

La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España.

Introducción

En este artículo abordaremos la situación de la asistencia de salud mental infanto juvenil en España. La idea central del trabajo será la de ofrecer una visión lo más actual posible del mapa de recursos existentes en España para la atención de la juventud en el campo de la salud mental.

La importancia de los trastornos mentales tanto en la morbilidad, como en la calidad de vida de los pacientes es muy elevada. Igualmente, el impacto económico que suponen es muy importante, tal como recoge el Ministerio de Sanidad y Consumo en su estrategia para la salud mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Así, en la monografía se señala que los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de la enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer (Andlin-Sobocki and Rossler, 2005). Por otro lado, la pérdida de calidad de vida es superior a la que producen enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. En cuanto a la carga de la enfermedad, sólo la depresión unipolar explica el 6% de la carga causada por todas las enfermedades, teniendo sólo la isquemia coronaria y los accidentes cardiovasculares pesos mayores (Olesen and Leonardi, 2003).

A pesar de no existir suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, diferentes estimaciones han puesto de manifiesto que éste es muy elevado. Así en los países europeos se estima que su coste está entre el 3 y el 4% del PNB, superando los 182.000 millones de euros anuales. De dichos costes, el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral (Andlin-Sobocki and Rossler, 2005). En otro trabajo reciente se pone de manifiesto que los trastornos mentales son el grupo de enfermedades que supone el mayor coste directo y total para el sistema sanitario de los países occidentales. (Hu, 2006).

Respecto a nuestro país no se dispone de información oficial sobre la carga de enfermedad. De hecho, tal como se señala acertadamente “España no pudo aportar datos sobre el gasto y la financiación en salud mental al Atlas de la Salud Mental en el Mundo de la OMS, y los indicadores básicos de recursos y de plazas en España incluidos en 2005 en este registro se refieren a 1996, y en muchos casos son manifiestamente erróneos” (Salvador-Carulla, 2007). De hecho, si queremos ofrecer una estimación sobre el coste total de las enfermedades mentales, tenemos que remontarnos hasta 1998, año en el que se estimó que el coste total ascendió a 3.005 millones de euros. (Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief et al., 1998).

Ahora bien, existen diversos trabajos que pretende paliar dicho déficit. En un artículo sobre el impacto económico de la esquizofrenia en España se estimó que el coste total en el año 2002 era de 1.970,8 millones de euros, de los cuales el 53% correspondía a costes directos sanitarios y el 47% restante a costes directos no sanitarios. De esta forma, los costes sanitarios asociados con la esquizofrenia suponían el 2,7% del gasto público en sanidad (Oliva-Moreno et al., 2006). Un aspecto interesante es la falta de relación existente entre la prevalencia de la enfermedad y su impacto sobre los recursos y los costes, existiendo una amplia dispersión en función de la comunidad autónoma (Vazquez-Polo et al., 2005).

Es llamativo esta falta de información sobre los recursos disponibles para tratar las enfermedades mentales en España, si tenemos en cuenta que se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro, siendo la distribución de la prevalencia-vida por Comunidades Autónomas relativamente uniforme, oscilando entre el 15,71 de Andalucía y el 23,68 de Cataluña (Haro et al., 2006).

La magnitud del problema es similar en el caso de niños y adolescentes, ya que la discapacidad que provocan los trastornos mentales en niños y adolescentes es muy elevada (Alday et al., 2005). Diversos estudios estiman que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello (Weller et al., 2003) (Juszczak et al., 2003). Ahora bien, a pesar del indudable avance en los servicios de salud mental para niños y adolescentes y de su paulatina incorporación a las prestaciones sanitarias, varios estudios señalan que la provisión de atención a la salud para niños con trastornos psiquiátricos es inadecuada y a muchas familias no se les ofrece un diagnóstico exacto hasta años después (Semansky and Koyanagi, 2003).

Por este motivo, pensamos que una revisión sobre la asistencia sanitaria en salud mental específica para jóvenes y niños es necesaria para realizar un diagnóstico de la situación y poder hacer frente a los desafíos que este tipo de trastornos suponen para el sistema nacional de salud.

Sin embargo, para alcanzar nuestro objetivo abordaremos previamente la definición de lo que se considera asistencia mental infanto juvenil y las diferencias y especificidades que ésta presenta frente a la asistencia para adultos, ya que es conveniente delimitar ambas. Posteriormente revisaremos los planes de salud mental de las Comunidades Autónomas e identificamos aquellas comunidades que tienen planes específicos para la asistencia en materia de salud mental de los y las jóvenes. Por último abordaremos la descripción de los recursos existentes en cada comunidad para la asistencia mental a la juventud.

