



# Plan estratéxico de **Saúde Mental** Galicia 2006-2011

XUNTA-DE GALICIA





# Plan Estratégico de Saúde Mental Galicia 2006-2011

XUNTA DE GALICIA

EDITA:  
XUNTA DE GALICIA  
Consellería de Sanidade

SERGAS  
Secretaría Xeral  
Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias

COORDINACIÓN XERAL:  
Víctor Pedreira Crespo

DIRECCIÓN TÉCNICA DO PROXECTO:  
Fernando Marquez Gallego  
*Responsable do Programa de Saúde Mental*

COORDINACIÓN GRUPO TÉCNICO DE TRABALLO:  
José María Alonso Ramos  
Braulio García Zamorano  
Isabel Guillén Santos

APOYO TÉCNICO:  
Juan Juarez Casado  
Teresa Castro Lado  
Sara Fernández Lamas

ASESORÍA TÉCNICA:  
Gesmédica

## PRESENTACIÓN

O século que comeza, e que inaugura un novo milenio, non puido facelo dun modo máis esperanzador para a causa da saúde mental.

En efecto, ao *“Informe sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: novos coñecementos, novas esperanzas”* da OMS, seguiu a proposta de *“Declaración de saúde mental para Europa OMS: enfrontándose aos desafíos, construíndo solucións”*, cuxo plan de acción foi ratificado en xaneiro de 2005 na Conferencia de Helsinki polos ministros de Sanidade dos Estados membros da Rexión Europea da OMS.

Nestes documentos, a OMS insta os gobernos a definir políticas que protexan e melloren a saúde mental da poboación. Non se trata, tan só, de desenvolver mellores servizos para atender os problemas de saúde mental dos cidadáns, senón -e sobre todo- de promover os cambios legislativos e as políticas intersectoriais necesarias para mellorar o benestar do conxunto da poboación, previr os problemas de saúde mental e favorecer a inclusión social e o funcionamento das persoas con este tipo de problemas.

Pola súa parte, a Comisión Europea, en resposta a unha petición expresa formulada na Conferencia de Helsinki, elaborou e presentou a finais de 2005 o *Libro verde sobre saúde mental* que pretende servir de base para establecer un profundo debate coas institucións europeas, os gobernos, os profesionais da sanidade, a sociedade civil e a comunidade investigadora sobre a importancia da saúde mental para a Unión Europea.

A mellora da atención á saúde mental en España constitúe, tamén, un obxectivo estratéxico para o Ministerio de Sanidade e Consumo. Froito deste interese e compromiso foi a elaboración, en colaboración coas comunidades autónomas, da *Estratexia en saúde mental do Sistema Nacional de Saúde*, que foi aprobada por unanimidade no Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde celebrado en decembro de 2006. Con esta Estratexia preténdese contribuír a mellorar a calidade das intervencións e resultados na saúde mental en todo o territorio do Estado con independencia do lugar onde residan os cidadáns.

Esta preocupación dos organismos internacionais e do goberno da nosa nación pola cuestión da saúde mental está xustificada pola elevada prevalencia destes trastornos e a súa tendencia progresivamente crecente, pola súa gravidade e o sufrimento que provocan en pacientes e familiares e polos elevados custos sanitarios e sociais que condicionan. Non hai que esquecer que unha de cada catro persoas desenvolverá unha ou máis destas enfermidades ao longo da súa vida e que o impacto dos trastornos mentais na calidade de vida é superior ao de moitas enfermidades crónicas como a diabetes ou as enfermidades respiratorias.

En Galicia, a elaboración e posterior aprobación dun Plan de Saúde Mental que, partindo da identificación dos problemas e da análise das necesidades, determinase as prioridades, fíxase os obxectivos e as estratexias para conseguilos, púxese en marcha os programas e accións necesarias coa dotación económica precisa e avaliase posteriormente os resultados, constituíu unha das prioridades do actual goberno da Xunta.

O documento que presentamos nesta publicación é o froito do traballo coordinado de cerca de 200 profesionais da Rede de Saúde Mental que participaron en 20 grupos de traballo de carácter interdisciplinar e da especial colaboración dos responsables de Saúde Mental das áreas sanitarias. Tamén é de destacar a contribución realizada durante o período de alegacións polas sociedades científicas, movemento asociativo, Comisión asesora en materia de saúde mental da Consellería de Sanidade e membros dos equipos directivos da consellería e do Sergas. A coordinación de todo este traballo e a redacción do documento técnico correspondeulle ao responsable do Programa de saúde mental e ao subdirector xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.

Este Plan de Saúde Mental parte do ***“Documento de Bases para a elaboración dun Plan Galego de Saúde Mental”***, elaborado pola Comisión asesora en materia de saúde mental en 1987, no cal se establecen uns principios básicos e directrices xerais, en consonancia coas recomendacións do ***“Informe da Comisión Ministerial para a Reforma Psiquiátrica”***, de 1985 e co disposto na ***“Lei xeral de sanidade”***, de 1986. O Plan tamén toma como base normativa o ***“Decreto 389/1994 polo que se regula a saúde mental en Galicia”***. Ambos textos -documento de bases e decreto- constituíron, ata agora, o fundamento teórico e normativo das intervencións en saúde mental en Galicia.

O ***Plan Estratégico de Saúde Mental de Galicia 2006-2011***, aprobado polo Consello da Xunta de Galicia o día 5 de outubro de 2006, supón un esforzo orzamentario sen precedentes na nosa Comunidade Autónoma, necesario para facer fronte aos novos desafíos na área da prevención, da asistencia e da rehabilitación e, tamén, ás novas necesidades no ámbito da formación e da investigación en saúde mental.

É, en definitiva, un esforzo necesario para lograr unha atención integral aos problemas de saúde mental equitativa, eficiente e de calidade: a atención que Galicia necesita e se merece neste inicio do século XXI.

**M<sup>a</sup> José Rubio Vidal**  
*Conselleira de Sanidade*

Desde que, en 1987, a Comisión Asesora en Materia de Saúde Mental presentou o seu documento de bases para a elaboración dun Plan Galego de Saúde Mental ata a actualidade pasaron 20 anos. Foi un longo camiño e unha longa espera.

Participar no proxecto de elaboración do presente ***Plan Estratéxico de Saúde Mental de Galicia 2006-2011***, o primeiro da nosa comunidade autónoma, foi para min un verdadeiro privilexio. A súa aprobación polo Consello da Xunta, un motivo de profunda satisfacción.

Esta iniciativa non sería posible transformala en realidade se non contase coa valiosísima colaboración dun amplo grupo de profesionais, coa participación activa de distintas entidades sociais e co decidido apoio e compromiso da Administración. A todos eles quero expresar o meu máis sincero agradecemento.

Como todo plan de saúde, este vai dirixido ao conxunto da poboación que é, en definitiva, o seu potencial beneficiario. Non obstante, os destinatarios privilexiados deste plan estratéxico son, como non podería ser doutro modo, as persoas que sofren trastornos de saúde mental, os seus familiares e os profesionais que os atenden.

É seguro que, a pesar de todas as medidas recollidas no Plan, non poderemos evitar por completo o sufrimento duns e as frustracións doutros pero, polo menos, trataremos de mitígalos.

Trátase, en todo caso, de construír, a través do plan, un verdadeiro circuíto de garantías para os pacientes, para as súas familias e para a sociedade no seu conxunto. Un circuíto capaz de ofrecer protección, prestacións e axudas, sobre todo, na asistencia prolongada aos pacientes con enfermidade mental grave.

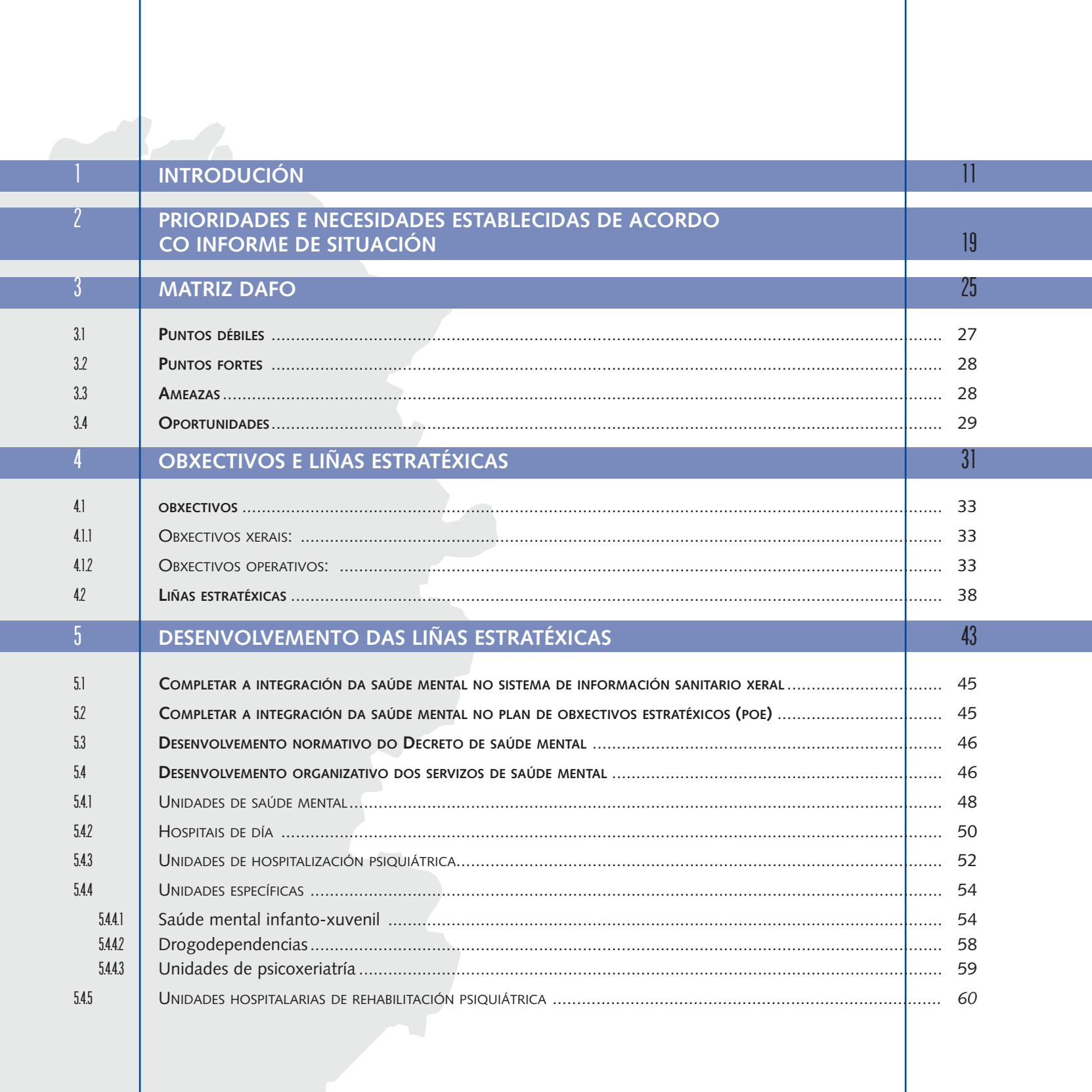
Oxalá que así sexa.

**Víctor Pedreira Crespo**  
*Subdirector xeral de*  
*Saúde Mental e Drogodependencias*



# Índice





1	<b>INTRODUCCIÓN</b>	11
2	<b>PRIORIDADES E NECESIDADES ESTABLECIDAS DE ACORDO CO INFORME DE SITUACIÓN</b>	19
3	<b>MATRIZ DAFO</b>	25
3.1	<b>PUNTOS DÉBILES</b> .....	27
3.2	<b>PUNTOS FORTES</b> .....	28
3.3	<b>AMEAZAS</b> .....	28
3.4	<b>OPORTUNIDADES</b> .....	29
4	<b>OBXECTIVOS E LIÑAS ESTRATÉXICAS</b>	31
4.1	<b>OBXECTIVOS</b> .....	33
4.1.1	<b>OBXECTIVOS XERAIS:</b> .....	33
4.1.2	<b>OBXECTIVOS OPERATIVOS:</b> .....	33
4.2	<b>LIÑAS ESTRATÉXICAS</b> .....	38
5	<b>DESENVOLVEMENTO DAS LIÑAS ESTRATÉXICAS</b>	43
5.1	<b>COMPLETAR A INTEGRACIÓN DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIO XERAL</b> .....	45
5.2	<b>COMPLETAR A INTEGRACIÓN DA SAÚDE MENTAL NO PLAN DE OBXECTIVOS ESTRATÉXICOS (POE)</b> .....	45
5.3	<b>DESENVOLVEMENTO NORMATIVO DO DECRETO DE SAÚDE MENTAL</b> .....	46
5.4	<b>DESENVOLVEMENTO ORGANIZATIVO DOS SERVIZOS DE SAÚDE MENTAL</b> .....	46
5.4.1	<b>UNIDADES DE SAÚDE MENTAL</b> .....	48
5.4.2	<b>HOSPITAIS DE DÍA</b> .....	50
5.4.3	<b>UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA</b> .....	52
5.4.4	<b>UNIDADES ESPECÍFICAS</b> .....	54
5.4.4.1	Saúde mental infanto-xuvenil .....	54
5.4.4.2	Drogodependencias .....	58
5.4.4.3	Unidades de psioxeriatría .....	59
5.4.5	<b>UNIDADES HOSPITALARIAS DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA</b> .....	60

54.5.1	Unidades de cuidados de rehabilitación .....	60
54.5.2	Unidades de cuidados especiais .....	63
54.5.3	Unidades de cuidados residenciais .....	64
54.6	PISOS PROTEXIDOS E UNIDADES RESIDENCIAIS .....	65
54.7	CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL E LABORAL .....	67
5.5	<b>PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL</b> .....	69
5.5.1	PROGRAMAS PREVENTIVOS .....	69
5.5.1.1	Programa antiestigma .....	69
5.5.1.2	Programa de cuidado a cuidadores .....	66
5.5.1.3	Programas preventivo-asistenciais .....	71
5.5.2	PROGRAMAS ASISTENCIAIS .....	71
5.5.2.1	Programas para problemas prevalentes en saúde mental .....	72
5.5.2.2	Programa de trastorno mental severo .....	72
5.5.2.3	Programas de interconsulta e enlace .....	72
5.5.2.4	Programa de observación e intervención en crise hospitalaria .....	72
5.5.2.5	Programa de consulta de alta resolución .....	73
5.5.2.6	Programa de teleasistencia .....	73
5.5.2.7	Programa con procedementos específicos: .....	73
	Estratexias farmacolóxicas: clínica de litio, neurolépticos de acción prolongada, monitorización de fármacos .....	73
	Estratexias psicoterapéuticas: individual familiar, grupal... ..	73
5.5.3	PROGRAMAS REHABILITADORES .....	73
	Programa de rehabilitación activa (hospitalario e extrahospitalario) .....	73
	Programa de rehabilitación e contención .....	73
	Programa de cambio condutual (conduta disruptiva) .....	74
	Programa de mantemento e reforzo de niveis de rehabilitación (hospitalario e extrahospitalario) .....	74
	Programa de autocoidado e autoxestión de vida diaria .....	74
	Programa de habilidades sociais e interpersoais .....	74
	Programa de cuidados segundo o grao de dependencia .....	74
	Programa de aloxamento alternativo .....	74
	Programa de actividades ocupacionais .....	74
	Programa de habilidades e hábitos prelaborais .....	74

	Programa de hábitos laborais dirixidos á integración no ámbito laboral .....	74
	Programas de ocio e tempo libre .....	74
	Programas psicoeducativos .....	74
5.5.4	PROGRAMAS ESPECIAIS .....	74
5.5.4.1	Programa de atención a problemas relacionados co consumo prexudicial de alcohol, tabaco así como aqueles relacionado con dependencias sen substancia .....	74
5.5.4.2	Programa de trastornos de conduta alimentaria.....	75
5.5.4.3	Programa de intervención en crise e urxencias comunitarias (Programa Acougo en colaboración co O61) .....	76
5.5.4.4	Programa de saúde mental e catástrofes .....	77
5.5.5	PROGRAMAS DE FORMACIÓN.....	77
5.5.5.1	Programa de formación de especialistas (MIR, PIR, EIR...) .....	77
5.5.5.2	Programa de formación continuada.....	77
5.5.6	PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN .....	78
5.6	<b>CARTEIRA DE SERVIZOS .....</b>	<b>79</b>
5.7	<b>CALIDADE ASISTENCIAL .....</b>	<b>79</b>
5.7.1	MEDIDAS DIRIXIDAS AO INCREMENTO DA CALIDADE CLÍNICA E ASISTENCIAL .....	79
5.7.2	MEDIDAS DIRIXIDAS A INCREMENTAR A ACCESIBILIDADE AOS SERVIZOS DE SAÚDE MENTAL .....	80
5.8	<b>AVALIACIÓN DOS SERVIZOS DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>81</b>
5.8.1	SITUACIÓN ACTUAL .....	81
5.8.2	ESTABLECEMENTO DUN SISTEMA FORMALIZADO DE OBSERVACIÓN E SEGUIMENTO EN SAÚDE MENTAL .....	82
5.8.2.1	Obxectivos .....	82
5.8.2.2	Funcións .....	82
5.9	<b>PROGRAMAS DE COLABORACIÓN .....</b>	<b>83</b>
<b>6</b>	<b>ESTIMACIÓN ORZAMENTARIA .....</b>	<b>85</b>
6.1	<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>87</b>
6.2	<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>88</b>
6.3	<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>88</b>

6.4	Capítulo VI .....	88
6.5	Resumo por capítulos .....	89
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>91</b>
7.1	CAPÍTULO I .....	93
7.2	CAPÍTULO II .....	94
7.3	CAPÍTULO IV .....	95
7.4	CAPÍTULO VI .....	95
7.5	CUSTO TOTAL ACUMULADO PLAN ESTRATEXICO DE SAÚDE MENTAL 2006-2011 .....	96
<b>8</b>	<b>ANEXO I. DECLARACIÓN EUROPEA DE SAÚDE MENTAL ENFRONTANDO DESAFÍOS, CONSTRUÍNDOLUCIONES Helsinki, Finlandia, 12-15 Xaneiro 2005</b>	<b>99</b>
<b>9</b>	<b>RELACIÓN DE GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO</b>	<b>113</b>
<b>—</b>	<b>VERSIÓN CASTELÁ</b>	<b>123</b>

# INTRODUCCIÓN



Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



Segundo a OMS no mundo hai 450 millóns de persoas afectadas por trastornos mentais, neurolóxicos ou problemas psicosociais como os relacionados co abuso de alcohol ou drogas (o 7,5% da poboación mundial). Moitas delas sofren en silencio, moitas sofren soas, moitas nunca reciben tratamento ningún. Entre o sufrimento e as perspectivas de tratamento eríxense as barreiras do estigma, os prexuízos, a vergoña e a exclusión.

