de módulos, pero ejercen una clara influencia en el rendimiento de los indicadores asistenciales.

En cuanto a la *hospitalización para niños y adolescentes*, en Andalucía y País Vasco, hay unidades que atienden a los dos grupos etarios; en Alcalá de Henares no hay unidad y utilizan dos mancomunadas para todo Madrid (una para niños y adolescentes, y otra exclusivamente para adolescentes). La capacidad de los recursos dedicada a este módulo es muy diferente: de 14,18 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía y de 303,11 en el País Vasco (más de 20 veces mayor). El número de camas por cien mil habitantes también es muy diferente: 0,60 en Andalucía y 8,24 en el País Vasco.

Las diferencias en cuanto *atención comunitaria general* son también muy importantes: la capacidad de este módulo es de 188,58 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía; de 291,48 en el País Vasco y de 159,28 en Alcalá de Henares.

En *atención comunitaria para niños y adolescentes* también hay diferencias notables que no son solo cuantitativas, sino también estructurales. Los módulos conjuntos para niños y adolescentes tienen en el País Vasco una capacidad media de 360,69

horas al año por cada 1000 habitantes frente a las 66,54 de Alcalá de Henares y las 26,16 de Andalucía. Hay que señalar que mientras en el País Vasco y en Alcalá de Henares hay una red específica para atender a cualquier menor que solicite asistencia desde un principio, en Andalucía (y es una peculiaridad en el conjunto de las comunidades autónomas) los recursos específicos para niños y adolescentes se sitúan en tercera línea y solo atienden a los que son derivados desde la atención comunitaria general, que actúa como primer receptor de las derivaciones de atención primaria.

La *hospitalización parcial para adultos* es una prestación incluida y cubre al 100% de la población en los tres territorios. La capacidad del módulo es de 48,68 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, de 66,67 en el País Vasco y de 43,01 en Alcalá de Henares.

En el País Vasco, hay un recurso de *hospitalización parcial para niños* para una población de poco más de 43.000 habitantes, que corresponde a la población de niños y niñas entre 4 y 11 años en Gipuzkoa atendidos en la Unidad de Atención Precoz (un 2% del total de la población general). Este módulo tiene una capacidad de 120,56 horas al año por cada 100.000 habitantes. El resto son recursos mixtos de *hospitalización parcial para niños y adolescentes*, habitualmente en formato de unidades terapéutico-educativas dependientes de Educación con equipos de salud mental integrados. La capacidad del módulo es de 148,65 horas al año por cada 100.000 habitantes (hay 27,34 plazas por 100.000 habitantes) frente a las 18,87 de Andalucía (con 3,98 plazas por 100.000 habitantes). En Alcalá de Henares solo hay hospitalización parcial para adolescentes (la de niños se hace en recursos mancomunados fuera del territorio), con una capacidad de 43,01 horas al año por cada 1000 habitantes (hay 4,07 plazas por 100.000 habitantes).

Alcalá de Henares no dispone de *recursos hospitalarios o residenciales de rehabilitación* (utiliza recursos mancomunados fuera del territorio). Los de Andalucía tienen una capacidad de 37,72 horas al año por cada 1000 habitantes frente a las 39,69 del País Vasco. El número de plazas es de 1,88 por 100.000 habitantes en Andalucía y de 3,20 en el País Vasco.

Los tres territorios disponen de *recursos de rehabilitación mediante equipos móviles*. Su capacidad es de 20,10 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, de 27,40 en el País Vasco y de 26,88 en Alcalá de Henares.

Los equipos de *rehabilitación en régimen de día* tienen dependencias administrativas y mecanismos de gestión muy diferentes en los tres territorios. Su capacidad, sin embargo, es muy semejante: 35,53 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, 39,46 en el País Vasco y 47,05 en Alcalá de Henares. El número de plazas ofertado por 100.000 habitantes con esta capacidad es bastante distinto y será probablemente inversamente proporcional a la intensidad de la prestación ofertada: 5,40 en Andalucía, 16,18 en el País Vasco y 20,37 en Alcalá de Henares.

Los módulos de *formación y reinserción laboral* tienen una capacidad de 27,24 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, 21,29 en el País Vasco y 33,60 en Alcalá de Henares.

Solo en Andalucía se oferta el *módulo de hospitalización breve para desintoxicación*. La capacidad media del módulo es de 3,45 horas al año por cada 1000 habitantes y hay 0,26 plazas para cada 10.000 habitantes.

El *módulo de atención comunitaria para dependencias* se oferta en los tres territorios, con una capacidad de 135,33 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, 83,20 en el País Vasco y 67,21 en Alcalá de Henares.