La asistencia mental infanto-juvenil

Como señala el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias (Gobierno de Canarias, 2006) un elemento clave en cualquier política sanitaria de prevención e intervención es la salud Mental de la infancia y la adolescencia. El desarrollo de estrategias para promover la Salud Mental de los niños es de una importancia fundamental para el

posterior desarrollo individual y social. No hay salud sin Salud Mental, ni puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia. En este sentido, hay que remarcar que la salud mental no se debe circunscribir únicamente a los trastornos mentales, sino que la salud mental debe ser entendida como recurso esencial para la vida de las personas y que se moldea con las experiencias del individuo. Por ello, hay que prestar especial atención a las experiencias en los primeros años de vida, ya que existe una práctica unanimidad sobre el gran impacto que éstas ejercen sobre la salud mental en la vida adulta.

Tal como recoge la Organización Mundial de la Salud los trastornos emocionales y de conducta están presentes en torno al 20% de la población mundial entre 0 y 17 años. Además, la propia OMS viene señalando la importancia que tiene el suicidio como causa de muerte entre los adolescentes, siendo la tercera causa. Por otra parte, el trastorno depresivo mayor a menudo tiene su inicio en la adolescencia y está asociado a un importante desajuste social y es una de las mayores causas de suicidio. Asimismo, los trastornos conductuales de inicio en la infancia tienden a persistir en la edad adulta en forma de abuso de drogas, conducta antisocial, delincuencia juvenil, problemas interpersonales, desempleo, problemas maritales y mala salud física. Por ello, la misma OMS señala como objetivos de intervención prioritarios los siguientes trastornos:

- En la primera infancia:
 - Dificultades de aprendizaje.
 - Trastornos por déficit de atención, con y sin hiperactividad.
- En los años medios de la infancia:
 - Síndrome Gilles de la Tourette.
- En la adolescencia:
 - Depresión y riesgo de suicidio.
 - Psicosis.
- Como trastornos graves con necesidades de tratamiento complejas señala:
 - Trastornos generalizados del desarrollo.
 - Trastornos de la personalidad y trastornos conductuales.
 - Trastornos del vínculo.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos por abuso de sustancias.
 - Trastornos alimentarios.

Todos estos aspectos hacen que la asistencia de salud mental para los niños y las niñas y para los y las jóvenes deba ser específica y diferenciada de los dispositivos de asistencia mental para adultos. Tal como señala el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias, aunque “las actuaciones en Salud Mental Infanto-Juvenil han de estar integradas en los Planes de Salud generales, precisan para tener éxito, desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen. La infancia y la adolescencia tienen un sentido propio, unas características diferentes a las de los adultos, y es

necesario tenerlas en cuenta, remarcando el carácter evolutivo del desarrollo en estos periodos, apreciando que se trata de una población muy influenciada por el entorno, en la que los factores del medio que rodea al niño son fundamentales para la intervención eficaz y la comprensión del origen de su trastorno. Las etapas evolutivas desde el nacimiento a la adolescencia, tienen especificidades que requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa. Esto debe reflejarse en la práctica clínica y en la formación y selección del equipo de Salud Mental que atiende a los niños y jóvenes, que deberán ser especialistas en la materia, ya que se requieren conocimientos y habilidades diferentes de las que se necesitan para atender la población adulta. Así mismo, cobra vital importancia la necesidad de trabajar de modo interdisciplinar con los distintos profesionales de los distintos ámbitos de la vida del niño” (Gobierno de Canarias, 2006).

Por tanto, el programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil debe inscribirse en el Programa General de Salud Mental. En esta línea, hay que recordar que es en los años 80 cuando se produce la reforma psiquiátrica en España (Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1985), adoptándose un modelo comunitario y una estructura sectorizada de atención a la Salud Mental, que implicaban una concepción de la atención a la Salud Mental de forma integral, interdisciplinar e integrada en el Sistema Nacional de Salud. La reforma de los años 80 supuso una ordenación territorial y descentralizada de la atención, tomando como referencia las Áreas Sanitarias, y siendo las Unidades de Salud Mental el eje de la organización de los servicios. De esta forma, se favorecía y se proporcionaba al paciente una continuidad de cuidados, disponiendo para ello de equipos multidisciplinares y de dispositivos asistenciales diversificados y cercanos a los lugares de residencia. Este modelo también implicó el desarrollo de alternativas a la hospitalización psiquiátrica, estimulando la participación de la familia y los recursos de la comunidad, tomando en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad y la salud frente a los puramente biológicos. En función de estos principios y siguiendo el Cuaderno Técnico nº 4 de la AEN (Bravo Ortiz y cols., 2000) el esquema para explicar la Red de Dispositivos de Salud Mental en un Área Sanitaria está recogido en la Figura 1