Unha de cada catro persoas desenvolverá unha ou máis destas enfermidades ao longo da súa vida. As patoloxías neuropsiquiátricas suman o 13% do total da perda de anos de vida axustados por discapacidade (DALY) e no ano 2020 chegarán ao 15%.

Os gobernos, na súa calidade de responsables últimos da saúde mental, e no marco dos sistemas de saúde e as formas de financiamento xerais, deben definir políticas que protexan e melloren a saúde mental da poboación. No que atinxe ao financiamento, debe protexerse a poboación fronte aos riscos financeiros catastróficos. A poboación sen problemas de saúde debe contribuír a custear os gastos da poboación enferma, e os máis favorecidos deben contribuír a custear os gastos dos pobres.

A OMS no seu **Informe sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: novos coñecementos novas esperanzas** recoñece que “con independencia da situación económica do país, sempre parecerá que os recursos necesarios para financiar actividades, servizos e tratamentos son insuficientes. Tanto para a saúde mental, coma para a saúde en xeral, hai que elixir entre un gran número de servizos e unha ampla gama de estratexias de prevención e promoción. Esa elección, naturalmente, terá distintos efectos en distintos trastornos mentais e diferentes grupos necesitados, pero é importante recoñecer que en última instancia hai que elixir entre estratexias clave máis que entre trastornos concretos”.

Na proposta de **Declaración de Saúde Mental para Europa OMS: Enfrontándose aos desafíos, construíndo solucións**, que se ratificou na Conferencia dos Ministros de Sanidade dos estados membros da Rexión Europea da OMS xunto co director rexional para Europa da OMS, que se celebrou en Helsinki en xaneiro do 2005, contense como declaración xeral que “**non existe saúde sen saúde mental**”.





Tamén se sinala que **a saúde mental é primordial para o desenvolvemento humano, social e económico das nacións** e “esencial para outras áreas de políticas públicas como son a asistencia social, os dereitos humanos, a educación e o emprego”. Por iso os ministros responsables da saúde dos países asinantes comprométen-se a considerar formalmente a necesidade de desenvolver, implementar e reforzar políticas de saúde mental nos países asinantes coa meta de lograr a **inclusión social**, requirindo para iso as seguintes **accións**:

- I. promover o benestar mental da poboación como un todo, desenvolvendo programas efectivos que creen conciencia e cambio positivo nos individuos e nas familias; comunidades e sociedade civil; escolas e traballo; e gobernos e axencias nacionais;
- II. demostrar a centralidade da saúde mental na construción dunha sociedade saudable inclusiva (integradora) e produtiva considerando as implicacións sobre a saúde mental de todas as políticas públicas especialmente o impacto potencial sobre os grupos de risco;
- III. afrontar o estigma e a discriminación, asegurar a protección dos dereitos humanos e a dignidade e implementar a lexislación necesaria para capacitar as persoas en risco ou sufrindo de problemas de saúde mental e discapacidade a que participen completamente e por igual na sociedade;
- IV. ofrecer un apoio enfocado e unhas intervencións sensibles ás etapas vitais das persoas en risco especialmente na crianza e educación dos nenos e mozos e nos coidados das persoas maiores;
- V. desenvolver e implementar programas nacionais para previr o estrés lesivo, a ansiedade e o suicidio, dando especial atención ao abuso do alcohol e substancias;
- VI. desenvolver a capacidade e a habilidade dos médicos xerais e dos servizos de atención primaria para ofrecer un acceso efectivo, identificación e tratamento ás persoas que sofren problemas de saúde mental;



- VII. ofrecer ás persoas con problemas severos de saúde mental un tratamento e asistencia efectivas onde eles queiran e cando eles o necesiten, e protexelos da negligencia e do abuso;
- VIII. establecer a asociación, coordinación e liderado entre os sectores e axencias que teñan unha influencia sobre a saúde mental e a integración social dos individuos, grupos e comunidades;
- IX. deseñar programas de provisión, educación e adestramento para crear un corpo abondo multidisciplinar de profesionais competentes;
- X. avaliar o estado de saúde mental e as necesidades da poboación como un todo, en grupos específicos e en individuos dun modo que permita a comparación nacional e internacional;
- XI. proporcionar recursos xustos e suficientes para lograr estes obxectivos;
- XII. iniciar a investigación e apoiar a avaliación e diseminación das accións arriba indicadas.

O **Informe OMS 2001** e a **Declaración Ministerial-OMS de Helsinki (Europa 2005)** e o **Plan de Accións** correspondente son de referencia para o actual **Plan Estratéxico de Saúde Mental de Galicia**, aínda que é necesaria unha contextualización debida ás transformacións acontecidas na organización da saúde mental na nosa Comunidade Autónoma dende o momento en que se produciron as transferencias sanitarias previstas no Estatuto de Autonomía ata o momento actual.

Como punto de partida, a Consellería de Sanidade creou no ano 1986 unha Comisión Asesora de Saúde Mental co encargo de analizar a situación da asistencia psiquiátrica en Galicia. Como resultado do seu traballo redactouse o Documento **Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental (1987)** no cal se establecen uns principios básicos e directrices xerais: integración sanitaria, zonificación e territorialidade, integralidade, interdisciplinariedade, continuidade terapéutica e orientación comunitaria, en consonancia coas recomendacións do **Informe da comisión ministerial para a reforma psiquiátrica (1985)** e o disposto na **Lei xeral de sanidade (1986)**.





A experiencia adquirida tras a elaboración do citado documento de bases e a expectativa xerada polos novos coñecementos científicos impulsou a completalo cun desenvolvemento normativo, elaborándose e promulgando o **Decreto 389/1994 polo que se regula a saúde mental en Galicia**.

Este Decreto, establece as **directrices xerais** de actuación na saúde mental e na asistencia psiquiátrica, **a regulación dos dispositivos** dirixidos á promoción e protección da saúde mental, a prevención das enfermidades psíquicas e a asistencia, rehabilitación e integración dos enfermos mentais. Así mesmo, tamén se establece que todas as **actuacións e programas** de saúde mental deben ser debidamente **avaliados para adecualos ás necesidades da poboación e optimizar a acción sanitaria**. Os dispositivos de saúde mental estruturaranse de maneira que quede garantida a súa extensión a toda a poboación.

O decreto divide os dispositivos asistenciais en:

- **Básicos:** unidades de saúde mental, hospitais de día, unidades de hospitalización psiquiátrica e **unidades específicas** (unidades de saúde mental infanto-xuvenil, unidades de psioxeriatría e unidades de tratamento de alcoholismo e outras dependencias).
- **Complementarios:** unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica e unidades de apoio comunitario (pisos protexidos e vivendas de transición, unidades de apoio social intermedio e unidades residenciais).

En 1996 créase unha nova comisión asesora en materia de saúde mental co fin de analizar o desenvolvemento do **Decreto 389/1994** e a situación en que se atopa a organización dos servizos. Esta comisión remata o seu traballo coa publicación dun documento denominado **"Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia"** (1997), no cal se recollen as que van ser as prioridades a curto, medio e longo prazo para o desenvolvemento dos servizos de saúde mental en Galicia, así como especialmente o desenvolvemento conceptual e operativo dos artigos 15 e 16 do **Decreto 389/1994**. Esta comisión convértese, unha vez publicado o documento, en comisión de seguimento que valorará o desenvolvemento das recomendacións que contén.

No marco do **Decreto 389/1994**, a Consellería de Sanidade considerou necesario avaliar os progresos na atención aos problemas de saúde mental, analizar a situación actual na dotación de recursos e formular unha estratexia en saúde mental que se desenvolverá nos próximos anos co fin de situar a Comunidade Autónoma de Galicia ao nivel doutras comunidades e países de referencia.

Este **Plan Estratéxico de Saúde Mental** que se desenvolverá no período 2006-2011 representa a proposta de liñas de desenvolvemento preventivas, asistenciais, rehabilitadoras, docentes e investigadoras que implican a terminación do proxecto de reforma psiquiátrica en Galicia e a posta a punto das bases da saúde mental en Galicia para o século XXI de acordo con parámetros de calidade, continuidade, innovación, interdiscipliniedade, especialización e énfase na atención ás novas demandas e na cobertura das necesidades dos pacientes, das súas familias e do conxunto da nosa sociedade. Todo isto co máis escrupuloso respecto á dignidade dos pacientes mentais e aos seus dereitos.





# PRIORIDADES E NECESIDADES ESTABLECIDAS DE ACORDO CO INFORME DE SITUACIÓN



2

Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



No informe de situación, previo á realización deste plan estratéxico, establecéronse como prioridades e necesidades asistenciais as seguintes:

1. Poñer atención en todos os tramos de idade á morbilidade, atendendo:
  - a. A máis frecuente: trastornos depresivos, trastornos de ansiedade e trastornos reactivos.
  - b. Os máis graves: psicose (esquizofrenia e trastorno bipolar) e trastorno da personalidade.
  - c. Grupos de risco.
2. Apoiar a atención de **6.000.000** de consultas de Atención Primaria potenciando a súa **coordinación** coas unidades de saúde mental e as unidades e programas específicos. Para iso é necesario o establecemento e potenciación dos **programas de interconsulta e enlace, asesoramento e apoio técnico, e a posta en marcha de procesos clínicos** en relación cos problemas referidos no punto anterior.
3. Lograr **respostas asistenciais e estadias medias adecuadas** nas unidades de hospitalización psiquiátrica, potenciando **programas/unidades de observación e intervención en crise hospitalaria** así como as **alternativas á hospitalización** (hospitais de día, programas de trastorno mental severo e de atención e hospitalización a domicilio), ademais da creación de unidades e programas de interconsulta e enlace no medio hospitalario.
4. **Incrementar** o número de prazas en unidades de coidados de rehabilitación hospitalaria e de coidados especiais e **diminución** do número de prazas de unidades de coidados residenciais.
5. **Potenciar os programas de rehabilitación psiquiátrica extrahospitalaria** a través do desenvolvemento dos hospitais de día e equipos de continuidade de coidados e dos dispositivos de apoio comunitario.
6. **Incrementar o número de prazas de pisos protexidos, residencias e centros de rehabilitación psicosocial e laboral**, co financiamento axeitado.





7. **Completar a estrutura básica dos equipos das unidades de saúde mental e ampliar o seu número** de acordo co determinado no citado informe de situación.
8. **Crear unha unidade de hospitalización psiquiátrica para adolescentes**, de referencia para a Comunidade Autónoma, e potenciación das unidades de saúde mental infanto-xuvenís existentes.
9. **Desenvolver os programas e unidades de psioxeriatría** asegurando que exista polo menos unha en cada unha das sete grandes áreas.
10. **Potenciar, ampliar e integrar as unidades e/ou programas específicos para o tratamento do alcoholismo e outras dependencias**, incluíndo as dependencias sen substancia.
11. **Completar a atención a urxencias psiquiátricas** (as 24 horas do día os 365 días do ano) co desenvolvemento de programas **extrahospitalarios** en colaboración coa **Fundación 061 e os Puntos de Atención Continuada (PAC)**.
12. **Deseñar e desenvolvemento dun programa de saúde mental e catástrofes**, integrado nos plans xerais existentes ao respecto.
13. **Promover e mellorar a participación do movemento asociativo** relacionado co ámbito da saúde mental.
14. **Promover e articular a participación de voluntariado** no ámbito da saúde mental, en colaboración coas axencias correspondentes.
15. **Establecer programas de coidado dos coidadores**, tanto profesionais como informais.
16. **Promover plans e programas** de carácter transversal cos departamentos implicados no ámbito da discapacidade, vivenda, educación, emprego, inclusión social... impulsando a coordinación con eles.
17. Establecer **medidas** para o respecto efectivo dos **dereitos dos pacientes e as súas familias**.



18. Establecer directrices, programas e monitorización dos dereitos de pacientes e familias en relación coa **calidade científico-técnica, ética e percibida**, así como co nivel de satisfacción dos usuarios dos servizos.
19. **Deseñar un sistema de avaliación** destas prioridades asistenciais.





# MATRIZ DAFO



3

Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



### 3.1 PUNTOS DÉBILES

- Déficit de dispositivos básicos e complementarios.
- Déficit de resposta asistencial en unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica a pacientes de rehabilitación activa (media estadía) e de coidados especiais (trastorno da personalidade límite, xudiciais,...)
- Déficit de programas preventivos e antiestigma.
- Ausencia de programas de coidado a coidadores.
- Déficit de funcionamento por programas, guías, vías e protocolos clínicos.
- Déficit de programas e formación en investigación.
- Déficit de programas de continuidade de coidados.
- Déficit nos programas de rehabilitación extrahospitalaria e reinserción comunitaria (incluíndo programas de reinserción laboral).
- Dificultades para operativizar a cultura de colaboración con atención primaria e servizos sociais.
- Ausencia de coordinación coa rede de drogodependencias.
- Déficit no desenvolvemento de programas de interconsulta e enlace.
- Déficit de unidades de psicoxeriatria.
- Déficit de informatización.
- Déficit de programas de avaliación e calidade asistencial.
- Inexistencia de unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil.
- Inexistencia do programa de saúde mental e catástrofes.
- Déficit na distribución equitativa dos recursos.





### 3.2 PUNTOS FORTES

- Regulación normativa (Decreto 389/1994 e complementarios)
- Grupos técnicos de expertos e participación de profesionais da rede.
- Documentos técnicos de referencia: **Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental (1987) e Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia (1997).**
- Bo nivel dos profesionais da rede e dos programas de formación de especialistas e formación continuada (Servizo Oficial de Calidade).
- Cultura de colaboración con atención primaria.
- Sinerxías importantes en urxencias e investigación en biomedicina.
- Carácter multidisciplinar dos equipos.
- Incremento de programas, protocolos e guías clínicas.
- Inicio de innovacións asistenciais: HADO, ADO, ACOUGO, teleasistencia, farmacoxenética.
- Boa coordinación interna.
- Boa coordinación con movemento asociativo.
- Cultura de colaboración con departamentos competentes en materia de servicios sociales, familia, educación...

### 3.3 AMEZAS

- Potencial saturación da rede hospitalaria con distorsión funcional grave por déficit de recursos e incremento de demandas en toda a rede.
- Potencial risco de aumento da lista de espera.

- Potencial risco de perda de recoñecemento social e político-administrativo se non hai resposta a novas demandas.
- Potencial incremento do estigma no trastorno mental severo.
- Previsible esgotamento e/ou crise dos cuidadores informais (familias).
- Potencial perda de territorio competencial por áreas fronteira se non se desenvolven sinerxías e innovacións.
- Potencial saturación da rede ambulatoria.
- Potencial aumento de queixas e demandas dos usuarios por insuficiente resposta ás necesidades.
- Risco de perda de prácticas integrais (biolóxicas, psicolóxicas, sociais) por prácticas reducionistas.
- Incremento preocupante do gasto en psicofármacos.
- Risco de creación de novos espazos de segregación e exclusión.

### 3.4 OPORTUNIDADES

- Reactivación do Consello Interterritorial en materia de saúde mental.
- **Plan de Acción OMS-Europa.**
- **Plan Estratéxico de Saúde Mental.**
- Crecemento e desenvolvemento por demanda crecente e resposta a novas necesidades asistenciais.
- Respostas especializadas pero integradas.
- Potenciar sinerxías e alianzas coa unidade de Medicina Molecular, 061 e outras.