En Andalucía y el País Vasco se oferta el *módulo de atención residencial para deshabitación* (que en Alcalá se desarrolla en recursos mancomunados de la Comunidad de Madrid externos al territorio), con una capacidad, respectivamente, de 56,33 y 12,44 horas al año por cada 1000 habitantes. El número de plazas por 100.000 habitantes es, respectivamente, de 5,50 y 3,51.

La *atención residencial asistida 24 horas* se oferta en los tres territorios con una capacidad de 129,02 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, 65,21 en el País Vasco y 36,15 en Alcalá de Henares. El número de plazas por habitante es, respectivamente, de 11,31, 8,98 y 6,72.

En el País Vasco la existencia de 4 hospitales psiquiátricos públicos ejerce una gran influencia en la provisión de recursos sociosanitarios residenciales. Las cargas impropias que suponen las estancias en unidades de larga estancia frenan la habilitación de dichos recursos sociosanitarios. Los recursos hospitalarios de larga estancia no están contemplados ni contabilizados en la descripción de módulos de este estudio.

Solo oferta un *módulo de atención residencial semiasistida* el País Vasco para un 29% de sus usuarios potenciales, con una capacidad de 4,64 horas al año por cada 1000 habitantes. Esto se traduce en 1,05 plazas por cada 100.000 habitantes.

En Andalucía y el País Vasco se oferta el *módulo de atención para pisos/apartamentos tutelados 24 horas* con un capacidad, respectivamente, de 23,75 y 25,74 horas al año por cada 1000 habitantes y una tasa de 2,59 y 1,93 plazas por 1000 habitantes.

En los tres territorios se oferta *atención para pisos/apartamentos semitutelados*, con una capacidad de 12,05 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, 4,23 en el País Vasco y 33,42 en Alcalá de Henares. Esto supone 6,90 plazas por 100.000 habitantes en Andalucía, frente a 1 en el País Vasco y 1,79 en Alcalá de Henares.

Se ofertan *módulos de atención a primeros episodios de psicosis* a un 32% de la población andaluza (en 5 dispositivos), un 61% de la vasca (en 5 dispositivos) y un 100% de la de Alcalá de Henares (en un dispositivo). Su capacidad es, respectivamente, de 3,99 horas al año por cada 1000 habitantes en Andalucía, 21,61 en el País Vasco y 27,39 en Alcalá de Henares en 1 dispositivo.

Únicamente en Andalucía se ofertan *módulos específicos de atención a la población inmigrante*, donde se hace solo para el 4% de la población de referencia (un área 123,622 habitantes) en un dispositivo. Allí la capacidad del módulo es de 16,68 horas al año por cada 1000 habitantes.

Solo en el País Vasco se oferta el *módulo de atención a la patología dual* en dos centros que cubren un 23% de la población. Su capacidad es de 70,48 horas al año por cada 1000 habitantes.

Únicamente en Alcalá de Henares existe un *módulo de hospitalización a domicilio*, con una capacidad de 16,13 horas al año por cada 1000 habitantes y una tasa de 4,07 plazas por 100.000 habitantes

Ninguno de los tres territorios estudiados tiene recursos de hospitalización breve exclusiva para niños o para adolescentes (son conjuntos) ni para personas en edad avanzada. Tampoco de atención comunitaria para edad avanzada ni específicos exclusivamente para adolescentes. En ninguno de los tres hay hospitalización parcial para edad avanzada. Tampoco hay módulos específicos para atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.

## DISCUSIÓN

### *a) El instrumento y su aplicación*

La principal aportación del sistema propuesto es la de organizar la información en módulos y no en dispositivos. La evaluación de un sistema sanitario debe establecer, entre otras cosas, la relación entre su estructura, por una parte, y los resultados que se obtienen en términos de salud, por la otra. Relacionar los módulos con los resultados tiene más sentido que relacionar los dispositivos con los resultados, ya que estos no son más que un mero vehículo de aquellos. Otra ventaja de este modo de proceder es que toma en consideración que dispositivos con el mismo nombre pueden ofrecer en territorios distintos diferentes módulos (un centro de salud mental, por ejemplo, puede ofertar o no atención comunitaria específica para las drogodependencias, para la población de niños y adolescentes o para la población inmigrante). El sistema permite la comparación entre territorios y en distintos momentos de desarrollo de una red, dando cuenta de los cambios en términos de lo que una población dada puede recibir. El actual estudio ha puesto de manifiesto la viabilidad de esta aproximación y el hecho de que los módulos desarrollados en los tres territorios son semejantes, aunque los recursos destinados a ellos y, por tanto, su disponibilidad real para la población sean, en algunos casos, muy diferentes.