Como puede apreciarse en dicha figura, la asistencia en salud mental infanto juvenil está articulada básicamente en:

- Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil [U.S.M. (I-J)].
- Unidades de Hospitalización Breve Infanto Juvenil [H.B. (I-J)].
- Unidades de Hospitalización de día o parcial Infanto Juvenil [H.D. (I-J)].

Por tanto, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil constituyen el eje en el que se articula la asistencia en salud mental para la población menor de 18 años. Como veremos en el apartado dedicado a describir los recursos existentes en España para la atención de la salud mental infanto juvenil, su composición es variable en cada Comunidad Autónoma, aunque los aspectos comunes en todas son la multidisciplinariedad y la especificidad de las mismas. Estas unidades están constituidas por diversos profesionales que han recibido una formación específica en el abordaje y manejo de los problemas de salud mental que se presentan en la infancia y adolescencia. Su objetivo fundamental es ofrecer atención ambulatoria a los pacientes que

le son remitidos desde el nivel de atención primaria o desde otros niveles sanitarios. Igualmente, estas unidades atienden las consultas urgentes y proporcionan asesoramiento y apoyo a los equipos de atención primaria y a otros profesionales sanitarios de su área (Pozo de Castro, 2008).

Los planes de salud mental de las CC.AA.

Tal como hemos señalado en el apartado anterior, en España fueron las Comunidades Autónomas las que iniciaron el proceso de reforma de la atención a la salud mental partiendo de la Ley General de Sanidad y del Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica (Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, 1985). En dichos documentos se proponía el *modelo comunitario* como el modelo a seguir, modelo que había sido alentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ahora bien, el modelo comunitario y la estructura sectorizada requieren el desarrollo de planes estratégicos que contemplen la planificación y la programación de la atención. Por ello, todas las CC.AA. se dotaron de un Plan de Salud Mental. Los planes de salud mental de las CC.AA. se recogen en la Tabla 1. Como se puede apreciar, la mayoría de ellos datan de los noventa, aunque han sido revisados posteriormente. Así, Andalucía y Extremadura disponen de planes integrales de salud mental, teniendo ambos vigencia hasta el 2012. Aragón, Asturias, Galicia y el País Vasco se han dotado de diferentes planes estratégicos. Mientras que Baleares y Castilla y León disponen de una estrategia de salud que llega hasta el año 2007. Cataluña implantó su plan director de Salud Mental 2005-2007, figura similar a la que puso en marcha la Comunidad Valenciana. El resto de comunidades tienen planes específicos de salud mental, destacando el plan integral de Castilla-La Mancha y, en el caso de Madrid, la participación conjunta de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social para su plan de asistencia psiquiátrica y de salud mental. Un resumen de las líneas generales de los distintos planes se puede encontrar en (www.1decada4.es).

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

Los recursos de asistencia mental infanto juvenil

La Reforma Psiquiátrica comienza oficialmente con la Ley de creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983) que culmina con el documento general sobre las recomendaciones para introducir los cambios en la atención de la salud mental en España (Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, 1985). Los objetivos marcados por la Comisión de la Reforma Psiquiátrica se integrarán en el Sistema Sanitario Público planificado por la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) que establece la integración de las acciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental con el resto de la población. Así, la Ley General de Sanidad de 1986 (Gobierno de España, 1986), en su Capítulo III propone la plena integración de la atención de los problemas de salud mental en el sistema sanitario general, aportando los principios básicos en los que debe basarse esa atención:

- La atención se realizará en el ámbito comunitario: recursos asistenciales ambulatorios, hospitalización parcial y atención a domicilio.

- Se considerarán de modo especial la Psicogeriatría y la Psiquiatría Infantil.
- La hospitalización se realizará en Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales.
- Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social en coordinación, cuando sea necesario, con Servicios Sociales.

En definitiva, se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos, ya que disminuyen las camas de larga estancia, se crean unidades de hospitalización en los hospitales generales y equipos de salud mental ambulatorios. De esta forma, el objetivo de la reforma es crear un modelo universal, equitativo, descentralizado, donde el área de salud se define como estructura fundamental de gestión y planificación y en el que la atención primaria (zonas básicas) aparece bien estructurada y vinculada a hospitales generales que representan la asistencia especializada y complementaria que requiera cada zona.