- Incremento de innovacións técnicas e de organización.
- Deseño e desenvolvemento da xestión clínica por procesos.
- Programa de coidado de coidadores.
- Demanda crecente de calidade: técnica, ética e percibida; programas de calidade e auditoría externa.
- Demanda crecente de participación de movemento asociativo, voluntariado e sociedades científicas.
- Incremento de posibilidades de investigación.



# OBJETIVOS E LIÑAS ESTRATÉGICAS



4

Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



## 4.1 OBXECTIVOS.

### 4.1.1. Obxectivos xerais:

Este plan estratéxico persegue tres grandes obxectivos no seu desenvolvemento:

- 1 Culminar o desenvolvemento do documento **Bases para a elaboración Plan Galego de Saúde Mental** (que define estándares e ratios de profesionais e unidades por poboación) no marco do **Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia.**
- 2 Formular as bases para a atención á saúde mental no século XXI e o seu desenvolvemento integral.
- 3 Asegurarlles aos pacientes e ao seu ámbito familiar tanto a entrada na rede asistencial como o seu retorno á comunidade, potenciando os recursos asistenciais a nivel ambulatorio así como os dispositivos intermedios e desenvolvendo os servizos de rehabilitación e integración social.

### 4.1.2. Obxectivos operativos:

Estes grandes obxectivos concretaranse en compromisos que se traducen nos seguintes obxectivos operativos:

- 1 En todas as áreas sanitarias se atenderán as persoas que requiran atención especializada ambulatoria en saúde mental por primeira vez nun período inferior a 30 días.
- 2 En todas as áreas sanitarias se atenderán as persoas que requiran atención especializada preferente en saúde mental antes de 15 días.
- 3 En todas as áreas sanitarias haberá cobertura hospitalaria para urxencias psiquiátricas as 24 horas do día os 365 días do ano.





- 4 En todas as áreas existirán protocolos especializados para a atención da urxencia psiquiátrica e intervención en crises en medios extrahospitalarios e a domicilio en colaboración estreita coa Fundación 061 (xeralmente a través dos PAC) as 24 horas do día os 365 días do ano.
- 5 Incremento significativo da actividade asistencial en todas as unidades da rede, con maior especificidade nos procedementos clínicos e nas respostas asistenciais.
- 6 Estadía media para as unidades de hospitalización psiquiátrica  $\leq 20$  días.
- 7 En todas as áreas sanitarias haberá cobertura de programas de hospital de día psiquiátrico cunha estadía media de catro meses.
- 8 Estadía media para as unidades de coidados de rehabilitación  $\leq 1$  ano.
- 9 Establecerase un modelo de intervención en saúde mental en catástrofes que dea resposta a esta dimensión no conxunto da Comunidade Autónoma de Galicia, integrado nos plans de emerxencias sanitarias e en colaboración coa Fundación 061 e Saúde Pública.
- 10 En todas as áreas sanitarias haberá equipos de continuidade de coidados en saúde mental que ofrezan servizos especializados a domicilio (incluíndo os residentes en pisos protexidos e residencias).
- 11 En todas as áreas sanitarias haberá un programa ambulatorio específico dirixido a persoas con diagnóstico de trastorno mental severo.
- 12 Os equipos de continuidade de coidados de todas as áreas ofrecerán un programa de alta intensidade de atención a domicilio para aqueles pacientes que así o requiran (hospitalización psiquiátrica a domicilio: HADO psiquiátrica).
- 13 En todas as áreas sanitarias a hospitalización psiquiátrica realizarase en unidades de hospitalización psiquiátrica situadas nos complexos hospitalarios correspondentes.
- 14 As unidades de hospitalización psiquiátrica desenvolverán programas de intervención en crises para hospitalizacións inferiores a cinco días, así

como programas de interconsulta e enlace ata a posta en marcha de unidades específicas para esta actividade.

- 15 En todas as áreas haberá un programa de vivendas alternativas e de transición (pisos e prazas de unidades residenciais) que aseguren a cobertura de aloxamento alternativo ao propio ou familiar, para os pacientes de trastorno mental severo que así o requiran a indicación facultativa e en colaboración con familiares próximos e titores.
- 16 En todas as áreas sanitarias haberá unha reserva de prazas en pisos e residencias do 25% para programas de respiro e descanso familiar.
- 17 En todas as áreas sanitarias se desenvolverán programas de rehabilitación psicosocial así como ocupacionais, de integración laboral e de ocio e tempo libre para pacientes con trastorno mental severo que así o requiran, que se realizarán, preferentemente, en centros específicos (actualmente Centros de rehabilitación psicosocial e laboral e relacionados con obxectivos do hospital de día.
- 18 En todas as áreas sanitarias haberá programas ambulatorios específicos de saúde mental infantil e de adolescentes; de psicoxeriatria; de alcoholismo e outras dependencias así como de trastornos da conduta alimentaria.
- 19 Impulsarase un programa de teleasistencia psiquiátrica para aqueles pacientes e institucións que así o requiran.
- 20 Todas as áreas disporán de unidades de referencia para a rehabilitación hospitalaria de pacientes que así o requiran (unidades de coidados de rehabilitación de media estadía).
- 21 Todas as áreas disporán de unidades hospitalarias de referencia para a atención de pacientes con graves trastornos de conduta e con problemas xudiciais que requiran ingreso (unidades de coidados especiais).
- 22 Todas as áreas disporán dunha unidade hospitalaria de referencia de ámbito autonómico para a atención de pacientes con problemas psiquiátricos da infancia e adolescencia que requiran hospitalización.





- 23 Todas as áreas disporán na unidade hospitalaria de referencia (unidade de hospitalización psiquiátrica) dun programa específico para a atención de pacientes con trastornos da conduta alimentaria que requiran hospitalización.
- 24 Todas as áreas disporán de prazas en comunidades terapéuticas para pacientes con problemas de alcoholismo que requiran esta modalidade de atención a criterio dos facultativos especialistas correspondentes.
- 25 Todos os familiares de pacientes con trastorno mental severo terán acceso a un programa psicoeducativo deseñado especificamente para eles dende o momento inicial da atención psiquiátrica. O devandito programa realizarase en colaboración co movemento asociativo de familiares e/ou enfermos psíquicos.
- 26 Todos os familiares de pacientes con trastorno mental severo terán apoio e asesoramento respecto á atención destes nas unidades da rede de saúde mental correspondentes.
- 27 En todas as unidades de saúde mental se aplicarán os criterios éticos e legais recollidos na **Lei 41/2002, do 14 de novembro** (BOE n.º 274, do 15 de novembro de 2002), **básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica**; así como na **Lei 3/2001, do 28 de maio** (DOG n.º 158, do 3 de xullo de 2001), **reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, modificada pola Lei 3/2005, do 7 de marzo** (DOG n.º 55, do 21 de marzo de 2005). O devandito programa realizarase en colaboración co movemento asociativo.
- 28 Potenciarase a información aos familiares de pacientes psiquiátricos nas distintas unidades asistenciais da rede do Sergas.
- 29 Establecerase un programa antiestigma, de sensibilización social e loita contra a exclusión, que promova a inclusión e integración social de pacientes con trastorno mental severo e persistente.
- 30 Desenvolverase un programa de promoción de voluntariado, específico e adaptado ás necesidades e peculiaridades de saúde mental, en colabora-

ción, preferentemente, co movemento asociativo de familiares de enfermos psíquicos.

- 31 Establecerase a incorporación do movemento asociativo nos órganos de asesoramento en materia de saúde mental da Consellería de Sanidade.
- 32 Establecerase un programa de atención preferente para cuidadores de pacientes: familiares e cuidadores principais. O devandito programa realizarase en colaboración co movemento asociativo.
- 33 Establecerase un programa de prevención do *burn-out* para profesionais sanitarios.
- 34 Establecerase un programa de atención a profesionais con problemas de saúde mental (PAIME) en colaboración con colexios de profesionais.
- 35 Manterase e reforzarase o programa de formación permanente e de actualización de coñecementos en saúde mental con carácter autonómico.
- 36 Potenciarase a formación de especialistas (MIR, PIR e EIR) creando condicións para a acreditación de centros docentes nas principais áreas sanitarias buscando, adicionalmente, incrementar as devanditas prazas.
- 37 Potenciarase a investigación aplicada en saúde mental tanto na área biomédica como psicosocial así como en grupos de risco e nos sistemas de calidade e avaliación en saúde mental.
- 38 Participarase en programas de cooperación interautonómica, europea (OMS, Interreg, etc.) e internacional, especialmente con países latinoamericanos (en colaboración con la OPS).





## 4.2 LIÑAS ESTRATÉXICAS.

Para conseguir estes obxectivos establécense as seguintes liñas estratéxicas:

- 1 **Desenvolvemento normativo.** Desenvolver e regular o artigo 15 e adaptar o artigo 16 do **Decreto 389/1994**.
- 2 **Atención ás novas necesidades.** Isto inclúe dar respostas actualizadas ás **necesidades xa existentes** nesta materia na nosa Comunidade Autónoma, así como abordar as **novas necesidades e demandas dos pacientes e as súas familias** que apareceron nestes últimos anos.
- 3 **Equidade.** Distribución territorial equitativa de recursos, programas e prestacións en saúde mental.
- 4 **Continuidade asistencial.** Referida tanto aos dispositivos directamente asistenciais (ambulatorios e hospitalarios) como en relación coa atención domiciliaria (ordinaria e de crise) e comunitaria que se complementará coa creación dunha rede que dea resposta a necesidades residenciais, ocupacionais e de rehabilitación psicosocial (residencias, pisos protexidos e centros de rehabilitación psicosocial e laboral).

A mencionada **continuidade** asistencial realizarase a través da devandita rede asistencial así como a través da potenciación da coordinación con atención primaria, que cubra tanto as necesidades da poboación xeral como dos grupos vulnerables e de risco.

- 5 **Accesibilidade asistencial.** Ordinariamente a través da rede asistencial de atención primaria (incluída a xestión da axenda de citas) e de forma extraordinaria a través dos programas de urxencias extrahospitalaria e hospitalaria.

Así mesmo, aseguraranse respostas adaptadas ás necesidades asistenciais dos pacientes e ao seu ámbito familiar.

Promoverase ordenadamente a accesibilidade non presencial (teléfono, sms, correo electrónico...)



- 6 **Personalización da asistencia.** Os programas serán adaptados ás distintas necesidades dos pacientes, tanto asistenciais como clínicas e, cando sexa necesario, ás dos familiares do seu contorno.
- 7 **Innovación.** Utilización de novos recursos tecnolóxicos, procedementos e técnicas aplicables tanto a actividades de carácter preventivo como asistencial, terapéutico, formativo e de investigación.

Estas innovacións deben estruturarse como **programas e estar baseados nas evidencias (probos) existentes** e, en calquera caso, no **consenso de expertos e sociedades científicas**, coa máxima exixencia factible (lex artis) en relación á súa efectividade, eficiencia e seguridade.

- 8 **Formación.** Todas as propostas anteriores dependen en boa medida do nivel de competencia científico-técnica e da actitude ética dos profesionais que as realizan polo que os **programas de formación** deben ser especialmente coidados e potenciados. Para estes efectos establecerase tamén a formación en procesos e procedementos especializados para dar resposta ás novas necesidades asistenciais.
- 9 **Investigación.** Non é factible proseguir a mellora da atención á saúde mental sen potenciar **investigacións** que sexan **aplicables** á mellora da clínica e da asistencia.
- 10 **Transversalidade, coordinación e interdisciplinariedade.** Para o desenvolvemento destes proxectos é necesario a suma de esforzos e coñecementos así como a cooperación entre axencias que traballan en áreas relacionadas con obxectivos de saúde mental, polo que a **transversalidade**, a **coordinación** e a **interdisciplinariedade** se deben fomentar activamente.
- 11 **Xestión clínica.** Existen evidencias de que o uso de **ferramentas de xestión clínica** potencian a continuidade asistencial e se converten en eixe integrador con atención primaria. Sistemas por procesos, guías e vías clínicas deben levar no seu deseño un sistema de avaliación dos cambios nas prácticas clínicas e contribúen a **diminuír a variabilidade non xustificada das prácticas clínicas** e asistenciais, **favorecendo a súa comparabilidade**. Así mesmo potencian a **orientación da asistencia de acordo coas necesi-**





**dades e demandas dos pacientes**, sen esquecer a necesaria adaptación individual das respostas clínicas asistenciais.

- 12 **Coidado dos coidadores.** O ámbito da saúde mental depende, en maior medida que outras especialidades, da calidade e competencia dos recursos humanos e profesionais así como da colaboración de familiares e coidadores dos pacientes. Isto, e o seu propio dereito á mellor atención posible, fai necesario prever a perda de saúde integral e promover a súa calidade de vida a través de asesoramento, orientación e apoio, tanto para o seu coidado coma para a mellor realización das súas fundamentais funcións.

Todo o anterior fai imprescindible o desenvolvemento de programas dirixidos a **coidar os coidadores**, tanto profesionais (PAIME, RETORNO ...) como non profesionais (programas psicoeducativos e de información, asesoramento e apoio aos familiares e coidadores principais dos pacientes con problemas graves e persistentes de saúde mental) que convén adaptar e implantar con carácter xeral na nosa comunidade autónoma.

- 13 **Respecto á dignidade e dereitos dos pacientes.** A devandita dignidade e respecto, xa recollidos tanto na nosa rede asistencial como na lexislación, deben ser coidados especialmente para asegurar a súa aplicación de forma apropiada e coa calidade e coidado que estes temas esenciais requiren. Para iso promoverase a aplicación da **Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica** e da **Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes**, modificada pola Lei 3/2005, do 7 de marzo; así como as medidas adicionais de carácter ético que melloren a calidade das prestacións asistenciais.
- 14 **Participación.** Establecer canles ordinarias de participación e coordinación:
- a. Para profesionais:
    - Comisión Asesora en Saúde Mental.

- Comisión de Docencia.
- Grupos de traballo de técnicos expertos.
- b. Para o movemento asociativo.
  - Comisión ad hoc.
  - Reunións de coordinación con técnicos do movemento asociativo.

**A consecución destes obxectivos e o desenvolvemento destas liñas estratéxicas debe realizarse co nivel de calidade científico-técnica, ética e percibida que require a nosa cidadanía no inicio do século XXI.**





# DESENVOLVEMENTO DE LIÑAS ESTRATÉXICAS



5

Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



Buscarase o aproveitamento racional dos recursos existentes, complementando aqueles que así o requiran e creando novos onde sexan necesarios.

A integración da asistencia psiquiátrica no Sistema de Saúde en Galicia xa é un feito. Parte das liñas estratéxicas desenvolvidas neste plan pretenden que esta integración sexa coordinada co resto dos dispositivos sanitarios, servizos educativos, sociais e asociacións de enfermos, familiares e sociedade civil. As devanditas liñas estratéxicas orientaranse no seu desenvolvemento nas seguintes direccións:

### **5.1. COMPLETAR A INTEGRACIÓN DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIO XERAL.**

Actualmente completouse a integración normalizada da saúde mental a través do CMBD hospitalario e do SISINFO.

Está pendente a integración normalizada do sistema de información ambulatoria de saúde mental na rede do Sergas.

Para todo iso é preciso completar a informatización da rede de saúde mental.

### **5.2 COMPLETAR A INTEGRACIÓN DA SAÚDE MENTAL NO PLAN DE OBXECTIVOS ESTRATÉXICOS (POE).**

Coa promulgación do **Decreto 389/1994** establécese a converxencia e remodelación das prestacións de saúde mental existentes cara ao modelo comunitario de atención sanitaria, integrando a asistencia psiquiátrica na rede xeral e mellorando a súa calidade e a súa cobertura. Iso suporá dende o punto de vista da xestión a súa integración nos POE.





### 5.3. DESENVOLVEMENTO NORMATIVO DO DECRETO DE SAÚDE MENTAL

Desenvolver o artigo 15 do **Decreto 389/1994** de saúde mental que precisa unha redacción máis específica, que se realizará seguindo as liñas indicadas no documento **Propostas de desenvolvemento de atención á saúde mental en Galicia (1997)**, cos cambios precisos, así como realizar a adaptación correspondente do artigo 16 e a súa normativa de desenvolvemento.

Elaborar unha normativa específica para crear un instrumento que permita a xestión autónoma dos dispositivos de apoio comunitarios e a coordinación coas entidades que realizan actividades neste ámbito.

Desenvolver a normativa necesaria para a integración funcional da rede asistencial de drogodependencias en saúde mental.

### 5.4. DESENVOLVEMENTO ORGANIZATIVO DOS SERVIZOS DE SAÚDE MENTAL

No documento elaborado pola Comisión asesora en materia de saúde mental da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais de 1997 denominado **Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia** recoñécese un grao de materialización do devandito decreto de forma desigual, tanto en contidos como nas diferentes áreas sanitarias.

É finalidade deste plan completar o desenvolvemento do documento **Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental** (1987) e o **Decreto 389/1994** coas adaptacións pertinentes relacionado cos cambios da situación sanitaria, social e económica acontecidos na nosa Comunidade Autónoma dende a publicación dos documentos e normas mencionados.