Los módulos están definidos en un glosario (Anexo) que necesitará de una revisión permanente y, con seguridad, de la inclusión de módulos nuevos a medida que se diversifique la oferta del sistema a la población.

La recogida de información se desarrolla en dos momentos. En el primero se cumplimenta una encuesta que está organizada para cumplimentarse por dispositivos, aunque exige que se especifique qué módulos se desarrollan desde cada dispositivo. El segundo momento es el de la síntesis de la información que permite organizar el mapa de la red con los módulos caracterizados por su capacidad, número de plazas y alcance, lo que permite la comparación entre territorios.

En este estudio piloto, la encuesta ha sido realizada a través de un cuestionario *online* de Google, que han cumplimentado los jefes de servicio de cada uno de los territorios estudiados, contando con la participación de los responsables de las áreas o dispositivos. Las respuestas a este cuestionario son trasladadas por esta aplicación a una hoja Excel que ha sido posteriormente analizada. Lo ideal sería desarrollar una aplicación que extrajera automáticamente los indicadores de esa hoja y que permitiera comparar los datos de cada territorio que se incluyera con los ya almacenados en ella. Ello debería hacerse con un formato amable y con disposición de unos tutoriales que facilitaran su uso.

Si se articula el sistema con la opción automatizada, la información almacenada debería contrastarse con las oficinas responsables y debería establecerse un sistema de actualización periódica.

El sistema no incluye módulos para recoger la actividad de los hospitales monográficos o los recursos meramente ocupacionales (no de rehabilitación) porque está pensado como medio para evaluar la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (14,15) y solo incluye los módulos que esta intenta potenciar. Tampoco recoge, porque requeriría de otras fuentes de información, otros recursos comunitarios y de autoayuda.

El indicador de capacidad se ha construido sumando las horas de los profesionales implicados en el desarrollo de cada módulo. Esto tiene la ventaja de que facilita mucho la comparación con un solo golpe de vista. Tiene, sin embargo, la limitación de que no permite detectar el grado de cualificación de los profesionales. Y, en un momento en el que la cualificación de los profesionales contratados –sobre todo, en los recursos más próximos al polo del apoyo social– es cada vez menor, esa información puede ser importante. Con la información incluida podrían construirse indicadores, quizás en forma de fracción, que permitieran ponderar, según el propósito, la tasa de graduados frente a la de profesionales con menor cualificación, la de sanitarios frente a la de técnicos sociales u otras.

El desarrollo del presente estudio piloto nos parece que ha puesto de manifiesto que la aplicación del instrumento es factible, aunque la adecuación de los datos

al sistema de módulos y la cumplimentación de los cuestionarios –al menos con el sistema actual de recogida de datos– ha resultado más costosa de lo que preveíamos.

### *b) Los territorios y sus sistemas de atención*

Lo primero que llama la atención a la vista de los datos obtenidos es que los módulos ofertados desde los tres territorios estudiados son bastante semejantes. Es posible que lo sean menos con otros territorios del Sistema Nacional de Salud no incluidos en el estudio.

Algunos de los módulos se ofertan en los tres territorios, o en alguno de ellos, pero no a toda la población (su alcance no es del 100%, lo que señala un problema de equidad incluso dentro de cada uno de ellos).

Hay variaciones importantes tanto en cuanto a la capacidad como en cuanto al número de plazas ofertadas en los recursos más puramente sanitarios, que son menores para la hospitalización completa y parcial de adultos, pero son muy importantes en la hospitalización de niños y adolescentes y en atención comunitaria tanto de adultos como de niños y adolescentes, siempre con el País Vasco como el territorio más dotado. Los programas de atención de base domiciliaria generales o para atención temprana son de implantación relativamente reciente y aún escasa.

A pesar de que la red de rehabilitación en los tres territorios es muy diferente en cuanto a su estructura y a sus mecanismos de gestión, la capacidad desplegada para atender esa necesidad en régimen de día es sorprendentemente parecida en los tres territorios. Sin embargo, no lo es el número de plazas ofertadas, que es mucho mayor en el territorio donde el programa se desarrolla a través de empresas concertadas que cobran por plaza y probablemente refleja actuaciones menos intensivas quizás sobre pacientes menos graves. En el territorio donde existe una fundación pública específica para atender los módulos más próximos al apoyo social, estos están más desarrollados.

La atención a las drogodependencias tiene una trayectoria previa y una inserción en la red muy diferente en los tres territorios y tiene mayor capacidad y mayor número de plazas en Andalucía.