El desarrollo de los dispositivos de atención a la población Infanto-Juvenil con problemas de salud mental ha sido más lento e irregular en todas las CCAA, motivo por el que existen muchas dificultades para realizar comparaciones entre las mismas. Como ya señalamos anteriormente, la asistencia en salud mental infanto juvenil está articulada básicamente en: Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil [U.S.M. (I-J)], Unidades de Hospitalización Breve Infanto Juvenil [H.B. (I-J)] y Unidades de Hospitalización de día o parcial Infanto Juvenil [H.D. (I-J)]. Por este motivo, vamos a seguir esta organización para describir los recursos existentes en cada comunidad autónoma. Para la obtención de los datos estadísticos se ha consultado el Observatorio de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría), siendo los últimos datos disponibles los de 2007. Adicionalmente se ha completado la información con los datos publicados por el Ministerio de Sanidad de Consumo y con los planes de salud mental infanto juvenil de las comunidades autónomas que disponen de ellos.

En la Tabla 2 recogemos los datos básicos sobre las unidades o centros de salud mental infanto juvenil. Como podemos observar, la dispersión por CC.AA. es muy elevada, ya que desde un centro en la Rioja hasta los 70 de Cataluña, siendo el promedio nacional de 13%. En términos de población de referencia cubierta, podemos observar que va desde el 45,2% de Cataluña al 0,6% de la Rioja. En cuanto a la edad límite para recibir atención podemos apreciar que discurre desde los 15 años en Murcia, Valencia y Galicia hasta los 18 de Extremadura. Por otra parte y en lo referente a la denominación observamos que el término más empleado es el de unidad de salud mental. Respecto a las derivaciones de pacientes, sólo en Andalucía, Aragón, Extremadura, Castilla León, y La Rioja se atiende a pacientes derivados de las Unidades o centros de salud mental (nivel terciario), mientras que en el resto de comunidades las derivaciones se realizan desde la Atención Primaria (nivel secundario).

Respecto a los indicadores de actividad recogidos en la Tabla 3 se aprecia la misma dispersión que en cuanto a los datos sobre centros. Así el total de consultas por 100.000 habitantes va de las 3.184,15 del País Vasco a las 0,87 de Galicia o las 1,93 de Murcia. Igualmente el registro de altas estandarizado sólo está presente en Andalucía, Madrid, Murcia, Cataluña, Canarias, La Rioja y País Vasco.

En la Tabla 4 se aprecian las tasas de profesionales por 100.000 habitantes de las USMJ-I. El número mayor de psiquiatras por 100.000 habitantes lo tiene el País Vasco con 0,93 seguido de Baleares con el 0,92. Esta misma posición ostenta el País Vasco en cuanto a los psicólogos clínicos con el 1,07 seguida de Castilla-La Mancha con el 1,01. Es esta misma comunidad la que está a la cabeza en el número de diplomados de enfermería 0,66, mientras que de nuevo es el País Vasco quien encabeza el ranking con los trabajadores sociales con 0,33.

Respecto a los programas básicos definidos en las unidades de salud mental infanto-juvenil, podemos señalar que la especificidad de la atención a la salud mental infanto-juvenil se refleja, sobre todo, en dichos programas básicos. En la Tabla 5 se pueden apreciar las diferencias entre Comunidades Autónomas, destacando los programas específicos de trastornos generalizados del desarrollo que se aplican en Andalucía, Castilla-La Mancha, País Vasco, Melilla y La Rioja. Los programas específicos de las CC.AA son los trastornos de la conducta alimentaria en Melilla; trastornos disociales en Andalucía; acogida en el País Vasco y prevención en Galicia. Respecto a la coordinación con los recursos comunitarios (Educación, Servicios Sociales, Justicia, Protección de Menores, etc.): se aplican en todas las CCAA excepto en Canarias, Castilla León, Murcia y Valencia.

Respecto a las unidades de hospitalización breve/agudos, Tabla 6, sólo disponen de ellas Andalucía, Madrid, Valencia, Castilla-León, Cataluña, Baleares, Navarra y País Vasco. De ellas, el mayor número de unidades está concentrado en Cataluña con 10, representando el 45,45% del total nacional. En cuanto al número de camas en pediatría es Andalucía la que tiene el mayor número, 24, mientras que en camas de psiquiatría es Madrid con 39. En las tasas por 100.000 habitantes de las variables de actividad clínica, recogidas en la Tabla 7 sólo disponemos datos para Andalucía, Castilla y León, Baleares y País Vasco. La mayor utilización de los servicios, se daría en el País Vasco y Baleares.