No cadro seguinte reflíctense por cada unha das áreas de referencia os dispositivos recomendados nos documentos das comisións asesoras de 1987 e 1997, e os existentes no ano 2004.





**Táboa 1. Dispositivos existentes no ano 2004 nas diferentes áreas de referencia e a súa diferenza cos recomendados polo documento Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental (1987) e a situación actual.**

DISPOSITIVO		A Coruña	Ferrol	Santiago	Lugo	Ourense	Pontevedra	Vigo	SERGAS
Unidades de saúde mental	Recomendadas (R)	8	3	6	6	5	4	9	41
	Existentes (E) 2004	8	2	5	4	6	3	6	34
	Diferenza	0	-1	-1	-2	1	-1	-3	-7
Hospitals de día	R	2	1	1	1	1	1	2	9
	E	1	1	1	1	1	1	1	7
	Diferenza	-1	0	0	0	0	0	-1	-2
Unidades de hospitalización psiquiátrica	R	2	1	2	3 <sup>1</sup>	2	2	2	14
	E	1	1	2	1	1	1	2	9
	Diferenza	-1	0	0	-2	-1	-1	0	-5 <sup>3</sup>
Unidades de saúde mental infanto-xuvenil	R	1	1	1	3	1	1	1	9
	E	2	1	1	1	1	1	1	8
	Diferenza	1	0	0	-2	0	0	0	-1
Unidades de psicoxeriatria	R	1	1	1	3	1	1	1	9
	E	0	0	1	0	0	0	0	1
	Diferenza	-1	-1	0	-3	-1	-1	-1	-8
Unidades de alcoholismo e outras drogodependencias	R	1	1	1	1	1	1	1	7
	E	1	1	1	1	1	0	1	6
	Diferenza	0	0	0	0	1	-1	0	0
Unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica	R	0	0	1	1	1	0	1	4
	E	0	0	1	1 <sup>2</sup>	1	0	1	3
	Diferenza	0	0	0	0	0	0	0	0

(1) Tendo en conta a poboación asignada no mapa sanitario de 1986.

(2) Situada no Hospital Psiquiátrico da Deputación, non transferido ao Sergas.

(3) Na actualidade de acordo coa ratio de 1 cama por 10.000 habitantes establecida no documento de 1987, existiría un déficit de camas, aínda que non de unidades de hospitalización psiquiátrica de acordo cos criterios actuais, que modificaron os do documento de 1987, en que se optaba por aumentar o número de unidades diminuindo o número de camas de cada unha delas.

A continuación iremos comentando a situación dos distintos dispositivos recollidos nesta táboa:



### 5.4.1. Unidades de saúde mental

As unidades de saúde mental (USM) son o dispositivo básico onde se asentarán todas as accións de saúde mental. Por iso, son o eixe sobre o que se estrutura o modelo comunitario de atención á saúde mental, e deben cubrir toda a poboación coa accesibilidade apropiada (isócrona menor de 1 hora).

O documento **Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental (1987)** recomendaba:

Número	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Traballador social	Auxiliar admtvo.	Auxiliar enfermería
1/75.000 h (50.000/100.000 h)	2	1	1	1	1	1

Con respecto ao número de USM, a recomendación xeral dos distintos plans estratéxicos de saúde mental das distintas comunidades autónomas é de 1 unidade por cada 50.000 habitantes.

En Galicia existe só unha área hospitalaria que carece de USM (Fundación Pública Hospital da Barbanza). A finalidade é que ningunha área hospitalaria careza de servizo de psiquiatría coa correspondente USM.

No momento actual o problema central non é a accesibilidade, salvo a excepción sinalada para o Barbanza, senón a axeitada dimensión e dotación das unidades, que se debilitou ao dispersalas para mellorar esta accesibilidade, que se viu tamén beneficiada sensiblemente coa mellora das comunicacións interiores.

Segundo criterios estritamente poboacionais, en Galicia, cunha poboación de 2.614.655 habitantes, serían precisas 53 USM. Non obstante, a taxa por habitante establecido debería ser froito do desconto de poboación que supón a tomada a cargo polas unidades de saúde mental infanto-xuvenil unidades de alcoholismo e das unidades e programas de psioxeriatría e sociosanitario. A estimación ao respecto é que a poboación que resultaría deste proceso sería aproximadamente de 2.000.000 habitantes, polo que o número de unidades de saúde mental de adultos

resultante da aplicación da taxa de 1 por 50.000 hab. sería de 40 (cifra actual 34). Traducido á poboación xeral, a taxa correspondente sería de **1 USM por cada 66.000 habitantes**.

**Táboa 2. Distribución teórica do número de USM por cada área hospitalaria galega con redondeo cara a arriba de decimais segundo criterio de 1 USM por cada 66.000 habitantes. As cifras redondéanse cara a arriba por riba da fracción 5.**

Prov.	Centro sanitario	Poboación protexida	USM		
			Recomendables	Actuais	Diferenza
	C.H. Juan Canalejo	473.499	8	8	0
	F. H. V. A Xunqueira*	43.880	1	1	0
	C.H. Arq. Marcide	193.365	3	2	-1
	C.H. U. de Santiago	377.043	6	5	-1
	F. H. da Barbanza*	63.733	1	0	-1
<b>A Coruña<sup>2</sup></b>		<b>1.151.520</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>-3</b>
	Hospital da Costa	70.492	1	1	0
	C.H. Xeral-Calde	219.815	4	2	-2
	H. C. de Monforte*	50.721	1	1	0
<b>Lugo</b>		<b>341.028</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>-2</b>
	H. C. de Valdeorras*	37.217	1	1	0
	C.H. Ourense	260.298	4	3	-1
	F. H. de Verín*	30.420	1	1	0
<b>Ourense</b>		<b>327.935</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>-1</b>
	C.H. Pontevedra	214.038	3	2	-1
	F. H. do Salnés	70.591	1	1	0
	C.H. Xeral-Cíes	351.641	6	5	-1
	H. do Meixoeiro	190.995	3	1	-2
<b>Pontevedra</b>		<b>827.265</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>-4</b>
<b>Sergas</b>		<b>2.647.748</b>	<b>44</b>	<b>34</b>	<b>-10</b>

- (1) Centros sanitario que, aínda que non chegando á taxa de poboación establecida, lle corresponde unha unidade por criterios de dispersión, de estrutura demográfica, de accesibilidade e de apoio a un hospital).
- (2) Inclúe a poboación de varios municipios da provincia de Pontevedra na área de Santiago





Tendo en conta a sectorización da atención especializada, as necesidades serán as que se mostran na táboa 2.

O incremento de recursos por provincia fíxose tendo en conta que na área de Santiago (e polo tanto da provincia da Coruña) están incluídos varios municipios da provincia de Pontevedra e, polo tanto, restados nesta última provincia.

Así en Galicia, por provincias, precisaríanse un mínimo de 10 USM (catro na provincia Pontevedra, tres na da Coruña, dúas na de Lugo e unha na de Ourense).

Cada USM debería contar, con carácter xeral, con **dous psiquiatras, un psicólogo clínico, un DUE** preferentemente especialista en saúde mental **e o apoio dun traballador social** (traducido en compromiso horario de acordo con programas asistenciais que requiran a súa participación a criterio da USM) **e dun auxiliar administrativo**.

Estas recomendacións deberían axustarse para cada unidade de acordo coa súa poboación de referencia.

**Durante o período 2006-2011 previsto neste Plan de Saúde Mental crearanse seis novas unidades de saúde mental.**

A posta en marcha das recomendacións sinaladas estímase que suporían o incremento na súa actividade asistencial dun 20%, á que habería que engadir a tendencia ao incremento da demanda nestas unidades constatada nos últimos anos.

#### 5.4.2. Hospitais de día

Considérase que debe existir un **hospital de día (H.D.)** en cada unha das sete grandes áreas sanitarias. Aínda que na actualidade este obxectivo xa está acadado, a súa dotación debería reforzarse con carácter xeral e especialmente nas áreas urbanas con maior poboación.

Os hospitais de día constitúen, e constituirán de xeito relevante no próximo futuro, a principal alternativa á hospitalización psiquiátrica. Para iso deben reforzar o seu papel na rede asistencial e conseguintemente ver potenciados os seus programas e equipos.

Con carácter xeral, os hospitais de día deberían dispoñer dun psiquiatra, (dous psiquiatras nas áreas de maior poboación: A Coruña e Vigo), un psicólogo, un traballador social, un terapeuta ocupacional e catro profesionais de enfermería (un DUE e tres auxiliares de enfermería).

A creación de prazas en CRPL para pacientes de longa estada en hospitais de día permitirá incrementar a súa actividade asistencial nun 25%.

Os **equipos de continuidade de cuidados** (ECC) estarán integrados, con carácter xeral, nos hospitais de día e realizarán prioritariamente o **programa de transtorno mental severo** e, con diferentes niveis de intensidade na supervisión e cuidados, os seguintes subprogramas:

- **Programa de seguimento comunitario activo, incluíndo atención psiquiátrica a domicilio ou ADO psiquiátrico**, para pacientes de **moderada intensidade** de seguimento, supervisión e cuidados.
- **Programas alternativos á hospitalización psiquiátrica a domicilio ou HADO psiquiátrico**, para pacientes con **alta intensidade** de supervisión e cuidados. A inclusión de pacientes neste tipo de programas debe ser cuidadosamente realizada.
- **Supervisión de pacientes usuarios de pisos protexidos e residencias específicas.**

Os pacientes destes programas serán seleccionados en colaboración cos profesionais das unidades asistenciais, que se responsabilizarán da súa atención con fórmulas adaptadas aos diferentes casos.

Con carácter xeral os **equipos de continuidade de cuidados contarán para a realización destes programas cun** psiquiatra, un DUE, un auxiliar de clínica, e un traballador social/terapeuta ocupacional. A dotación de persoal de enfermería poderá incrementarse de acordo co número e tipoloxía de pacientes tomados a cargo nos ditos programas.





No caso das áreas onde existan USM vinculadas a hospitais comarcais, e con limitacións na súa accesibilidade dende os ECC dos complexos hospitalarios de referencia, a ampliación poderá facerse vinculando o núcleo básico de enfermería (DUE e auxiliar de clínica) ás USM do hospital comarcal correspondente.

### 5.4.3. Unidades de hospitalización psiquiátrica.

Segundo as directrices do **Decreto 389/1994** e documentos técnicos das comisións asesoras, cada complexo hospitalario debe contar con **unidades de hospitalización** psiquiátrica (UHP).

Segundo diferentes plans de saúde mental das distintas comunidades autónomas e a tendencia sinalada no documento **Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental** de 1987, as ratios recomendadas son de 1 cama por cada 10.000 habitantes.

En Galicia todas as áreas sanitarias de Atención Especializada, coa excepción dos hospitais comarcais e fundacións hospitalarias, teñen unidades de hospitalización psiquiátrica. En total nove centros que suman 211 camas (sen incluír as camas concertadas do Complexo Hospitalario de Pontevedra) o que fan un total de 1 cama por cada 12.500 habitantes. Co que a súa dotación precisaría de 54 camas máis para cubrir as necesidades poboacionais. A previsión de crecemento na duración do presente **Plan Estratéxico** é de **54 camas máis**, das cales, polo menos, 14 (2 por área) serían de observación e intervención en crise hospitalaria, e polo tanto de estadía igual ou inferior a cinco días.

Este incremento de camas suporía un incremento significativo da súa actividade asistencial, con diminución da estadía media e aumento da calidade e eficiencia debido á posta en marcha e potenciación dos programas alternativos á hospitalización:

- Hospitais de día.
- Equipos de continuidade de cuidados.
- Programas de observación e intervención en crises hospitalarias.

- Permeabilización das unidades hospitalarias de coidados de rehabilitación.

O documento Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental de 1987 recomendaba:

Número	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Traballador social	Persoal enfermería	T.O.	Outros
1/150.000-250.000 h	1/7 camas	1/15 camas	1/cama	1	1/cama	1	6

**Táboa 3. Distribución das camas de UHP nos hospitais de referencia. Comparativa coas recomendables nunha taxa de 1 por cada 10.000 hab. e a diferenza coas actuais.**

	Camas agudos			Habitantes	Psiquiatras	
	Actuais	Recomendables	Dif.		Actuais	Recomendables (1/7 camas)
C.H. Juan Canalejo	31	52	-21	517.379	7	7
C.H.U. de Santiago	46	44	+2	440.776	6	6
C.H. Arq. Marcide-NS	24	19	+5	193.365	4	3
C.H. Xeral-Calde	22	34	-12	341.028	3	5
C.H. Ourense <sup>1</sup>	18	33	-15	327.935	4	5
C.H. Pontevedra <sup>2</sup>	18	28	-10	284.629	4	4
Hospital do Meixoeiro	22	19	+3	190.995	4	3
C.H. Xeral-Cíes	30	35	-5	351.641	4	5
<b>TOTAL*</b>	<b>211</b>	<b>265</b>	<b>-54</b>	<b>2.647.748</b>	<b>36</b>	<b>38</b>

(1) Dispón de posibilidade de ingreso en clínica privada.

(2) Dispón de posibilidade de ingreso en clínica privada.





Cada **unidade de hospitalización psiquiátrica** debería contar, con carácter xeral, cun **psiquiatra por cada sete camas, un psicólogo por unidade (un psicólogo adicional cando a unidade supere as 21 camas), un traballador social, un terapeuta ocupacional e coas ratios de persoal de enfermería, de auxiliar de clínica e auxiliar administrativo adecuadas.**

Estas UHP realizarán, con carácter xeral, ademais do programa de **hospitalización psiquiátrica xeral**, o programa de **desintoxicación hospitalaria** de acordo co Plan de Drogas, o programa de **observación e intervención en crise hospitalaria** e o **programa de interconsulta e enlace** ata a creación da **unidade específica de interconsulta e enlace** coa súa dotación propia (1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 DUE).

#### **5.4.4. Unidades específicas.**

##### **5.4.4.1. Saúde mental infanto-xuvenil.**

A importancia destes dispositivos está fundamentada en distintos criterios: demográficos, especificidade das intervencións e importancia evolutiva e prognóstica da atención precoz dos problemas e as patoloxías psíquicas desta poboación.

##### **5.4.4.1.1. Unidades de saúde mental infanto-xuvenil**

As unidades de saúde mental infanto-xuvenil (USM-IX) son unidades específicas para a atención dos problemas de saúde mental infanto-xuvenil (ata os 16 anos). Os pacientes son remitidos maioritariamente pola USM ou os servizos de Atención Primaria e, eventualmente, polos de Educación e Servizos Sociais.

O criterio establecido inicialmente para as unidades específicas de atención ambulatoria é que exista polo menos unha para cada unha das sete grandes áreas.

No caso destas unidades, dadas as características demográficas de Galicia, deberán potenciarse as existentes nos núcleos urbanos e áreas metropolitanas máis importantes (Santiago, A Coruña e Vigo) xa que é aquí onde existe unha poboación infanto-xuvenil máis numerosa.





O documento Bases para a elaboración do Plan Galego de Saúde Mental de 1987 recomendaba:

Número	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Traballador social	Auxiliar admto.	Auxiliar enfermería
1/área sanitaria	1	1				

Recibirán o apoio do resto de persoal da USM da área e colaborarán con esta na atención xeral, se fose preciso.

Na proposta actual, as USM-IX funcionarán como as USM xa que toman a cargo directamente a poboación de 0 a 16 anos.

**Táboa 4. Distribución teórica do número de USM-IX por cada área hospitalaria galega con redondeo cara a arriba de decimais, segundo criterio de unha USM-IX por área sanitaria, con dúas USM-IX nas áreas de Santiago, A Coruña e Vigo.**

Prov.	Centro sanitario	Poboación protexida	USMI-X		
			Recomendables	Actuais	Diferenza
	C.H. Juan Canalejo	473.499	2	1 <sup>1</sup>	-1
	F. H. V. da Xunqueira	43.880	0	0	0
	C.H. Arq. Marcide	193.365	1	1	0
	C.H. U. de Santiago	377.043	2	1	-1
	F. H. da Barbanza	63.733	0	0	0
<b>A Coruña<sup>2</sup></b>		<b>1.151.520</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>-1</b>
	Hospital da Costa	70.492	0	0	0
	C.H. Xeral-Calde	219.815	1	1	0
	H. C. de Monforte	50.721	0	0	0
<b>Lugo</b>		<b>341.028</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	H. C. de Valdeorras	37.217	0	0	0
	C.H. Ourense	260.298	1	1	0
	F. H. de Verín	30.420	0	0	0
<b>Ourense</b>		<b>327.935</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	C.H. Pontevedra	214.038	1	1	0
	F. H. do Salnés	70.591	0	0	0
	C.H. Vigo	542.636	2	1	-1
<b>Pontevedra</b>		<b>827.265</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>
<b>Sergas</b>		<b>2.647.748</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>-3</b>

(1) Aínda que son dúas unidades teñen o mesmo persoal ca o existente en Vigo, polo que sería necesaria unha unidade máis.