## CONCLUSIÓN

El instrumento propuesto permite la organización de la información sobre la estructura de los servicios de salud mental de los diferentes territorios de un modo que posibilita la comparación con otros territorios y con otros momentos en el desarrollo de la red, con lo que proporciona un instrumento útil para la evaluación de políticas de salud mental.

Su implantación se beneficiará de la articulación de una aplicación que permita introducir la información en cuestionarios *online* y proporcione automáticamente comparaciones con otros territorios que hayan introducido anteriormente la suya o permita la evaluación del desarrollo de planes o programas de salud mental. Lo ideal sería que esta aplicación fuera alojada desde la máxima responsabilidad de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud o desde sociedades científicas o ciudadanas que quieran promover la evaluación de servicios.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Johnson S, Salvador-Carulla L, Munizza C, Beecham J, De Jong P, Kuhlmann R, et al. Description and classification of mental health services: A European perspective. *Eur Psychiatry*. 1998;13(7):333–41.
- (2) Fernández A, Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosía MR, Prat-Pubill B, Serrano-Blanco A, Molina C, et al. Use of an integrated Atlas of Mental Health Care for evidence informed policy in Catalonia (Spain). *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015; 24(6):512–24.
- (3) Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 405:14–23.
- (4) Salvador-Carulla L, Álvarez-Gálvez J, Romero C, Gutiérrez-Colosía MR, Weber G, McDavid D, et al. Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: the eDESDE-LTC study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:218.
- (5) Montagni I, Salvador-Carulla L, McDavid D, Straßmayr C, Endel F, Näätänen P, et al. The REFINEMENT glossary of terms: an international terminology for mental health systems assessment. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45(2):342–51.
- (6) Jerrell J, Hargreaves WA. The operating philosophy of community programs: Working paper 18. San Francisco: UCSF Institute for Mental Health Services, 1991.
- (7) Kaskutas LA, Greenfield TK, Borkman TJ, Room JA. Measuring treatment philosophy: a scale for substance abuse recovery programs. *J Subst Abuse Treat*. 1998;15(1):27–36.
- (8) Tausig M. Detecting “cracks” in mental health service systems: application of network analytic techniques. *Am J Community Psychol*. 1987;15(3):337–51.
- (9) Lloyd-Evans B, Johnson S, Slade M. Assessing the content of mental health services: a review of measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(8):673–82.
- (10) Lloyd-Evans B, Slade M, Osborn DP, Skinner R, Johnson S. Developing and comparing methods for measuring the content of care in mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(3):219–29.
- (11) De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:8–13.

- (12) De Jong P. The WHO International Clasification of Mental Health Care. Groningen: Dept of Social Psychiatry, University of Groningen, 1996.
- (13) Saxena S, Lora A, Van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO'S assessment instrument for mental health systems: Collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(6): 816–21.
- (14) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/ms\\_naspain\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_naspain_es.pdf)
- (15) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

**APÉNDICE**  
**Encuesta de Evaluación de Programas de Salud Mental**

Nombre del Dispositivo/Programa

Área Sanitaria de referencia

*Por favor, escriba el nombre del área al que está adscrito el dispositivo (Área de Salud Mental, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, etc.)*

Dirección postal del dispositivo

Provincia

Nombre de la persona de contacto

Teléfono de la persona de contacto

Correo electrónico de la persona de contacto

Tipo de programa

*Elegir el programa de la siguiente lista. Puede consultar las definiciones en el glosario disponible al final de la encuesta*

1. HOSPITALIZACIÓN BREVE GENERAL
2. HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA NIÑOS
3. HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES
4. HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
5. HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA EDAD AVANZADA
6. ATENCIÓN COMUNITARIA GENERAL
7. ATENCIÓN COMUNITARIA PARA EDAD AVANZADA
8. ATENCIÓN COMUNITARIA PARA NIÑOS
9. ATENCIÓN COMUNITARIA PARA ADOLESCENTES
10. ATENCIÓN COMUNITARIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
11. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA ADULTOS
12. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA NIÑOS
13. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA ADOLESCENTES
14. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
15. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA
16. REHABILITACIÓN EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN O DE RESIDENCIA
17. REHABILITACIÓN MEDIANTE EQUIPOS MÓVILES
18. REHABILITACIÓN EN RÉGIMEN DE DÍA
19. FORMACIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL
20. HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA DESINTOXICACIÓN