Por último, en la Tabla 8 recogemos el número de hospitales de día y sus principales variables de actividad. Tres comunidades acaparan prácticamente toda la oferta de este tipo de unidades a nivel nacional: Andalucía con el 27,66%, Cataluña con el 40,43% y Madrid con el 12,77%. De las peculiaridades de cada comunidad, hay que destacar que en Andalucía las unidades de salud mental infanto-juvenil son a la vez hospitales de día. Es esta una característica única en todo el Estado español. En Aragón los hospitales de día sólo son un dispositivo para la atención a trastornos de la conducta. En el País Vasco y Navarra los hospitales de día se han creado mediante un convenio de colaboración entre Sanidad y Educación. Por su parte en Cataluña, existe una amplia oferta de plazas en centros de día (ocio y tiempo libre) que dependen administrativamente de Sanidad.

Conclusiones

La salud mental es un aspecto esencial para la calidad de vida y bienestar de las personas. Sin embargo, los recursos y la atención que se ha venido prestando a la atención de la salud mental en España están todavía lejos de lo que corresponde a nuestro sistema nacional de salud y a nuestro nivel de PIB per cápita.

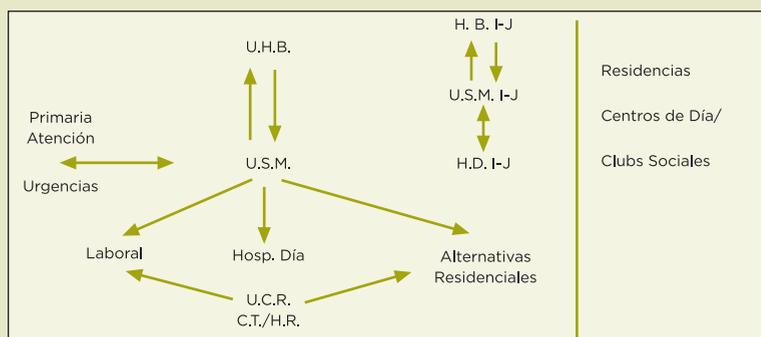
Falta una correlación entre la prevalencia de los trastornos mentales y los recursos destinados para su atención. En términos generales las enfermedades o trastornos mentales pueden afectar al 25% de la población, mientras que los recursos destinados a su atención no llegan al 5% del gasto sanitario público.

Resulta evidente que una buena salud mental debe cimentarse desde la infancia y la adolescencia, ya que si no se tratan a tiempo las consecuencias pueden ser trágicas: el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte en Europa entre los jóvenes. A pesar de los avances producidos en nuestro país desde los años 80, queda patente que la asistencia de la salud mental es una asignatura todavía pendiente en el actual sistema nacional de salud, siendo especialmente importante el déficit en cuanto a la asistencia infanto juvenil.

En este sentido, queda patente la insuficiencia de la información existente y la carencia de registros homogéneos entre comunidades autónomas. De los datos obtenidos, queda patente las diferencias existentes entre las comunidades que han recibido las transferencias antes de 2002 y aquellas que se hicieron cargo de la sanidad a partir de dicho año. Tanto en sistemas de información como en recursos asistenciales, son el País Vasco, Cataluña y Andalucía las que lideran los recursos de asistencia sanitaria en nuestro país. A este grupo, habría que añadir Madrid, que cuenta con una red asistencial importante en comparación a las comunidades autónomas que recibieron las transferencias en 2002, por motivos ligados a su situación geopolítica anterior al proceso transferencial. Destacan igualmente los esfuerzos realizados por Castilla-La Mancha, Canarias, Navarra e Islas Baleares.

La Estrategia de Salud mental del Sistema Nacional de Salud impulsada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, al igual que el informe en curso de realización sobre la organización y dispositivos de salud mental, llevado a cabo igualmente por el Ministerio, van en el buen camino. La iniciativa de la AEN del Observatorio de Salud mental está permitiendo paliar las carencias de información de fuentes públicas en cuanto a los datos asistenciales en materia de salud mental, siendo prácticamente la única fuente de información centralizada. Sin embargo, los datos de 2007 deben ser depurados, y esperamos que las lagunas de información existentes se vayan cubriendo en los próximos meses.