(2) Inclúe a poboación de varios municipios da provincia de Pontevedra na área de Santiago



En Galicia hai oito unidades de saúde mental infanto-xuvenil. Unha en cada unha das sete maiores cidades (Vigo, A Coruña, Ourense, Santiago, Lugo, Ferrol e Pontevedra); e unha segunda na Coruña (aínda tendo dúas unidades, en conxunto, a súa dotación é similar á de Vigo, polo que é preciso o seu reforzo).

Estas unidades están xestionadas directamente polo Sergas agás a de Ferrol que é xestionada mediante convenio coa Asociación de pais de nenos con problemas psicosociais (Aspaneps) e unha da Coruña, resultado dun convenio con este Concello.

**Con carácter xeral cada USM-IX debería contar polo menos con dous psiquiatras, un psicólogo, un DUE, un traballador social e o apoio dun auxiliar administrativo.** Nas áreas de Vigo e A Coruña pola súa maior taxa e número total de poboación infanto-xuvenil, precisarían de dúas unidades.

A **posta en marcha dun novo programa sobre trastorno mental grave na adolescencia debería supoñer**, como mínimo, o incremento dun facultativo especialista máis por unidade.

As idades a que se atende nas devanditas unidades (< a 16 anos), deberían estenderse no futuro ata os 18 anos, coas adaptacións de recursos humanos pertinentes.

Este incremento de recursos estímase que suporía un aumento da actividade asistencial que compensaría a tendencia ao incremento da demanda nestas unidades constatada nos últimos anos.

#### ***5.4.4.1.2. Unidade de hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil.***

Unidade de hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil (UHP-IX) establécese para a poboación infanto-xuvenil que requira ingreso hospitalario de carácter breve.

Unidade de referencia para a Comunidade Autónoma:

- Segundo os estándares de consenso técnico que estiman 5 camas por cada 100.000 habitantes e 1 cama por cada 100.000 menores de 12 anos, deberá dispoñer entre 15 e 21 camas.
- Esta unidade deberá contar cun psiquiatra por cada sete camas, un psicólogo, un traballador social, profesores (dos niveis correspondentes aos nenos e adolescentes ingresados, mediante mecanismo xa establecido coa Consellería de Educación e Ordenación Universitaria para outros servizos como Pediatría Hospitalaria) e coas ratios de persoal de enfermería, de auxiliar de clínica e auxiliar administrativo adecuadas.
- Este tipo de unidades non figuran no documento de 1987 pero fixéronse necesarias dende o punto de vista asistencial e obrigadas pola existencia de normativa ao respecto (**Lei de axuízamento civil, artigo 763**).

#### **5.4.4.1.3. Centros para nenos e adolescentes con graves problemas de conduta.**

- Centros para nenos e adolescentes escolarizados e con graves problemas de conduta con soporte familiar apropiado para atender estes nenos e adolescentes en períodos de fin de semana e de vacacións. Similar ao centro xa en funcionamento e existente no Pedroso, dependente da Consellería de Educación e Ordenación Universitaria, e apoiado nos aspectos concernentes á problemática da saúde mental por psiquiatra e psicólogo clínico do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.
- Centros para nenos e adolescentes, con graves trastornos de conduta e sen soporte familiar axeitado ás súas características. Tipoloxía de centros en estudo, en colaboración coas consellerías competentes en materia de educación, familia, xuventude...





#### **5.4.4.2. Drogodependencias**

**5.4.4.2.1. Estableceranse programas de coordinación e integración (funcional) co Plan de Galicia sobre Drogas.**

**5.4.4.2.2. Unidades de alcoholismo e outras dependencias.**

As unidades de alcoholismo e outras dependencias (UAD) tenderán, cos requirimentos técnicos e dotacionais precisos, a orientarse a unidades de condutas adictivas, que comprendan tanto o alcohol coma o tabaco (en colaboración cos programas de Saúde Pública), así como as dependencias sen substancia (xogo patolóxico, adicións relacionadas coa informática...)

Con carácter xeral promoverase a toma a cargo dos programas directamente asistenciais, pola rede de saúde mental do SERGAS, así como os programas de patoloxía dual.

Os pacientes con problemas psiquiátricos relacionados co consumo de alcohol atenderanse, con carácter xeral, na rede asistencial do Sergas, sen prexuízo da súa derivación, cando sexa pertinente, ás devanditas unidades específicas.

Así mesmo, existen seis unidades asistenciais específicas, dúas delas pertencentes ao Sergas e as catro restantes a través de convenios con asociacións relacionadas co ámbito do alcoholismo.

A única área sanitaria que carece deste tipo de unidades é a correspondente ao Complexo Hospitalario de Pontevedra, polo que debería crearse unha unidade específica.

A creación desta nova unidade, unida á atención a dependencias sen substancia polas unidades de alcoholismo, estímase que suporá un incremento de actividade asistencial dun 20-25%.

Ademais existen 15 asociacións que realizan actividades ou programas de prevención, asesoramento, información e rehabilitación de alcoholismo, maioritariamente organizadas e xestionadas por asociacións de autoaxuda e axuda mutua deste ámbito.

Nos convenios que se realizan con estas unidades inclúese, actualmente, a apertura da súa actividade a outras adicións (dependencia sen substancia, tabaco,...)

Iniciouse un programa subvencionado de atención a pacientes con problemas de alcoholismo (graves e persistentes) **en réxime de comunidade terapéutica**, dirixido a aqueles pacientes para os que resultan insuficientes o resto de programas e dispositivos.

A experiencia acumulada permite estimar a necesidade de dispoñer, cando menos, de dúas comunidades terapéuticas deste tipo, de referencia para Galicia, cun total de 50 prazas, que realicen un programa integral e continuado que inclúa programa de acollida, ingreso, seguimento post-alta con límite temporal determinado, en coordinación cos dispositivos correspondentes do SERGAS.

#### **5.4.4.3. Unidades de psioxeriatría (UP)**

As unidades de psioxeriatría (UP) dan resposta asistencial específica á poboación da Terceira Idade, resposta necesaria pola evolución demográfica (marcado envellecemento poboacional) e o conseguinte incremento das patoloxías psiquiátricas asociadas á idade (demencias, depresión, trastornos orgánicos cerebrais, ..)

O criterio establecido inicialmente para as unidades específicas de atención ambulatoria é que exista polo menos unha para cada unha das sete grandes áreas, que funcionarían como un programa de reforzo e referencia das USM, coas que se establecerán os criterios de derivación e alta correspondentes.

É necesario corrixir o forte déficit deste tipo de unidades, creando seis novas unidades, de forma que cada unha das sete áreas sanitarias de referencia (Vigo, Pontevedra, Ourense, Lugo, Santiago, A Coruña e Ferrol) dispoña dun dispositivo completo, tal e como conta na actualidade a área de Santiago de Compostela.

**Con carácter xeral estas novas unidades deberían contar con** tres facultativos especialistas a tempo completo (dous psiquiatras e un psicólogo clínico preferentemente con experiencia en neuropsicoloxía) e dous titulados medios (enfermeiro/a e traballador/a social/terapeuta ocupacional).

Estas unidades asegurarían, cando se acordase, un programa de interconsulta e enlace cos dispositivos da área de benestar e servizos sociais correspondentes.





#### 5.4.5. Unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica.

As **unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica (UHRP)** consideradas no artigo 15 do **Decreto 389/1994** foron desenvolvidas no documento de **Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia (1997)** en tres tipoloxías: **unidades de coidados de rehabilitación, unidades de coidados especiais e unidades de coidados residenciais.**

O grao de desenvolvemento destas unidades foi progresivo e completouse nas áreas de Vigo e de Santiago, aínda que con deficiencias estruturais nesta última. Na área de Ourense o grao de diferenciación é menor polas súas características singulares que requiren intervencións estruturais e reordenación funcional, con asignación específica e diferenciada de recursos humanos e obxectivos asistenciais. Na área de Lugo non foron desenvolvidas estas unidades por non ter transferido o Sergas o Hospital Psiquiátrico da Deputación.

##### 5.4.5.1. Unidades de coidados de rehabilitación

O establecemento actual de catro unidades de coidados de rehabilitación (UCR) (unha por provincia e centro de rehabilitación psiquiátrica), require a súa actual independencia en espazos e recursos do resto das unidades destes centros.

As recomendacións en diversos plans vixentes son dunha unidade por provincia e dunha cama por 10.000 habitantes en módulos de 20 a 40 camas. Este último dato implica un incremento do 300% das camas na provincia de Pontevedra e do 100% na provincia da Coruña. A provincia de Ourense estaría axustada entre os seus recursos e as necesidades existentes (a mesma estimación se podería facer para a provincia de Lugo, coa reserva de que non pertence ao Servizo Galego de Saúde).



**Táboa 5. Distribución das camas de coidados de rehabilitación e psiquiatras desas unidades nos hospitais de referencia. Comparativa coas recomendacións dunha cama por cada 10.000 hab. e un psiquiatra por cada 10 camas.**

	Camas coidados de rehabilitación			Habitantes	Psiquiatras		
	Actuais	Recomendables	Dif.		Actuais	1 por 10 camas	Dif.
C.H.U. de Santiago	50	99	-49	988.513	2	10	-8
C.H. Xeral-Calde <sup>1</sup>	?	31	?	306.388	?	3	?
C.H. Ourense	42	29	+13	292.357	2	3	-1
C.H. Xeral-Ciés	19	73	-54	726.895	1	7	-6
<b>TOTAL*</b>	<b>111</b>	<b>232</b>	<b>-90</b>	<b>2.314.153</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>-15</b>

(1) Pendente de integración do H. Psiquiátrico San Rafael.

Como alternativa ao incremento sinalado antes considérase apropiada unha solución mixta que recolla dous tipos de medidas:

**1. Incremento de camas:**

- De 30 camas na área de Santiago para dar unha resposta asistencial máis efectiva ás áreas sanitarias da Coruña e Ferrol, que carecen deste tipo de unidade, e que teñen como referente a unidade hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- De 20 camas na área de Vigo para dar unha resposta asistencial máis efectiva á área sanitaria de Pontevedra que carece deste tipo de unidade e que ten como referente a unidade hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.
- De 30 camas na área de Lugo (por diferenciación no Centro Rehabilitador San Rafael ou nova creación no Complexo Hospitalario Xeral Calde).

Este incremento debería ir acompañado dun compromiso asistencial formalizado (pactado e programado) coas áreas para as que estas unidades son de referencia, para asegurar a cobertura asistencial das súas necesidades de acordo cos estándares establecidos.



## 2. Potenciación de alternativas extrahospitalarias de rehabilitación psiquiátrica:

- Posta en marcha a través dos equipos de continuidade de cuidados do programa de trastorno mental severo, con incidencia específica na atención domiciliaria e comunitaria.
- Potenciar a capacidade dos hospitais de día como alternativa á hospitalización reforzando a súa dotación e incrementando prazas de centros de rehabilitación psicosocial e laboral, que permitirían derivar pacientes destas características dende os hospitais de día.
- Incremento do número de prazas de pisos e residencias para pacientes psiquiátricos con trastorno mental severo.

Estas alternativas permitirían ademais de reducir o incremento de camas de unidades de rehabilitación hospitalaria de 300 e 100% respectivamente ao 50% - en ambas as dúas provincias- coa conseguente mellora das súas ratios na dotación de recursos humanos.

**Táboa 6. Distribución das camas de cuidados de rehabilitación e psiquiatras desas unidades nos hospitais de referencia de utilizar a alternativa mixta.**

	Camas cuidados de rehabilitación			Habitantes	Psiquiatras		
	Actuais	Recomendables	Dif.		Actuais	1 por 20 camas	Dif.
C.H.U. de Santiago	50	80	-30	988.513	2	4	-2
C.H. Xeral-Calde <sup>1</sup>	?	31	?	306.388	?	2	?
C.H. Ourense	42	29	+13	292.357	2	1,5	+0,5
C.H. Xeral-Ciés	19	39	-20	726.895	1	2	-1
<b>TOTAL*</b>	<b>111</b>	<b>179</b>	<b>-37</b>	<b>2.314.153</b>	<b>5</b>	<b>9,5</b>	<b>-2,5</b>

(1) Pendente de integración do H. Psiquiátrico San Rafael ou de solución alternativa. En calquera caso suporía a creación de 31 camas.

Como se pode apreciar comparando as táboas 5 e 6, con esta alternativa reduciríanse as necesidades de camas en 53 e a dotación de psiquiatras en 12 (non se contabiliza a redución de necesidades doutras tipoloxías de persoal que comporta a redución de camas). Isto fai máis idónea esta alternativa.





Este aumento de recursos debería realizarse de forma secuencial ao longo dos seis anos de vixencia do plan.

Con carácter xeral as unidades de coidados de rehabilitación deberán contar cun psiquiatra por cada 20 camas, un psicólogo por unidade, un traballador social por unidade, un terapeuta ocupacional por unidade e, polo menos, seis DUE e 12 auxiliares de enfermería por unidade.

#### 5.4.5.2. Unidades de coidados especiais

Actualmente a dotación media en unidades de coidados especiais (UCE) é de 0,26 camas por 10.000 habitantes aínda que debería ser, polo menos, de 0,4 camas por 10.000 habitantes; dadas as necesidades asistenciais e as características destas unidades que de facto as converte en unidades de media ou longa duración pola súa tipoloxía de pacientes (pacientes con problemas xudiciais, con problemas graves de conduta, con trastorno mental severo resistente a tratamento, con trastorno de personalidade graves...).

Por outra banda, dada a especificidade destas unidades, non resulta recomendable un número de camas superior a 25 por cada unha delas. A proposta resultante sería a seguinte:

**Táboa 7. Distribución das camas de coidados especiais de rehabilitación nos hospitais de referencia. Comparativa coas recomendacións de 0,4 camas por 10.000 habitantes (a distribución do total entre as distintas unidades axústase para que ningunha supere as 25 camas).**

	Poboación	Actual	Recomendables	Diferenza
C. H. U. Santiago	988.513	20	25	-5
C.H. Xeral-Calde <sup>1</sup>	306.388	*	20	*
C. H. Ourense	292.357	15	21	-6
C. H. Xeral-Cíes	726.895	15	25	-10
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>91</b>	<b>-21</b>

(1) Pendente de integración do H. Psiquiátrico San Rafael no Sergas e sen diferenciación precisa de unidades no momento actual ou solución alternativa en Complexo Hospitalario Xeral Calde, aínda que serían recomendables segundo estas estimacións 20 camas.



Con carácter xeral estas unidades de coidados especiais deberán contar con 1 psiquiatra cada 10 camas, 1 psicólogo por unidade, 1 traballador social, 1 terapeuta ocupacional, 9 DUE e 16 auxiliares de enfermería e o persoal complementario preciso.

**Unha necesidade asistencial específica e urxente de carácter particularmente problemático, é a atención de pacientes ingresados de carácter penal, por imperativo xudicial e sentenzas prolongadas.** A devandita necesidade asistencial requiriría a creación dun **módulo ou unidade de hospitalización psiquiátrica penitenciaria** de referencia para a Comunidade Autónoma.

Se tomamos como referencia a dotación deste tipo de camas por poboación xeral na Comunidade Autónoma de Cataluña para este tipo de unidades (única en España creada na rede autónoma pública), equivalente a 0,1 camas por cada 10.000 habitantes, é dicir 26 camas para a nosa Comunidade Autónoma e que poderían estar nun módulo "ad hoc" (coas características estruturais axeitadas).

Con carácter xeral, a estimación de recursos para esta unidade sería dun psiquiatra por cada 10 camas, un psicólogo por unidade, un terapeuta ocupacional, un traballador social, nove DUE e 16 auxiliares de enfermería e o persoal complementario preciso.

Resulta necesario, así mesmo, incorporar ao convenio xa existente coa Consellería de Xustiza, en relación coa medicina forense, cláusulas que establezan a colaboración, dos facultativos especializados da rede de saúde mental para os efectos de informes periciais psicolóxicos e psiquiátricos.

#### **5.4.5.3. Unidades de coidados residenciais**

As unidades de coidados residenciais (UCRES) están dirixidas á atención de pacientes estables, de longa evolución, cuxa situación non require coidados específicos pero que pola súa carencia de autonomía e patoloxía psiquiátrica requiran unha atención en réxime residencial.

O número total deste tipo de camas na nosa Comunidade Autónoma é de 380 (sen contar coas pertencentes ao Centro Residencial e Rehabilitador San Rafael de Castro Ribeiras de Lea), equivalente a 1,6 camas por 10.000 habitantes, sendo a estimación que realiza o **documento técnico de referencia da Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)** para prazas residenciais de 0,5 por 10.000 habitantes, o que equivalería a 115 camas.

Esta excesiva cantidade no número de prazas residenciais nas unidades de coidados de rehabilitación débese, por unha parte, á súa procedencia dos antigos hospitais psiquiátricos (concéntrase no Hospital Psiquiátrico de Conxo, por razóns históricas), e por outra, a carencia de estruturas externas de tipo residencial para este tipo de pacientes.

As unidades de coidados residenciais deberían sufrir unha redución progresiva, acompañada da creación de prazas residenciais externas para este tipo de pacientes.