21. ATENCIÓN COMUNITARIA PARA DEPENDENCIAS
22. ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA DESHABITUACIÓN
23. ATENCIÓN RESIDENCIAL ASISTIDA 24 HORAS
24. ATENCIÓN RESIDENCIAL SEMIASISTIDA
25. ATENCIÓN PARA PISOS/APARTAMENTOS TUTELADOS 24 HORAS
26. ATENCIÓN PARA PISOS/APARTAMENTOS SEMITUTELADOS
27. ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS
28. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE
29. ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL
30. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNO MENTAL
31. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
32. OTROS PROGRAMAS

Si ha seleccionado la opción OTROS PROGRAMAS en la pregunta anterior, especificar su nombre *Puede añadir aquí cualquier tipo de programa que considere de interés*

Nº de habitantes (tarjetas sanitarias) del área de cobertura

*Si el programa solamente atiende a pacientes de un área geográfica determinada, el área de cobertura es el número total de tarjetas sanitarias asignada a esa área. Si puede atender a pacientes de cualquier área de la Comunidad Autónoma, poner el total de tarjetas sanitarias de la Comunidad*

Descripción del área de cobertura del programa

*Explicitar el área, las áreas o la zona geográfica de cobertura del programa*

Número de profesionales:

*Utilizar decimales si hay profesionales a tiempo parcial*

- Psiquiatras
- Psicólog@s Clínic@s
- Enfermer@s
- Trabajador@s Sociales
- Auxiliares de Enfermería
- Terapeutas Ocupacionales
- Monitor@s (ocupacionales, de residencias, socioculturales)
- Técnico@s de Empleo
- Administrativo@s
- Celador@s
- Otr@s profesionales

Número de camas

*Solo para programas de hospitalización completa*

Número de plazas a tiempo completo

*Solo para hospitalización parcial, programas de día o alojamientos. Se refiere al n° de plazas, a tiempo completo, establecidas oficialmente*

Número de horas de duración del programa al día (para plazas de día a tiempo completo)

*Solo para hospitalización parcial o programas de día*

Número de plazas de día a tiempo parcial

*Solo para hospitalización parcial o programas de día. Se refiere al n° de plazas que podrían ocuparse a tiempo parcial*

Media de horas que acuden los pacientes al dispositivo a lo largo del día (para plazas de día a tiempo parcial)

*Solo para hospitalización parcial o programas de día*

Observaciones

## GLOSARIO

1. **HOSPITALIZACIÓN BREVE GENERAL:** Atiende las necesidades en salud mental en régimen de hospitalización breve de pacientes sin distinción de diagnóstico, y en algunos casos sin distinción de edad. Habitualmente este programa se dispensa en unidades ubicadas en hospitales generales. No obstante, se incluyen aquí también los programas de las unidades de hospitalización de agudos ubicadas en los hospitales psiquiátricos, pero únicamente en el caso de que estén dotados de personal propio con dedicación exclusiva al programa. Estos programas incluyen:
  - a) atención a las urgencias que acuden al hospital;
  - b) atención a los pacientes hospitalizados en la unidad;
  - c) atención de interconsulta con otras especialidades; y
  - d) función de enlace a veces.
2. **HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA NIÑOS:** Atiende **EXCLUSIVAMENTE** las necesidades de hospitalización en salud mental de población infantil, sin distinción de diagnóstico. Si el programa lo comparten niños y adolescentes, elija el programa nº 4. Habitualmente este programa se dispensa en unidades ubicadas en hospitales generales, aisladamente o formando parte de pediatría. El programa lo dispensa personal sanitario con dedicación exclusiva, con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.
3. **HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES:** Atiende **EXCLUSIVAMENTE** las necesidades de hospitalización en salud mental de población adolescente, sin distinción de diagnóstico. Si el programa lo comparten niños y adolescentes, elija el programa nº 4. Puede dispensarse en unidades ubicadas en hospitales generales, aisladamente o formando parte de la unidad de psiquiatría. No obstante, en este último caso es imprescindible que exista una separación física que impida compartir espacios con otros grupos etarios y que cuente con personal con dedicación exclusiva, con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.
4. **HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Atiende **EXCLUSIVAMENTE** las necesidades de hospitalización en salud mental de población infantil y adolescente, sin distinción de diagnóstico. Puede dispensarse en unidades ubicadas en hospitales generales, aisladamente o formando parte de la unidad de psiquiatría. No obstante, en este último caso es imprescindible que exista una separación física que impida compartir espacios con otros grupos etarios y que cuente con personal con dedicación exclusiva, con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.