Figura 1. **Organización de la asistencia mental en España**



Fuente: (Salvador, 2005).

Tabla 1 **Planes de salud mental de las Comunidades Autónomas**

Comunidad Autónoma	Plan de Salud Mental	Aprobado	Última Revisión
Andalucía	SI	-	Plan Integral de Salud Mental (2003-2007; 2007-2012)
Aragón	SI	2002	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón
Asturias	SI	1998	Plan Estratégico 2001-2003; líneas preferentes de actuación 2005-2007
Baleares	SI	1998	Estrategia Nacional de Salud Mental y Plan de Salud Mental de la CAIB (2006-2007)
Canarias	SI	1997	Plan de Salud de Canarias 2004-2008 (La salud mental forma parte del mismo)
Cantabria	SI	1998	Plan Regional de Salud Mental 1998-2002
Castilla y León	SI	1991	Estrategia de Salud Mental (2003-2007)
Castilla-La Mancha	SI	1984	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010
Cataluña	SI	1991	Plan Director de Salud Mental 2005-2007
Ceuta y Melilla	SI	-	Implantación de la Estrategia en Salud Mental
Comunidad Valenciana	SI	1991	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2001-2004
Extremadura	SI	1996	Plan Integral de Salud Mental en Extremadura (2007-2012)
Galicia	SI	1987	Plan Estratégico de Salud Mental (2006-2012)
La Rioja	SI	1999	Plan de Atención a la Salud Mental (2005-2007)
Madrid	SI	1989-91	Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008)
Murcia (Región de)	SI	1995	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001
Navarra (Comunidad Foral)	SI	1986	Programa de psiquiatría interconsultor (desde 2007)
País Vasco	SI	1983	Plan Estratégico de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza (2003-2008; 2008-2012)

Fuente: Actualizado y completado a partir de (Salvador, 2005)

Tabla 2. **Centros de Salud Mental infanto Juvenil**

Comunidad Autónoma	Denominación	Edad límite	Número Total en la CA	% sobre el total
Andalucía	Unidad Salud Mental Infanto - Juvenil - Hospital de Día	17	14	9,0
Aragón	Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil	17	8	5,2
Asturias (2005)	Unidad Infanto-Juvenil	15	4	27,14
Cantabria	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	17	1	ND
Madrid	Programas de S.M. de niños y adolescentes	17	36	23,2
Murcia (Región de)	Centro Salud Mental Infanto-Juvenil	15	9	5,8
C. Valenciana	Unidad Salud Mental Infantil y de la Adolescencia	15	22	14,2
Castilla-La Mancha	Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil	17	7	4,5
Castilla y León	Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil	17	9	5,8
Cataluña	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil *Consultas Periféricas	17	70	45,2
Extremadura	Equipo de S.M. Infanto-Juvenil	18	3	1,9
Galicia	Unidad Salud Mental Infanto -Juvenil	15	7	4,5
Islas Baleares	Unidad Salud Mental Infanto -Juvenil	17	4	2,6
Islas Canarias	Unidad de Salud Mental Comunitaria	17	2	1,3
La Rioja	Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil	16	1	0,6
Navarra (Comunidad Foral) (2005)	Programa Infanto-Juvenil	16	3	N.D.
País Vasco	Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil	17	9	5,8
Total			209	

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 3. Indicadores de la actividad de las USMI-J

Comunidad Autónoma	Primeras Consultas	Primeras Consultas (Tasa por 100.000 hab.)	Consultas Sucesivas	Consultas Sucesivas (Tasa por 100.000 hab.)	Total Consultas	Total Consultas (Tasa por 100.000 hab.)	Registro de Altas Clínicas de forma estandarizada	Urgencias
Andalucía	6.518	80,87	113,15	1.403,94	119.668	1.484,81	SI	SI
Aragón	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	NO	
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos		
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos		
Madrid	9.334	153,48	132.493	2.178,56	141.827	2.332,03	SI	NO
Murcia (Región de)	4,70	0,34	22,20	1,59	26,90	1,93	SI	Parcialmente
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	NO	
Castilla-La Mancha	3	151,72	27	1.365,50	30	1.517,22	NO	Parcialmente
Castilla y León	5.281	208,87	23.394	925,24	28.675	1.134,11	NO	SI
Cataluña	18.176	252,08	283.453	3.931,11	301.629	4.183,19	SI	SI
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	7,2	660,56	NO	Parcialmente
Galicia	4,10	0,15	20,06	0,72	24,16	0,87	NO	Parcialmente
Islas Baleares	2.092	202,98	14.882	1.443,94	16.974	1.646,92	NO	Parcialmente
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	SI	SI
La Rioja	370	119,75	3.336	1.079,72	3.706	1.199,48	SI	SI
Navarra (Comunidad Foral)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	NO	
País Vasco	3.602	168,17	41.196	1.923,38	68,2	3.184,15	SI	SI