A taxa de facultativos, psiquiatras e psicólogos clínicos, por número de camas, que se estima necesaria sería de 1/60.

Unha alternativa apropiada para este tipo de unidades, especialmente nas áreas de Vigo, Ourense e Pontevedra sería externalizalas, reordenando os seus recursos para reforzar as unidades de coidados de rehabilitación e de coidados especiais. As solucións para as unidades de coidados residenciais de Conxo e Castro deberían estudarse de xeito singular.

#### 5.4.6. Pisos protexidos e unidades residenciais.

Estes dispositivos supoñen unha alternativa real ao ingreso en unidades de coidados de rehabilitación e coidados residenciais.

No ano 2004 existían 112 prazas de **pisos protexidos**, aproximadamente unha taxa de 0,4/10.000 habitantes, e debería alcanzarse unha taxa de 0,7/10.000 habitantes ao longo do desenvolvemento deste **Plan** (aínda que se debería seguir incrementando posteriormente ata alcanzar unha taxa de 1/10.000 habitantes para





achegarse ás cifras mínimas de referencia estimadas polo **documento técnico de referencia da AEN**, segundo recolle a táboa 8).

**Táboa 8. Necesidades de prazas en pisos protexidos asumindo 0,7 e 1 praza por 10.000 habitantes.**

Área	Poboación protexida	Actual	Recomendables 0,7	Diferenza	Recomendables 1	Diferenza
C.H. J. Canalejo	517.379	16	36	-20	52	-36
C.H. A. Marcide	193.365	10	14	-4	19	-9
C.H.U.Santiago	440.776	29	31	-2	44	-15
C.H. Xeral-Calde	219.815	5	15	-10	22	-17
H. dá Costa	70.492	4	5	-1	7	-3
H. de Monforte	50.721	4	4	0	5	-1
C.H. Ourense	327.935	10	23	-13	33	-23
C.H.U. Vigo	542.636	23	38	-15	54	-31
C.H. Pontevedra	284.629	11	20	-9	28	-17
<b>SER GAS</b>	<b>2.647.748</b>	<b>112</b>	<b>186</b>	<b>-74</b>	<b>264</b>	<b>-152</b>

Isto supón un incremento de 74 prazas para alcanzar a taxa de 0,7/10.000 no conxunto da Comunidade Autónoma, de acordo coa distribución reflectida na táboa 8.

No caso das **residencias específicas**, existían soamente 18 prazas para toda a Comunidade Autónoma, o que supón unha taxa de 0,06/10.000 habitantes, claramente insuficiente para as necesidades actuais. Debería alcanzarse polo menos unha taxa de 0,25/10.000 durante o desenvolvemento do **Plan** (aínda que debería incrementarse posteriormente ata unha taxa de 0,5/10.000 para achegarse ás cifras mínimas de referencia estimadas polo **Documento de Consenso do IMSERSO**).



**Táboa 9. Necesidades de prazas en residencias específicas asumindo 0,25 e 0,5 prazas por 10.000 habitantes.**

Área	Poboación protexida	Actual	Recomendables 0,25	Diferenza	Recomendables 0,5	Diferenza
C.H. J. Canalejo	517.379	0	13	-13	26	-26
C.H. A. Marcide	193.365	0	5	-5	10	-10
C.H.U.Santiago	440.776	0	11	-11	22	-22
C.H. Xeral-Calde	219.815	0	5	-5	11	-11
H. da Costa	70.492	0	2	-2	4	-4
H. de Monforte	50.721	0	1	-1	3	-3
C.H. Ourense	327.935	9	8	+1	16	-7
C.H.U. Vigo	542.636	0	14	-14	27	-27
C.H. Pontevedra <sup>1</sup>	284.629	9	7	+2	14	-5
<b>SERGAS</b>	<b>2.647.748</b>	<b>18</b>	<b>66</b>	<b>-48</b>	<b>133</b>	<b>-115</b>

(1) Situada en Vilagarcía de Arousa.

Isto supón un incremento mínimo de 48 prazas para alcanzar a taxa de 0,25/10.000 no conxunto da Comunidade Autónoma, de acordo coa distribución reflectida na táboa 9.

**O 25% do total de prazas debe reservarse para programas de respiro familiar/descanso familiar.**

#### 5.4.7. Centros de rehabilitación psicosocial e laboral

No ano 2004 había 2,3 prazas por 10.000 habitantes adultos en centros de rehabilitación psicosocial e laboral (CRPL). O obxectivo é alcanzar as **3 prazas por 10.000 habitantes adultos**. Isto supón crear como mínimo 165 prazas no conxunto da Comunidade Autónoma. A súa distribución deberá realizarse primando a corrección do déficit nas áreas sinaladas na táboa 10.



O criterio prioritario de asignación debería corresponder ás necesidades vinculadas aos actuais hospitais de día, que necesitarían, para cumprir as súas funcións con efectividade, trasladar aqueles pacientes con tipoloxía de CRPL a estes centros.

As actividades específicas realizadas nestes centros deberán ter continuidade con programas de integración laboral e emprego con apoio para os usuarios que o requiran.

**Táboa 10. Necesidades de prazas en centros de rehabilitación psicosocial e laboral nas provincias galegas asumindo 3 prazas por 10.000 habitantes adultos de poboación protexida.**

Provincia	Poboación adulta protexida	Prazas actuais	Recomendables 3 prazas/10.000	Diferenza
A Coruña	988.513	185	297	-112
Lugo	306.388	65	92	-27
Ourense	292.357	95	88	+7
Pontevedra	726.895	185	218	-33
<b>SERGAS</b>	<b>2.314.153</b>	<b>530</b>	<b>695</b>	<b>-165</b>

## 5.5. PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL.

Os programas preventivos, asistenciais e rehabilitadores constitúen a base da carteira de servizos e deberán, con carácter xeral, ter unha estrutura que responda aos seguintes puntos:

- Descrición xeral do programa.
- Obxectivos do programa.
- Criterios de inclusión no programa: perfil de pacientes/usuarios aos que vai dirixido.
- Vías de derivación.
- Metodoloxía asistencial.
- Liñas de actuación.
- Recursos necesarios.
- Cronograma (incluírá data de posta en funcionamento).
- Sistema de rexistro e avaliación.

### 5.5.1. Programas preventivos.

#### 5.5.1.1. Programa antiestigma.

Destinado á concienciación social e desmitificación da enfermidade mental, informando á sociedade sobre as posibilidades de tratamento e reinserción dos pacientes con problemas de saúde mental, promovendo a redución das barreiras e prexuízos que obstaculizan a integración destes pacientes.





Para iso, é decisiva a colaboración coa atención primaria de saúde e atención primaria social así como con institucións, axencias e organizacións da sociedade civil e que se podería concretar nos seguintes puntos:

- Información e sensibilización social para evitar discriminación negativa dos pacientes con trastorno mental, especialmente as de patoloxía máis grave e persistente.
- Información selectiva para autoridades, institucións e organizacións sociais.
- Información dirixida a fomentar un tratamento non estigmatizador destes pacientes nos medios de comunicación.

#### ***5.5.1.2. Programa de coidado a coidadores.***

- Programa de asesoramento e apoio, dirixido a familiares e coidadores informais de pacientes con trastorno mental severo (TMS): programas psicoeducativos, de orientación, asesoramento e apoio.
- Programas psicoeducativos de carácter sistemático, dirixidos a familiares e coidadores informais conviventes con pacientes non-TMS que acceden ás unidades da rede de saúde mental.
- Programa de respiro e/ou descanso familiar, dirixido prioritariamente a familiares e/ou coidadores de pacientes con trastorno mental grave.
- Programa de atención integral aos profesionais sanitarios con problemas psíquicos (PAIME, RETORNO, ...).
- Programa de prevención de riscos laborais, orientado a persoal sanitario e especialmente a profesionais en formación (MIR, PIR, FIR, BIR, EIR) en colaboración coa unidade competente nesta materia.



### **5.5.1.3. Programas preventivo-asistenciais**

Dirixidos tanto á prevención primaria (prevención e promoción en saúde mental) coma á prevención secundaria (detección e intervención precoces en problemas de saúde mental).

#### **5.5.1.3.1. En colaboración con atención primaria e orientado por tramos de idade:**

- Programa do neno san.
- Programa do adolescente.
- Programa do ancián de risco.

#### **5.5.1.3.2. Programas dirixidos especialmente á atención de grupos de risco:**

- Intentos autolíticos.
- Trastorno mental severo.
- Trastorno por usos prexudiciais de substancias ou dependencia sen substancia.
- Trastorno da conduta alimentaria.

### **5.5.2. Programas asistenciais.**

Tal como se sinala no punto 11 do apartado 4.2, existen evidencias de que o uso de ferramentas de xestión clínica contribúe a diminuír a variabilidade non xustificada das prácticas clínicas e asistenciais e favorece a súa comparabilidade.

Neste ámbito, os programas prioritarios que se desenvolverán son os dirixidos á consulta á demanda que se especifican a continuación:





#### ***5.5.2.1. Programas para problemas prevalentes en saúde mental.***

Dirixidos aos pacientes que presentan os trastornos mentais máis frecuentes aínda que de moderada gravidade e persistencia, que requiren intervencións conxuntas de atención primaria e da rede de saúde mental, como son: patoloxía depresiva, ansiosa e de somatización.

#### ***5.5.2.2. Programa de trastorno mental severo.***

Dirixido a pacientes con trastornos mentais graves e persistentes, especialmente pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico e trastorno afectivo (particularmente trastorno bipolar).

Os devanditos programas establecen a continuidade asistencial tanto en réxime ambulatorio como hospitalario.

Así mesmo, desenvolveranse adaptándose ás características que estes trastornos presenten nas distintas etapas vitais (infancia, adolescencia, idade adulta, velez).

#### ***5.5.2.3. Programas de interconsulta e enlace.***

Dirixidos a dar resposta a distinto tipo de demandas doutros niveis asistenciais e especialidades: intervención, asesoramento e apoio en programas específicos como dor, oncoloxía, transplante, dano cerebral ...; asesoramento a outros profesionais, así como a súa formación e adestramento en habilidades específicas de saúde mental.

Aínda que inicialmente xorden no ámbito hospitalario tamén se aplican progresivamente no ámbito ambulatorio e especialmente con atención primaria.

O desenvolvemento dos programas de interconsulta e enlace no medio hospitalario será levado a cabo polas unidades específicas segundo o disposto no punto 5.4.3.

#### ***5.5.2.4. Programa de observación e intervención en crise hospitalaria.***

Dirixido a pacientes que presentan crises psiquiátricas ou psicosociais e que requiren intervención urxente, intensiva e de curta duración en réxime hospitalario.



#### **5.5.2.5. Programa de consulta de alta resolución.**

Dirixido a dar unha resposta rápida a problemas previamente seleccionados en colaboración con atención primaria e outras especialidades.

O formato de resposta establecería a alta e devolución ao profesional derivante coa realización, preferentemente, dunha soa consulta e cun máximo de dúas consultas distanciadas por un intervalo inferior a unha semana.

#### **5.5.2.6. Programa de teleasistencia.**

Dirixido a dar resposta de interconsulta e asesoramento preferentemente a profesionais de atención primaria ou de residencias da terceira idade e/ou educación especial que, pola súa distancia (medida en isócronas) da unidade de saúde mental correspondente, o necesiten e requiran.

Este programa terá un carácter mixto, **presencial** (pacientes cos que exista unha relación clínica previa) e **a distancia**. Iniciaríase con carácter xeral de xeito presencial e posteriormente estableceríanse os intervalos dos contactos a distancia.

#### **5.5.2.7. Programa con procedementos específicos.**

Neste tipo de programas estableceranse as indicacións para os distintos tipos de estratexias, farmacolóxicas e psicoterapéuticas, así como para o seu uso combinado.

- Estratexias farmacolóxicas: clínica de litio, neurolépticos de acción prolongada, monitorización de fármacos ...
- Estratexias psicoterapéuticas: individual familiar, grupal...

#### **5.5.3. Programas rehabilitadores.**

- Programa de rehabilitación activa (hospitalario e extrahospitalario)
- Programa de rehabilitación e contención



- Programa de cambio condutual (conduta disruptiva).
- Programa de mantemento e reforzo de niveis de rehabilitación (hospitalario e extrahospitalario).
- Programa de autocoidado e autoxestión de vida diaria.
- Programa de habilidades sociais e interpersoais.
- Programa de coidados segundo o grao de dependencia.
- Programa de aloxamento alternativo.
- Programa de actividades ocupacionais.
- Programas de lecer e tempo libre.
- Programa de habilidades e hábitos prelaborais.
- Programa de hábitos laborais dirixidos á integración no ámbito laboral.
- Programas psicoeducativos.

#### **5.5.4. Programas especiais.**

##### ***5.5.4.1. Programa de atención a problemas relacionados co consumo prexudicial de alcohol, tabaco así como aqueles relacionados con dependencias sen substancia.***

- Programas de prevención:
  - Apoio á abstinencia e promoción de estilos de vida e hábitos saudables.
  - Programas de prevención de recaídas.
  - Campañas de sensibilización da poboación.
- Programas asistenciais relacionados co consumo prexudicial de alcohol.

- Programas asistenciais relacionados con dependencias sen substancia.
- Programas asistenciais relacionados co tabaquismo (programa complementario en colaboración con Saúde Pública).
- Programa asistencial de patoloxía dual, en coordinación coas unidades de atención ás drogodependencias.

Todos estes programas realizaranse en estreita colaboración con Atención Primaria.

#### ***5.5.4.2. Programa de trastornos de conduta alimentaria.***

Programa integrado nos distintos niveis da rede asistencial:

- Atención Primaria:
  - Prevención e detección precoces.
  - Atención e seguimento.
  - Derivación a USM-IX e/ou USM.
- Atención especializada:
  - USM: programa de atención e derivación, de ser preciso, a programas de hospitalización (parcial ou completa).
  - Hospital de día: programa de atención e derivación, de ser preciso, a programas de hospitalización e/ou continuidade de cuidados.
  - Unidade de hospitalización psiquiátrica:
    - > Atención hospitalaria con programa conxunto con servizos e especialidades complementarias (pediatría, medicina interna, endocrinoloxía, nutrición, ...)
    - > Derivación á Unidade de Desordes Alimentarios, de referencia autonómica.





- Unidade de Desordes Alimentarios:
  - > Unidade de referencia para a asistencia a pacientes complexos derivados das unidades de hospitalización psiquiátrica.
  - > Derivación tras asistencia a USM-IX e/ou USM, para a súa atención e seguimento e, se é o caso, traslado ao nivel asistencial de Atención Primaria.

#### ***5.5.4.3. Programa de intervención en crises e urxencias comunitarias (Programa Acougo en colaboración co 061).***

En colaboración coa Fundación Pública 061:

- **Subprograma ACOUGO de traslado e internamento urxente e involuntario.**
- **Subprograma Alerta ACOUGO dirixido a pacientes con trastorno mental grave e especial risco de crise** (intervención guiada por arquivo clínico predefinido).
- **Guías de actuación:**
  - Alteracións de conduta.
  - Traslado involuntario.
  - Paciente axitado.
  - Paciente con psicose.
  - Paciente con depresión.
  - Paciente con ideación suicida.
- **Guía farmacolóxica.**

#### **5.5.4.4. Programa de saúde mental e catástrofes.**

En coordinación con **Atención Primaria, Saúde Pública e Fundación Pública 061.**

Comportaría un programa de coordinación e formación “ad hoc”.

#### **5.5.5. Programas de formación.**

##### **5.5.5.1. Programa de formación de especialistas (MIR, PIR, EIR...).**

- **MIR** de psiquiatría. Incremento do número de prazas pasando de sete a 13. Está pendente de acreditación a área de Pontevedra, acreditación que deberá promoverse ao longo do transcurso do plan.
- **PIR**. Actualmente só se ofertan catro prazas, polo que non pode establecerse este programa en cada unha das áreas. Deberían ofertarse polo menos unha praza por cada unha das sete áreas pasando de 4 a 7. Pendente de acreditación a área de Pontevedra que deberá resolverse ao longo do transcurso do plan.
- **EIR**. Estase a iniciar a implantación nalgúns comunidades autónomas. En Galicia só se ofertan dúas prazas vinculadas á Escola Universitaria de Enfermería de Vigo. No transcurso do desenvolvemento do plan debería ofertarse unha praza de EIR por cada unha das sete áreas.

##### **5.5.5.2. Programa de formación continuada.**

Deberá manterse o programa de actualización (80 horas/ano) que se está a realiza a través da Fegas.

Deberían incorporarse ao longo do transcurso do plan programas de supervisión externa (supervisión por pares-peer review)

Mantemento do día docente en cada unha das sete áreas sanitarias.





Programas monográficos adicionais sobre temas que requiran unha actualización urxente e/ou prioritaria.

O conxunto das accións de formación deberán centrarse especialmente nos procedementos e técnicas vinculados ao desenvolvemento dos programas do **Plan Estratégico de Saúde Mental**.

#### 5.5.6. Programas de investigación.

Este é un dos aspectos que requiren un esforzo de promoción máis importante, como se recolle na análise resultante da aplicación da matriz DAFO.