5. **HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA EDAD AVANZADA:** Atiende EXCLUSIVAMENTE las necesidades de hospitalización en salud mental de personas con edad avanzada, sin distinción de diagnóstico. Puede dispensarse en unidades ubicadas en hospitales generales, aisladamente o formando parte de la unidad de psiquiatría, siempre y cuando las camas estén diferenciadas y separadas físicamente del resto. El programa lo dispensa personal sanitario con experiencia en gerontopsiquiatría.
6. **ATENCIÓN COMUNITARIA GENERAL:** Atiende las necesidades en salud mental en régimen ambulatorio de pacientes sin distinción de diagnóstico, y en algunos casos sin distinción de edad. Incluye la posibilidad de visitas a domicilio y la atención a urgencias durante la jornada laboral del centro. Se localizan habitualmente en los centros/equipos/unidades comunitarias de salud mental o en las consultas externas de los hospitales generales. Generalmente son dispensados por un equipo multidisciplinar de orientación comunitaria (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social), pero no necesariamente.
7. **ATENCIÓN COMUNITARIA PARA EDAD AVANZADA:** Atiende EXCLUSIVAMENTE las necesidades en salud mental en régimen ambulatorio de pacientes de edad avanzada, sin distinción de edad o diagnóstico. Puede dispensarse en un centro/equipo/unidad de salud mental o en otros dispositivos, bien de forma exclusiva o junto a otros programas. No obstante, en este último caso el personal que lo dispensa ha de contar con formación específica para la atención de este grupo etario.
8. **ATENCIÓN COMUNITARIA PARA NIÑOS:** Atiende EXCLUSIVAMENTE las necesidades en salud mental en régimen ambulatorio de población infantil, sin distinción de edad o diagnóstico. Si el programa lo comparten niños y adolescentes, elija el programa nº 10. Puede dispensarse en un centro/equipo/unidad de salud mental o en otros dispositivos, bien de forma exclusiva o junto a otros programas. No obstante, en este último caso es imprescindible que exista una separación física que impida compartir espacios con otros grupos etarios y que cuente con personal con dedicación exclusiva, con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.
9. **ATENCIÓN COMUNITARIA PARA ADOLESCENTES:** Atiende EXCLUSIVAMENTE las necesidades en salud mental en régimen ambulatorio de pacientes adolescentes, sin distinción de edad o diagnóstico. Si el programa lo comparten niños y adolescentes, elija el programa nº 10. Puede dispensarse en un centro/equipo/unidad de salud mental o en otros dispositivos, bien de forma exclusiva o junto a otros programas. No obstante, en este último caso es imprescindible que exista una separación física que impida compartir espacios con otros

grupos etarios y que cuente con personal con dedicación exclusiva, con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.

- 10. ATENCIÓN COMUNITARIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Atiende **EXCLUSIVAMENTE** las necesidades en salud mental en régimen ambulatorio de población infantil y adolescente, sin distinción de edad o diagnóstico. Puede dispensarse en un centro/equipo/unidad de salud mental o en otros dispositivos, bien de forma exclusiva o junto a otros programas. No obstante, en este último caso es imprescindible que exista una separación física que impida compartir espacios con otros grupos etarios y que cuente con personal con dedicación exclusiva, con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.
- 11. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA ADULTOS:** Atiende las necesidades en salud mental en régimen de día, jornada completa o media jornada, de pacientes sin distinción de diagnóstico, aunque puede reservarse para trastornos mentales graves. Tiene la finalidad de evitar hospitalizaciones, reducir su duración o administrar alguna forma específica de tratamiento. Normalmente se dispensa en hospitales de día con local propio dotados de un equipo multidisciplinar, pero puede dispensarse también desde otros dispositivos. Quedan excluidos de este apartado los programas de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral y los programas meramente ocupacionales. También se excluyen los programas dedicados a diagnósticos específicos, como los trastornos de la alimentación o de la personalidad.
- 12. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA NIÑOS:** Atiende las necesidades de hospitalización parcial, jornada completa o media jornada, de población infantil exclusivamente, sin distinción de diagnóstico. Si el programa lo comparten niños y adolescentes, elija el programa nº 14. El programa lo dispensa personal sanitario con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.
- 13. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA ADOLESCENTES:** Atiende las necesidades de hospitalización parcial, a jornada completa o a media jornada, de población adolescente exclusivamente, sin distinción de diagnóstico. Si el programa lo comparten niños y adolescentes, elija el programa nº 14. Se excluyen los programas dedicados a diagnósticos específicos como los trastornos de la alimentación o de la personalidad. El programa lo dispensa personal sanitario con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.
- 14. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Atiende las necesidades de hospitalización parcial, a jornada completa o a media jornada, de población infantil y adolescente exclusivamente, sin distinción

de diagnóstico. Se excluyen los programas dedicados a diagnósticos específicos como los trastornos de la alimentación o de la personalidad. El programa lo dispensa personal sanitario con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad.