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC

Tabla 4. Profesionales de las USMI-J. Tasas por 100.000 habitantes

Comunidad Autónoma	Psiquiatras	Psicólogos clínicos	Diplomados Enfermería	Trabajadores sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares de enfermería	Administrativos	Otros
Andalucía	0,42	0,38	0,58	0,15	0,15	0,42	0,20	Sin datos
Aragón	0,85	0,77	0,54	0,08	Sin datos	Sin datos	0,19	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Madrid	0,73	0,83	0,15	0,22	Sin datos	0,04	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	0,86	0,79	0,57	0,22	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Comunidad Valenciana	0,49	0,64	0,33	0,21	Sin datos	0,04	0,21	0,04
Castilla-La Mancha	0,66	1,01	0,66	0,25	0,05	0,20	0,35	Sin datos
Castilla y León	0,69	0,36	0,20	0,04	Sin datos	0,10	0,12	0,02
Cataluña	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Extremadura	0,28	0,28	0,28	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	0,43	0,40	0,11	0,14	Sin datos	0,07	0,22	Sin datos
Islas Baleares	0,92	0,82	0,39	0,39	Sin datos	Sin datos	0,39	Sin datos
Islas Canarias	0,30	0,94	0,30	0,10	Sin datos	0,79	Sin datos	Sin datos
La Rioja	0,32	0,65	0,32	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Navarra (Comunidad Foral)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
País Vasco	0,93	1,07	0,09	0,33	Sin datos	Sin datos	0,33	0,05

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 5. **Programas de las Unidades USMI-J**

Comunidad Autónoma	Evaluación y Diagnóstico	Trat. Psicoterapéutico y Farmacológico	Trat. Familiar	Psicoterapia Grupal	Prog. Trat. General. Desarrollo	Prg. Apoyo. A.P.	Coord. Comut. Recur.	Otros
Andalucía	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Psicosis TCA Trastr. Disocial.
Aragón	SI	SI	SI	-	-	-	SI	-
Asturias	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	-
Baleares	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	-
Canarias	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
Cantabria	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-
Castilla y León	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
Cataluña	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
Comunidad Valenciana	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
Extremadura	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
Galicia	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	Preven- ción
La Rioja	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-
Madrid	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
Melilla	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	TCA
Murcia (Región de)	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	-
Navarra (Comunidad Foral)	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	-
País Vasco	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Acogida

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC

Tabla 6. Unidades de hospitalización breve/agudos I-J y número de camas

Comunidad Autónoma	Unidades de Hospitalización en la CA	% sobre el total	Número de camas en Pediatría	% sobre el total	Número de camas en Psiquiatría	% sobre el total
Andalucía	2	9,09	24	85,71	15,00	8,88
Aragón	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	2	9,09	Sin datos	Sin datos	39,00	23,08
Madrid	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	2	9,09	Sin datos	Sin datos	5,00	2,96
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla-La Mancha	1	4,55	Sin datos	Sin datos	8,00	4,73
Castilla y León	10	45,45	Sin datos	Sin datos	72,00	42,60
Cataluña	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	1	4,55	Sin datos	Sin datos	6,00	3,55
Islas Baleares	Sin datos	Sin datos	4	14,29	Sin datos	Sin datos
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
La Rioja	1	4,55	Sin datos	Sin datos	4,00	2,37
Navarra (Comunidad Foral)	3	13,64	Sin datos	Sin datos	20,00	11,83
País Vasco	2	9,09	24	85,71	15,00	8,88

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 7. Actividad clínica de las unidades de hospitalización breve/agudos. Tasas por 100.000 habitantes

Comunidad Autónoma	Nº Ingresos totales	Nº Altas	Nº Urgencias	Estancia Media	Nº Interconsultas
Andalucía	2,22	8,57	Sin datos	0,16	18,08
Aragón	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Madrid	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla-La Mancha	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla y León	2,21	2,06	Sin datos	0,80	Sin datos
Cataluña	Sin datos	12,20	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Islas Baleares	5,14	Sin datos	Sin datos	2,09	50,07
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
La Rioja	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Navarra (Comunidad Foral)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
País Vasco	10,41	10,18	3,97	0,75	Sin datos