**As liñas de investigación** deberán ter, en xeral, un carácter aplicable á **clínica** e á asistencia e, polo tanto, centrarse nas áreas relevantes: investigación epidemiolóxica e clínica; investigación sobre calidade; investigación sobre aspectos biolóxicos, psicolóxicos e sociais; coa utilización das tecnoloxías máis idóneas en cada caso.

O desenvolvemento destas liñas requirirá a posta en marcha dos seguintes programas:

- Programa de formación en metodoloxía de investigación.
- Programa de promoción e xeración de redes asociadas de investigadores clínicos e básicos.
- Programa de colaboración coas unidades de investigación das distintas áreas sanitarias.
- Programas de investigación aplicada aos problemas máis graves, frecuentes e emerxentes de saúde mental na poboación.
- Programas de avaliación de servizos e calidade asistencial.



## 5.6. CARTEIRA DE SERVIZOS.

- En cada unha das sete grandes áreas deberán existir as prestacións que figuran no catálogo sobre ordenación de prestacións sanitarias do Sistema Nacional de Saúde.
- Especificamente concretaranse nas prestacións derivadas do desenvolvemento dos distintos programas antes sinalados.
- En todas as áreas existirán programas de atención á saúde mental de: adultos, infanto-xuvenil, psiquiatría, programas específicos (alcoholismo, dependencias sen substancia, trastornos da conduta alimentaria, ...), atención a urxencias domiciliaria e hospitalaria, hospitalización psiquiátrica, programa/unidade de intervención en crise, programa/unidade de interconsulta e enlace, hospitalización parcial (centro de día), continuidade de coidados (comunitario e a domicilio).

## 5.7. CALIDADE ASISTENCIAL.

### 5.7.1. Medidas dirixidas ao incremento da calidade clínica e asistencial.

- Entre as medidas orientadas á calidade clínica e asistencial, destacan:
  - Xestión clínica por procesos: óptase por esta modalidade para dar unha resposta, fundamentalmente á demanda derivada dende atención primaria, a través de programas que inclúan os procesos asistenciais máis prevalentes (depresión, ansiedade, trastornos por somatización).
  - Como apoio á xestión clínica por procesos potenciarase o deseño e implementación na asistencia de guías clínicas (trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos, trastornos de angustia, trastornos por dependencia de alcohol e dependencias sen substancia, risco suicida,...) e protocolos (consentimento informado, ingreso voluntario e involuntario, medidas de contención e illamento, tratamentos bioló-





xicos especiais...) referidas á atención dos trastornos máis graves e que presenten maior variabilidade na súa realización, así como a análise do seu impacto na variabilidade das prácticas clínicas respectivas.

- Entre as medidas que promoven a calidade orientada aos usuarios están:
  - Utilización de escalas-cuestionarios de calidade estandarizados para monitorizar e avaliar as melloras obtidas na calidade de vida dos pacientes.
  - Realización de enquisas de satisfacción e calidade percibida por pacientes e familiares.
  - Aplicación adaptada da **Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica** e seguimento da súa implantación efectiva na asistencia.
  - Incremento da accesibilidade.
  - Tempos de demora máxima.
- Entre as medidas que promoven a calidade orientada aos profesionais estarán:
  - A formación e actualización de coñecementos.
  - A investigación.
  - Os programas de coidados aos coidadores profesionais, así como a acollida e titoría dos profesionais sanitarios en formación.

#### 5.7.2. Medidas dirixidas a incrementar a accesibilidade aos servizos de saúde mental.

Posta en marcha do programa de telepsiquiatría, especialmente dirixido ás áreas afastadas do centro de referencia para garantir o acceso á Atención

Especializada a pacientes con trastornos psiquiátricos dende o seu centro de Atención Primaria, sen necesidade de que se despracen e reducindo así os tempos de espera.

Facilitaráselle ao paciente a opción de cambio de especialista, de acordo coas orientacións e acordos no sistema nacional de saúde.

Potenciarase a atención ambulatoria e comunitaria para a atención a pacientes e familiares.

A potenciación da coordinación con atención primaria que leva consigo a clínica xestionada por procesos, axilizandoo e mellorando así a resposta aos usuarios dos servizos.

Así mesmo, asegúranse respostas adaptadas ás necesidades asistenciais dos pacientes e ao seu ámbito familiar que influirán nos límites das demoras asistenciais.

Promoverase ordenadamente a accesibilidade non presencial (teléfono, sms, correo electrónico...).

## **5.8. AVALIACIÓN DOS SERVIZOS DE SAÚDE MENTAL**

### **5.8.1. Situación actual.**

Na actualidade a información sobre o funcionamento dos servizos ambulatorios de saúde mental é recollida de forma desigual, o que fai difícil a comparación entre distintas áreas sanitarias.

Actualmente completouse a integración normalizada de saúde mental a través do CMBD hospitalario e do SISINFO.

Está pendente a integración normalizada do sistema de información ambulatoria de saúde mental na rede do Sergas.

Para todo iso é preciso completar a informatización da rede de saúde mental.





Basicamente o sistema de avaliación estará constituído por indicadores extraídos do sistema actual de información sanitaria, ao que se engadiría o seguimento dos programas a través dos indicadores neles establecidos, así como o seguimento do desenvolvemento do **Plan Estratéxico** a través do cronograma establecido para o efecto no punto 7 deste documento.

### **5.8.2. Establecemento dun sistema formalizado de observación e seguimento en saúde mental.**

#### **5.8.2.1. Obxectivos.**

Coñecer a situación da saúde mental da poboación galega e a súa evolución a través da análise e estudo de diversas fontes de información, tanto propias como alleas, intentando abranguer o amplo conxunto de factores que inciden sobre ela.

Servir de apoio e documentación aos órganos responsables das políticas de saúde cara a formular propostas e recomendacións de actuacións fronte ás necesidades que vaian xurdindo.

#### **5.8.2.2. Funcións.**

Prioritariamente formalizarase un sistema de indicadores de estrutura, proceso e resultados que se poida utilizar como cadro de mandos autonómico da rede de saúde mental e do seu funcionamento.

- Establecer un sistema de información que recolla os distintos aspectos máis significativos dos pacientes atendidos nos distintos niveis da rede asistencial así como as actuacións realizadas sobre eles. En definitiva, estender, coas oportunas modificacións, o actual Rexistro de Casos ao conxunto dos dispositivos asistenciais da nosa Comunidade Autónoma.
- Seguir o tratamento nos medios de comunicación da nosa Comunidade Autónoma dos problemas de saúde mental e promover uns estándares científico-éticos na abordaxe destes temas na prensa.

- Elaborar unha memoria de carácter anual que, baseándose nas distintas fontes de información, achegue unha visión clara da situación actual da saúde mental da poboación.
- Difundir información relevante aos problemas de saúde mental por medio de informes e boletíns de carácter periódico entre os diversos estamentos e axencias institucionais, asociacións e profesionais.
- Promover estudos puntuais de carácter epidemiolóxico ou doutro tipo alí onde a situación o requira.
- Establecer relacións de intercambio e cooperación con outros observatorios e axencias de índole similar.
- Realizar informes dirixidos aos órganos de xestión pertinentes, cando se presenten necesidades insatisfeitas, ou deficiencias na resposta fronte a elas.
- Difundir información relevante dos problemas de saúde mental entre os diversos estamentos e axencias e os profesionais co fin de promover transparencia e comparabilidade.
- Difusión do coñecemento das novas técnicas terapéuticas baseadas na evidencia entre os distintos profesionais da rede e a súa promoción a través dos órganos competentes na formación do profesional da nosa rede asistencial.

## 5.9. PROGRAMAS DE COLABORACIÓN

Realizar programas de formación e asesoramento técnico no ámbito da saúde mental e o seu desenvolvemento organizativo e normativo.

Promover fórmulas de cooperación que permitan un intercambio de información, programas, experiencias así como o establecemento de accións comúns con:

- Outras comunidades autónomas.
- Países europeos (Programa Interreg con Portugal)
- Outros países: Latinoamérica, OPS-OMS.





# ESTIMACIÓN ORZAMENTARIA<sup>1</sup>

Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



6

---

<sup>1</sup> Reflicítense exclusivamente os incrementos de cada ano, sen ter en conta as acumulacións e consolidacións de anos anteriores.







## 6.1. CAPÍTULO I <sup>2 3</sup>

### Incremento de recursos humanos por tipoloxía profesional e dispositivo

CAPÍTULO I (incremento)	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE	O	Custo
USM	13	7	8	0	0	0		1.243.861
USMI-X	4	1	1	0	0	0		281.699
UP	7	6	7	3	0	0		945.808
UAD	1	1	1	4	0	0		243.064
HD	2	1	0	0	4	8		420.925
ECC	6	0	8	4	3	7		871.025
UHP	0	0	1	0	0	0		29.267
UHP (lc)	2	3	1	0	0	0		281.699
UHPI-X	3	1	12	1	1	12	1	858.788
UCR	3	3	0	1	2	0		389.658
UCE	0	1	0	0	0	0		50.486
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>5.616.279</b>

### Incremento de prazas MIR, PIR, EIR

CATEGORÍA (incremento)	Nº	CUSTO
MIR	6	95.990
PIR	3	47.995
EIR	5	67.993
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>211.978</b>

<sup>2</sup> Pendente de regularizar o paso a capítulo I dos oito profesionais da saúde mental que na actualidade se financian polo capítulo VI así como o custo do persoal coa categoría de psicólogo clínico.

<sup>3</sup> Custo da categoría de psicólogo clínico actualizado.



## 6.2. CAPÍTULO II

CAPÍTULO II (incremento)	Nº. Prazas	Orzamento
Pisos protexidos	74	296.000
Vivendas transición	28	112.000
Unidades residenciais	73	1.022.000
Centros de rehabilitación e reinserción psicosocial e laboral	169	422.500
Prazas residenciais	52	1.233.700
<b>TOTAL</b>		<b>3.086.200</b>

## 6.3. CAPÍTULO IV

CAPITULO IV (incremento)	Nº. Prazas	Orzamento
Prazas en comunidade terapéutica alcoholismo	40	560.000

## 6.4. CAPÍTULO VI

CAPÍTULO VI (incremento)	CHOU	CHUS	XERAL CALDE <sup>1</sup>	ORZAMENTO
INFRAESTRUTURAS				
UCR	1	1		3.487.500
UCE	1	1		3.040.000
UHP-IX		1		1.150.000
EQUIPOS PROCESOS INFORMACIÓN				101.268
<b>TOTAL</b>				<b>7.778.768</b>

(1) Adaptación do Hospital de Calde para a creación de 1 unidade de cuidados de rehabilitación psiquiátrica e 1 unidade de cuidados especiais.

## 6.5. RESUMO POR CAPÍTULOS

PLAN ESTRATÉGICO DE SAÚDE MENTAL 2006-2011							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
CAPÍTULO I	869.312	1.459.096	1.045.385	851.702	810.906	791.856	5.828.257
CAPÍTULO II	415.000	926.500	511.250	519.250	362.350	351.850	3.086.200
CAPÍTULO IV	0	280.000	70.000	70.000	70.000	70.000	560.000
CAPÍTULO VI	101.268	1.150.000	3.220.000	3.307.500			7.778.768
<b>TOTAL</b>	<b>1.385.580</b>	<b>3.311.391</b>	<b>4.846.635</b>	<b>4.748.452</b>	<b>1.243.256</b>	<b>1.213.706</b>	<b>17.253.225</b>





# CRONOGRAMA



Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011

7



## 7.1. CAPÍTULO I <sup>1</sup>

CONTRATACIÓN DE PERSOAL															
CAP. I (incremento)	2006						IMPORTE	2007						IMPORTE	
	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE		Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE		
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>869.312</b>	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>810.906</b>	
CAP. I (incremento)	2008							IMPORTE	2009					IMPORTE	
	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE	O		Psq	Psc	DUE	TS	TO		AE
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1.018.188</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>810.906</b>
CAP. I (incremento)	2010						IMPORTE	2011					IMPORTE		
	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE		Psq	Psc	DUE	TS	TO		AE	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>810.906</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>791.856</b>	

	2006		2007		2008		2009	
	Prazas	Importe	Prazas	Importe	Prazas	Importe	Prazas	Importe
MIR	0	0	6	95.990	0	0	0	0
PIR	0	0	3	47.995	0	0	0	0
EIR	0	0	0	0	2	27.197	3	40.796
<b>Total</b>		<b>0</b>		<b>143.985</b>		<b>27.197</b>		<b>40.796</b>

<sup>1</sup> Reflicte exclusivamente os incrementos de cada ano, sen ter en conta as acumulacións e consolidacións de anos anteriores. A causa da acumulación das prazas creadas no 2006 engádense outros 504.205 euros.





## 7.2. CAPÍTULO II

CAP. II	2006		2007		2008	
	Prazas	Importe	Prazas	Importe	Prazas	Importe
Pisos protexidos	5	20.000	12	48.000	15	60.000
Viviendas transición	0		6	24.000	6	24000
Unidades residenciais	15	210.000	20	280.000	10	140.000
Centros de rehabilitación e inserción psicosocial e laboral	74	185.000	40	100.000	20	50.000
Prazas residenciais	0	0	20	474.500	10	237.250
<b>TOTAL</b>		<b>415.000</b>		<b>926.500</b>		<b>511.250</b>

CAP. II	2009		2010		2011	
	Prazas	Importe	Prazas	Importe	Prazas	Importe
Pisos protexidos	22	88.000	10	40.000	10	40.000
Viviendas transición	6	24.000	6	24.000	4	16.000
Unidades residenciais	10	140.000	9	126.000	9	126.000
Centros de rehabilitación e inserción psicosocial e laboral	12	30.000	12	30.000	11	27.500
Prazas residenciais	10	237.250	6	142.350	6	142.350
<b>TOTAL</b>		<b>519.250</b>		<b>362.350</b>		<b>351.850</b>



### 7.3. CAPÍTULO IV

CAP. IV	2006		2007		2008	
	Prazas	Importe	Prazas	Importe	Prazas	Importe
Prazas en comunidade Terapéutica alcoholismo	0	0	20	280.000	5	70.000

CAP. IV	2009		2010		2011	
	Prazas	Importe	Prazas	Importe	Prazas	Importe
Prazas en comunidade Terapéutica alcoholismo	5	70.000	5	70.000	5	70.000

### 7.4. CAPÍTULO VI

INFRAESTRUTURAS	2006	2007	2008	2009
UCR CHOU (36 camas)			1.700.000	
UCR CHUS (40 camas)				1.787.500
UCE CHOU (26 camas)			1.520.000	
UCE CHUS (26 camas)				1.520.000
UHP-IX CHUS (20 camas)		1.150.000		
Equipos procesos información	101.268			
<b>TOTAL</b>	<b>101.268</b>	<b>1.150.000</b>	<b>3.220.000</b>	<b>3.307.500</b>





## 7.5. CUSTO TOTAL ACUMULADO PLAN ESTRATÉXICO DE SAÚDE MENTAL 2006-2011

Capítulo	2006		2007		2008	
	anualidade	incremento	anualidade	incremento	anualidade	incremento
Cap. I	869.312	869.312	2.328.408	1.459.096	3.373.793	1.045.385
Cap. II	415.000	415.000	1.341.500	926.500	1.852.750	511.250
Cap. IV	0	0	280.000	280.000	350.000	70.000
Cap. VI	101.268	101.268	1.150.000	1.150.000	3.220.000	3.220.000
<b>TOTAL</b>	<b>1.385.580</b>	<b>1.385.580</b>	<b>5.099.908</b>	<b>3.815.596</b>	<b>8.796.543</b>	<b>4.846.635</b>

Capítulo	2009		2010		2011	
	anualidade	incremento	anualidade	incremento	anualidade	incremento
Cap. I	4.225.495	851.702	5.036.401	810.906	5.828.257	791.856
Cap. II	2.372.000	519.250	2.734.350	362.350	3.086.200	351.850
Cap. IV	420.000	70.000	490.000	70.000	560.000	70.000
Cap. VI	3.307.500	3.307.500				
<b>TOTAL</b>	<b>10.324.995</b>	<b>4.748.452</b>	<b>8.260.751</b>	<b>1.243.256</b>	<b>9.474.457</b>	<b>1.213.706</b>

(\*) Non se inclúen incrementos retributivos ou actualizacións de prezos

Acumulado 06	Acumulado 06-07	Acumulado 06-08	Acumulado 06-09	Acumulado 06-10	Acumulado 06-11
1.385.580	6.485.488	15.282.031	25.607.026	33.867.777	43.342.234

## LENDAS

### DISPOSITIVOS

USM	Unidade de saúde mental
USM-IX	Unidade de saúde mental infanto-xuvenil
UP	Unidade de psioxeriatría
UAD	Unidade de alcoholismo e outras dependencias
HD	Hospital de día
ECC	Equipo de continuidade de coidados
UHP	Unidade de hospitalización psiquiátrica
UHP (Ic)	Unidade de hospitalización psiquiátrica (interconsulta)
UHP-IX	Unidade de hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil
UCR	Unidade de coidados de rehabilitación
UCE	Unidade de coidados especiais
UCRES	Unidade de coidados residenciais
CRPL	Centro de rehabilitación psicosocial e laboral

### PERSOAL

Psq	Psiquiatra
Psc	Psicólogo clínico
DUE	Diplomado universitario en enfermería
TS	Traballador social
TO	Terapeuta ocupacional
AE	Auxiliar de enfermería
O	Outro





# ANEXO I



Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



## DECLARACIÓN EUROPEA DE SAÚDE MENTAL

### PREÁMBULO

1. Nós, os ministros de Sanidade dos Estados membros na Rexión Europea da OMS, en presenza do Comisionado Europeo para a Saúde e a Protección do Consumidor, xunto co director rexional da OMS para Europa, reunidos na Conferencia Ministerial da OMS para a Saúde Mental, que tivo lugar en Helsinki do 12 ao 15 de xaneiro de 2005, recoñecemos que a saúde mental e o benestar mental son fundamentais para a calidade de vida e a produtividade das persoas, das familias, da comunidade e das nacións, permitindo as desenvolver unha vida plena e ser cidadáns activos e creativos. Cremos que o principal obxectivo en materia de saúde mental é mellorar o benestar das persoas, incidindo nas súas capacidades e recursos, reforzando a súa resiliencia e aumentando os factores externos de protección.
2. Recoñecemos que a promoción da saúde mental e a prevención, tratamento, coitado e rehabilitación dos problemas de saúde mental son unha prioridade para a OMS e os seus Estados membros, para a Unión Europea e para o Consello de Europa, como queda reflectido nas resolucións da Asemblea Mundial da Saúde e do Comité Executivo da OMS, do Comité Rexional da OMS para Europa e do Consello da Unión Europea. Estas resolucións instan os Estados membros, a OMS, a Unión Europea e o Consello de Europa a emprender accións para aliviar a carga dos problemas de saúde mental e a mellorar o benestar mental.
3. Recordamos o noso compromiso coa resolución EUR/RC51/R5 da Declaración de Atenas sobre saúde mental, desastres cometidos polo home, estigmas e atención comunitaria, e coa resolución EUR/RC53/R4, adoptada polo Comité Rexional da OMS para Europa en setembro de 2003, onde se expresou a preocupación ante o feito de que a carga por enfermidade derivada dos trastornos mentais en Europa non están diminuindo, e que moitas persoas con problemas de saúde mental en Europa non reciben a atención e o tratamento que necesitan, a pesar do desenvolvemento de accións afectivas.