- 15. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA:** Atiende las necesidades de hospitalización parcial, a jornada completa o a media jornada, de personas con edad avanzada exclusivamente, sin distinción de diagnóstico. Si el programa lo comparten pacientes de edad “no avanzada”, deje este apartado en blanco. El programa lo dispensa personal sanitario con experiencia en la atención a este grupo etario.
- 16. REHABILITACIÓN EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN O DE RESIDENCIA:** Programa orientado a favorecer la recuperación de las habilidades perdidas como consecuencia de un trastorno mental grave y a promover la autonomía y la inclusión. Se desarrolla en un dispositivo específico en régimen de hospitalización y en ocasiones en dispositivos residenciales de transición. En todo caso, se trata de dispositivos de capacidad no superior a 30 camas. Se excluyen los programas que no se orientan a la recuperación o adquisición de habilidades y autonomía, sino a su suplencia mediante cuidados o apoyo o meras actividades de ocio y entretenimiento. Entre las denominaciones que reciben estos dispositivos destaca la de “Comunidad Terapéutica”.
- 17. REHABILITACIÓN MEDIANTE EQUIPOS MÓVILES:** Programas orientados a favorecer la recuperación de las habilidades perdidas como consecuencia de un trastorno mental grave y a promover la autonomía y la inclusión. El programa lo dispensa un equipo móvil y la acción rehabilitadora se desarrolla en el entorno natural del paciente, como en los programas *outreach*, por ejemplo, en el “Tratamiento Asertivo Comunitario”. Generalmente se trata de una aplicación a medio o largo plazo.
- 18. REHABILITACIÓN EN RÉGIMEN DE DÍA:** Programa orientado a favorecer la recuperación de las habilidades perdidas como consecuencia de un trastorno mental grave y a promover la autonomía y la inclusión. Se desarrolla en un dispositivo específico en régimen de hospitalización parcial. Se excluyen los programas que no se orientan a la recuperación o adquisición de habilidades y autonomía, sino a su suplencia mediante cuidados o apoyo o meras actividades de ocio y entretenimiento.
- 19. FORMACIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL:** Programas orientados a favorecer la actividad laboral remunerada en las personas que padecen trastornos mentales graves, que abarca:

- a) Programas ocupacionales: Tienen como objetivo proporcionar la oportunidad de ocupación y de socialización de una forma diaria y estructurada. No persiguen objetivos de producción ni de preparación para una actividad laboral posterior;
- b) Programas de preparación para el empleo: Pretenden preparar para una alternativa laboral posterior. Incluyen los programas de rehabilitación laboral y talleres-escuela o prelaborales;
- c) Programas de empleo protegido: Se desempeñan en Centros Especiales de Empleo o entidades que tienen entre sus objetivos favorecer la incorporación al trabajo productivo de personas con trastornos mentales graves (empresas, cooperativas...) y;
- d) Programas de empleo con apoyo: Programas de rehabilitación estructurados e individualizados dirigidos a personas con trastorno mental grave para la obtención y mantenimiento de empleo remunerado en el mercado libre de trabajo sin previo entrenamiento, dispensado por un profesional formado según las directrices de la Unión Europea de Empleo con Apoyo.

**20. HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA DESINTOXICACIÓN:** Atiende las necesidades de hospitalización breve para la desintoxicación de personas dependientes del alcohol o de otras sustancias, sin distinción de edad. Habitualmente este programa se dispensa en unidades ubicadas en hospitales generales. No obstante, se incluyen aquí también los programas de las unidades de desintoxicación ubicadas en los hospitales psiquiátricos, pero únicamente en el caso de que estén dotados de personal propio con dedicación exclusiva al programa.

**21. ATENCIÓN COMUNITARIA PARA DEPENDENCIAS:** Atiende en régimen ambulatorio las necesidades de personas drogodependientes, sin distinción de edad o de diagnóstico. Puede dispensarse en un centro/equipo/unidad de salud mental o en otros dispositivos. El programa lo dispensa personal sanitario con experiencia específica.

**22. ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA DESHABITUACIÓN:** Atiende las necesidades de personas drogodependientes en proceso de deshabituación, sin distinción de edad o diagnóstico. Habitualmente este programa se dispensa en granjas u otros dispositivos residenciales de larga estancia.

**23. ATENCIÓN RESIDENCIAL ASISTIDA 24 HORAS:** Atiende las necesidades de residencia de personas con trastornos mentales graves que necesitan apoyo continuado. El programa puede ser dispensado por personal de servicios sociales, pero debe incluir apoyo sanitario según las necesidades. El programa no conlleva tratamiento ni rehabilitación, aunque puede incluir actividades de ocio. El

grado de asistimiento es de 24 horas; es decir, el programa requiere la existencia de tres turnos. La estancia es generalmente prolongada. Entre las denominaciones que reciben estos dispositivos destacan las de “Mini residencias” o “Casas Hogar”.