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 8. **Unidades de hospitalización de día I-J y actividad clínica**

Comunidad Autónoma	Número total en la CA	% sobre el total	Número de plazas	% sobre el total	Tasa por 100.000 hab	Número de pacientes atendidos /año	Estancia Media
Andalucía	13	27,66	252	25,95	3,13	Sin datos	Sin datos
Aragón	1	2,13	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Madrid	6	12,77	170	17,51	2,80	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	1	2,13	18	1,85	1,29	278	Sin datos
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla-La Mancha	2	4,26	40	4,12	2,02	Sin datos	Sin datos
Castilla y León	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cataluña	19	40,43	388	39,96	5,38	1.166	40
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Islas Baleares	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Islas Canarias	2	4,26	90	9,27	4,44	97	Sin datos
La Rioja	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Navarra (Comunidad Foral)	1	2,13	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
País Vasco	2	4,26	13	1,34	0,61	22	270

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alday, J., Alonso, V., Fernandez-Calatrava, B., Garcia-Baro, R., Gonzalez-Juarez, C., Perez-Perez, E. & Poza, A.** (2005) [Variability in outpatient resource use in mental health services for children and adolescents]. *Gac Sanit*, 19, 448-55.
- Andlin-Sobocki, P. & Rossler, W.** (2005) Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol*, 12 Suppl 1, 74-7.
- Asociación Española De Neuropsiquiatría Observatorio de Salud Mental.** Madrid., <http://www.observatorio-aen.es/>.
- Bravo Ortiz Y Cols.** (2000) Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Madrid, Cuaderno Técnico nº 4 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Comisión De Asistencia De La Asociación Española De Neuropsiquiatría** (1985) Sobre el modelo de asistencia en salud mental. *Revista AEN*, 15, 539-555.
- Comisión Ministerial Para La Reforma Psiquiátrica** (1985) Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención en salud mental. *Revista AEN*, 13, 204-222.
- Gabinete De Estudios Sociológicos Bernard Krief, Ofisalud, Sociedad Española De Psiquiatría & Sociedad Española De Psiquiatría Biológica** (1998) *El coste social de los trastornos de salud mental en España*, [Madrid?], SmithKline Beecham Pharmaceuticals.
- Gobierno De Canarias** (2006) *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias*, Santa Cruz de Tenerife, Gobierno de Canarias.
- Gobierno De España** (1986) Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)(BOE 102 del 25-4-1986). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. & Et Al** (2006) Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clínica* 126(12), 442-451.

Hu, T. W. (2006) Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Ment Health Policy Econ*, 9, 3-13.

Juszczak, L., Melinkovich, P. & Kaplan, D. (2003) Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *J Adolesc Health*, 32, 108-18.

Ministerio De Sanidad Y Consumo (2007) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Olesen, J. & Leonardi, M. (2003) The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol*, 10, 471-7.

Oliva-Moreno, J., Lopez-Bastida, J., Osuna-Guerrero, R., Montejo-Gonzalez, A. L. & Duque-Gonzalez, B. (2006) The costs of schizophrenia in Spain. *Eur J Health Econ*, 7, 182-88.

Pozo De Castro, J. V. (2008) Los equipos de salud mental infanto-juvenil: estructura y definicion de actividades. *Avances en salud mental relacional*, 7(1), 1-17.

Salvador-Carulla, L. (2007) [Comment. The economics of mental health in Spain. An unsolved issue?]. *Gac Sanit*, 21, 314-5.

Salvador, I., (Coord.) (2005) El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. *Revista AEN*, 93, 3645-3728.

Semansky, R. M. & Koyanagi, C. (2003) Child & adolescent psychiatry: Accessing Medicaid's child mental health services: the experience of parents in two states. *Psychiatr Serv*, 54, 475-6.

Vazquez-Polo, F. J., Negrin, M., Cabases, J. M., Sanchez, E., Haro, J. M. & Salvador-Carulla, L. (2005) An analysis of the costs of treating schizophrenia in Spain: a hierarchical Bayesian approach. *J Ment Health Policy Econ*, 8, 153-65.

Weller, W. E., Minkovitz, C. S. & Anderson, G. F. (2003) Utilization of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). *Pediatrics*, 112, 593-603.

www.1decada4.Es

La Salud Mental en las Comunidades Autónomas http://www.1decada4.es/volvamosapensar/eliminarestigma/avancesinst/espana/Co_autonomas_SM.pdf.