- 24. ATENCIÓN RESIDENCIAL SEMIASISTIDA:** Atiende las necesidades de residencia de personas con trastornos mentales graves que no necesitan apoyo continuado. El programa puede ser dispensado por personal de servicios sociales con o sin apoyo sanitario. El programa no conlleva tratamiento ni rehabilitación, aunque puede incluir actividades de ocio. El grado de asistimiento puede variar, pero el personal no pernocta. La estancia es generalmente prolongada. Entre las denominaciones que reciben estos dispositivos destaca la de “Centro de Baja Exigencia” o también “Mini residencias asistidas o con apoyo”.
- 25. ATENCIÓN PARA PISOS/APARTAMENTOS TUTELADOS 24 HORAS:** Atiende las necesidades de residencia de personas con trastornos mentales graves en pisos o apartamentos. El programa puede ser dispensado por personal de servicios sociales con o sin apoyo sanitario. El programa no conlleva tratamiento ni rehabilitación, aunque puede incluir actividades de ocio. El personal pernocta en el piso o está localizable las 24 horas. La estancia es generalmente prolongada.
- 26. ATENCIÓN PARA PISOS/APARTAMENTOS SEMITUTELADOS:** Atiende las necesidades de residencia de personas con trastornos mentales graves en pisos o apartamentos. El programa puede ser dispensado por personal de servicios sociales con o sin apoyo sanitario. El programa no conlleva tratamiento ni rehabilitación, aunque puede incluir actividades de ocio. El grado de asistimiento puede variar, pero el personal no pernocta y puede incluso ser externo al piso. La estancia es generalmente prolongada.
- 27. ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS:** Programa para la atención integral y exclusiva de primeros episodios de psicosis, dispensado en la unidad/equipo/centro de salud mental, o en la unidad de hospitalización breve o entre varios dispositivos, pero también puede existir en un centro aislado. El programa lo coordina y gestiona un profesional experimentado. Puede incluir la detección precoz de casos en estado de alto riesgo o prodrómico. La atención incluye tratamiento, rehabilitación y psicoeducación familiar para la prevención de recaídas.
- 28. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE:** Programa que tiene por objeto garantizar que los pacientes inmigrantes del área sanitaria reciban una atención compatible con sus creencias, costumbres e idioma preferido, ofreciendo servicios de asistencia lingüística, contratando personal representativo de la

población inmigrante del área y/o asegurando la formación del equipo en aspectos referentes a la cultura e idiomas de uso en el área.

- 29. ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL:** Programa de atención para las personas que padecen un trastorno por consumo de sustancias comórbido con un trastorno mental grave. El programa implica la coordinación y la atención compartida entre los programas de atención a personas drogodependientes y los diversos programas de atención a los trastornos mentales graves. Puede no requerir instalaciones o dispositivos específicos separados del resto de la red.
- 30. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNO MENTAL:** Programa de atención para las personas con déficit intelectual que padecen un trastorno mental. El programa implica la existencia de personal sanitario con experiencia específica y un gestor de casos u otras formas de seguimiento y coordinación específicamente dedicadas a este sector poblacional. Puede incluir instalaciones o dispositivos separados del resto de la red.
- 31. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO:** Programa enfocado a proporcionar en el domicilio del paciente niveles de diagnóstico y de tratamiento similares a los dispensados en el hospital mediante un seguimiento intensivo más o menos protocolizado y de duración breve, generalmente no superior a las dos semanas. Este servicio se presta a personas con trastornos mentales agudos o situaciones de crisis graves, supervisados por uno o varios familiares responsables y en ocasiones con el apoyo de Atención Primaria y de los servicios sociales de ayuda a domicilio. El programa no incluye en ningún caso atención fuera del domicilio.
- 32. OTROS PROGRAMAS:** Se recogerán en este apartado todos aquellos programas, dispositivos, servicios o recursos que, por no estar incluidos en la Estrategia de Salud Mental del SNS, no aparecen en este glosario (por ejemplo, un programa de hospitalización de larga estancia). Asimismo, se recogerán aquellos programas que, estando incluidos en el presente glosario, no cumplen algunos de los requisitos establecidos en su definición (por ejemplo, un programa de hospitalización breve para niños con camas en pediatría que no dispone de personal sanitario con dedicación exclusiva, con experiencia y formación específica en la atención a la salud mental de este grupo de edad).