O Comité Rexional requiriu o director rexional para:

- Conferir alta prioridade aos temas de saúde mental cando se desenvolvan actividades relacionadas coa actualización da política de “saúde para todos”.
- Organizar en Helsinki unha Conferencia Ministerial en Saúde Mental en Europa en xaneiro.

4. Recordamos as resolucións que apoian un programa de acción en materia de saúde mental. A resolución EB109.R8, adoptada polo Comité Executivo da OMS en xaneiro de 2002, apoiada pola resolución WH A 55.10 de maio de 2002, da Asemblea Mundial da Saúde, apoian un programa de acción en saúde mental e fan un chamamento aos Estados membros da OMS coa finalidade de que:

- Adopten as recomendacións contidas no Informe Mundial da Saúde 2001.
- Establezan políticas para a saúde mental, programas e lexislación baseados no coñecemento actual e as consideracións relativas aos dereitos humanos con participación de todos os axentes implicados en saúde mental.
- Aumenten o investimento en saúde mental tanto nos propios países como no ámbito da cooperación bilateral e multilateral, como compoñentes integrantes do benestar da poboación.

5. Tanto as resolucións do Consello da Unión Europea como as recomendacións do Consello de Europa e as resolucións da OMS, que arrincan do ano 1975, recoñecen o papel fundamental da promoción da saúde mental e a marxina- ción social, desemprego, poboación sen fogar e trastornos por consumo de alcohol e outras substancias. Aceptamos a importancia das previsións da Convención para a Protección dos Dereitos Humanos e as Liberdades Fundamentais, da Convención dos Dereitos do Neno, da Convención europea para a prevención da tortura e o trato o castigo inhumano e degradante e a da Carta Social Europea, así como o compromiso do Consello de Europa para a protección e a promoción da saúde mental, que foi desenvolvido a través da



Declaración da Conferencia Ministerial sobre Saúde Mental do Futuro (Estocolmo, 1985), e doutras recomendacións adoptadas neste mesmo campo, en especial a Recomendación R(90) 22, sobre protección da saúde mental de certos grupos sociais vulnerables, e a Recomendación Rec (2004) 10, sobre a protección dos dereitos humanos e a dignidade das persoas con trastornos mentais.

## ÁMBITO

6. Somos conscientes de que moitos aspectos da política sobre saúde mental están experimentando unha transformación na Rexión Europea. Esta política e os seus correspondentes servizos fan un esforzo para lograr a inclusión social e a igualdade, adoptando unha visión integral do balance entre as necesidades e os beneficios das actividades de saúde mental dirixidas á poboación en xeral, aos grupos de risco e ás persoas con problemas de saúde mental. Os servizos préstanse nun amplo rango de marcos ou escenarios comunitarios e non exclusivamente en institucións grandes e illadas. Cremos que esta é a dirección axeitada e necesaria que debemos seguir. Aamosamos a nosa satisfacción polo actual alcance da atención á saúde mental, que abarca:
  - I. A promoción do benestar mental.
  - II. A eliminación dos estigmas, da discriminación e da exclusión social.
  - III. A prevención dos problemas de saúde mental.
  - IV. A atención ás persoas con problemas de saúde mental, proporcionando servizos e intervencións integrais e efectivas e ofrecendo aos usuarios dos servizos e aos cuidadores posibilidades de elección e de implicación.
  - V. A recuperación e inclusión na sociedade de quen sufriu problemas graves de saúde mental.





## PRIORIDADES

7. É preciso adoptar programas de reforma e modernización na Rexión Europea da OMS; aprender das nosas experiencias compartidas e ser conscientes das específicas características que presenta cada país. Cremos que as prioridades principais para a vindeira década son:
  - I. Concienciar da importancia do benestar mental.
  - II. Rexeitar colectivamente os estigmas, a discriminación e a desigualdade, capacitando e apoiando as persoas con problemas de saúde mental, e as súas familias para a súa activa implicación en todo este proceso.
  - III. Diseñar e establecer sistemas de saúde mental integrais, integrados e eficientes que cubran a promoción, prevención, tratamento e rehabilitación, asistencia e recuperación.
  - IV. Establecer a necesidade de profesionais competentes, nas áreas citadas.
  - V. Recoñecer a experiencia e coñecemento dos usuarios dos servizos e dos seus cuidadores, como base importante para a planificación e o desenvolvemento de servizos de saúde mental.

## ACCIÓNS

8. Asumimos o feito de que non hai saúde sen saúde mental. A saúde mental é fundamental para o capital humano social e económico das nacións, polo que será considerada como parte integrante e esencial doutras políticas públicas, tales como as relativas a dereitos humanos, asistencia social, educación e emprego. Polo tanto, nós, os ministros responsables da saúde, comprometémonos, sempre suxeitos ás responsabilidades e estruturas constitucionais nacionais, a recoñecer a necesidade da adopción nos nosos países de políticas integrais de saúde mental baseadas na evidencia, así como a establecer os medios e mecanismos para o seu desenvolvemento, implementación e reforza-

mento. Estas políticas, dirixidas a acadar o benestar mental e a inclusión social de persoas con problemas de saúde mental, requiren accións nas seguintes áreas:

- I. Promover o benestar mental da poboación no seu conxunto, a través de medidas dirixidas a concienciar e favorecer un cambio positivo nos individuos e nas súas familias, na comunidade e na sociedade civil, nos contornos educativos e laborais e nos gobernos e axencias nacionais.
- II. Considerar o potencial impacto que as políticas públicas poidan ter sobre a saúde mental, prestando especial atención aos grupos vulnerables, amosando a importancia que ten a saúde mental na construción dunha sociedade saudable e produtiva.
- III. Eliminar os estigmas e a discriminación, garantir a protección dos dereitos humanos e a dignidade das persoas e adoptar a lexislación necesaria que posibilite a capacitación destas ante situacións de risco ou cando padezan problemas de saúde mental ou discapacidade, coa finalidade de acadar a súa plena participación na sociedade en condicións de igualdade.
- IV. Ofrecer apoio e intervencións específicas para cada etapa da vida das persoas en situación de risco, en particular para o coidado e a educación dos nenos, os mozos e os anciáns.
- V. Desenvolver e establecer medidas para reducir as causas previstas de enfermidade mental, a súa comorbilidade asociada ao suicidio.
- VI. Aumentar a capacitación e habilidade dos médicos xerais e servizos de atención primaria, a súa interrelación coa atención especializada, tanto médica como non médica, para ofrecer acceso efectivo, diagnóstico e tratamento ás persoas con problemas de saúde mental.
- VII. Ofrecer unha atención eficaz e integral ás persoas con problemas graves de saúde mental, así como un tratamento que teñan en conta as súas preferencias persoais e as protexa de posibles abusos e negligencias.





- VIII. Establecer alianzas e medidas de coordinación nas rexións, países, sectores e axencias sobre saúde mental e inclusión social dos individuos, as familias, os grupos e a comunidade.
  - IX. Diseñar programas de selección e formación de profesionais que permitan contar con profesionais multidisciplinares suficientemente capacitados.
  - X. Avaliar a situación da saúde mental e as necesidades da poboación, de maneira que se posibilite a análise comparada nacional e internacional.
  - XI. Proporcionar recursos financeiros suficientes para a consecución destes obxectivos.
  - XII. Investigar e apoiar a avaliación e difusión das accións anteriormente citadas.
9. Recoñecemos a importancia e a urxencia de afrontar os restos actuais e ofrecer solucións baseadas na evidencia. Por iso, aprobamos o Plan de Acción de Saúde Mental para Europa e apoiamos o seu desenvolvemento na Rexión Europea da OMS, coas adaptacións que cada país considere preciso realizar en función das súas propias necesidades e recursos. Igualmente asumimos neste ámbito de actuación o principio de solidariedade na rexión e comprometémonos a compartir o coñecemento, a experiencia e as boas prácticas.

## RESPONSABILIDADES

10. Nós, os ministros de Sanidade dos Estados membros da Rexión europea da OMS, comprometémonos a apoiar o establecemento das medidas que se indican a seguir, que serán adoptadas de acordo coas políticas e estruturas constitucionais de cada país e as necesidades nacionais e subnacionais existentes:
- I. Adoptar políticas de saúde mental e medidas legislativas que recollan estándares para as actividades de saúde mental e o fomento dos dereitos humanos.

- II. Coordinar a responsabilidade na formulación, divulgación e implementación de políticas e normas legislativas en materia de saúde mental dos respectivos gobernos.
- III. Valorar o impacto das accións do Goberno na saúde mental.
- IV. Eliminar os estigmas e a discriminación e fomentar a inclusión social, a través dunha maior concienciación da sociedade e da capacitación das persoas en situación de risco.
- V. Ofrecer ás persoas con problemas de saúde mental a posibilidade de elección e de implicación no seu autocoidado, sendo sensibles ás súas necesidades e á súa cultura.
- VI. Revisar e, en caso necesario, adoptar medidas legislativas que favorezan á igualdade de oportunidades e eliminen a discriminación.
- VII. Promover a saúde mental na escola e no traballo, así como na comunidade e outros escenarios relevantes, mediante o incremento da colaboración entre as axencias responsables da saúde e doutros sectores de interese.
- VIII. Previr os distintos factores de risco que poidan existir, como o desenvolvemento de contornos laborais que favorezan a saúde mental, establecendo incentivos que faciliten a máis temperá reincorporación ao traballo dos que se recuperaron de enfermidades mentais, entre outros supostos posibles.
- IX. Abordar a prevención do suicidio e das causas de estrés, violencia, ansiedade, alcoholismo e trastornos debidos ao consumo doutras substancias.
- X. Recoñecer e reforzar o papel central que desempeñan a atención primaria e os médicos xerais, reforzando a súa capacidade en materia de saúde mental.
- XI. Desenvolver servizos comunitarios que substitúan a atención institucionalizada do que padeza problemas graves de saúde mental.





- XII.** Adoptar medidas que poñan fin aos tratos inhumanos ou degradantes.
  - XIII.** Promover a colaboración entre axencias responsables da prestación de asistencia e apoio, como as relativas á sanidade, prestacións sociais, vivenda, educación e emprego.
  - XIV.** Incluír a saúde mental no currículo de todos os profesionais da saúde e deseñar programas de formación continuada para os que desenvolvan a súa actividade no ámbito da saúde mental.
  - XV.** Promover o desenvolvemento de expertos especializados en saúde mental, para a atención ás necesidades específicas de grupos tales como nenos, mozos, anciáns e persoas con problemas de saúde mental graves e crónicos.
  - XVI.** Proporcionar recursos suficientes para a atención á saúde mental, tendo en conta a carga de enfermidade, dedicándolle unha parte identificable dos gastos sanitarios xerais, a fin de que o nivel de investimento neste ámbito se equipare ao acadado noutras áreas de atención.
  - XVII.** Desenvolver sistemas de vixilancia do benestar mental dos cidadáns e dos problemas mentais que os afectan, incluíndo factores de risco e condutas para a busca de axuda, monitorizando o seu establecemento.
  - XVIII.** Detectar posibles insuficiencias tecnolóxicas ou de coñecemento, difundindo os resultados.
- 11.** Apoiaremos as organizacións non gobernamentais que traballen no campo da saúde mental e estimularemos a súa creación, o mesmo que a das organizacións de usuarios. Serán especialmente recibidas as organizacións que actúan nos seguintes ámbitos:
- I.** Organizacións de usuarios comprometidos no desenvolvemento das súas propias actividades, incluíndo a posta en marcha e funcionamento de grupos de autoaxuda e recuperación.
  - II.** Asesoramento e apoio a persoas vulnerables e marxinadas.

- III. Provisión de servizos comunitarios con implicación dos usuarios.
  - IV. Desenvolvemento de habilidades asistenciais para os familiares e coidadores e a activa implicación destes en programas de atención.
  - V. Establecemento de pautas para a mellora da educación e tolerancia, a loita contra os trastornos debidos ao consumo de alcohol e outras substancias, a violencia e o crime.
  - VI. Desenvolvemento de servizos locais que se axusten ás necesidades dos grupos marxidados.
  - VII. Posta en funcionamento de mecanismos de axuda e asesoramento vía a internet para persoas en situación de crise, que sufran violencia ou estean en perigo de suicidio.
  - VIII. Creación de oportunidades de emprego para persoas discapacitadas.
12. Solicitamos o apoio e a implementación por parte da Comisión Europea e do Consello de Europa, no ámbito das súas respectivas competencias, desta Declaración da OMS sobre saúde mental para Europa.
13. Requirimos que o director rexional da OMS en Europa emprenda accións nas seguintes áreas:
- A Relacións de colaboración.
    - I. Fomentar a cooperación na área de saúde mental entre as organizacións intergubernamentais, incluídas a Comisión Europea e o Consello de Europa.
  - B Información sanitaria.
    - I. Apoiar os Estados membros no desenvolvemento da vixilancia en materia de saúde mental.
    - II. Efectuar análises comparadas sobre a evolución da saúde mental e dos servizos de saúde mental nos Estados Membros.





- C** Investigación.
  - I.** Establecer unha rede de centros de saúde mental que colaboren entre eles e posibiliten o intercambio de investigadores.
  - II.** Producir e divulgar as boas prácticas, tendo en conta os aspectos éticos en materia de saúde mental.
- D** Desenvolvemento de políticas e servizos.
  - I.** Apoiar os gobernos proporcionándolles os medios axeitados para levar a cabo a reforma da saúde mental, a través de políticas efectivas que inclúan medidas legislativas, planificación de servizos, promoción da saúde mental e prevención de problemas de saúde mental.
  - II.** Ofrecer axuda para a implantación de programas para a formación de formadores.
  - III.** Emprender modelos de intercambio para a innovación.
  - IV.** Axudar na formulación de políticas de investigación.
  - V.** Fomentar un cambio nos axentes mediante a implantación dunha rede estratéxica de empregados públicos e de líderes para a reforma.
- E** Asesoramento.
  - I.** Informar e monitorizar as políticas e actividades que promovan os dereitos humanos e a inclusión das persoas con problemas de saúde mental e que eliminan o estigma e a discriminación cara a eles.
  - II.** Capacitar os usuarios, coidadores e organizacións non gobernamentais, facilitándolles información e coordinando actividades nos diferentes países.
  - III.** Apoiar os Estados membros no desenvolvemento dunha base de información que permita a capacitación dos usuarios dos servizos de saúde mental.



- IV. Facilitar o intercambio internacional de experiencias a través de organizacións non gobernamentais clave, locais e rexionais.
  - V. Proporcionar información obxectiva e construtiva aos medios de comunicación, ás organizacións non gobernamentais e aos grupos e cidadáns interesados.
14. Pedimos á Oficina Rexional da OMS para Europa que dea os pasos necesarios para garantir que o desenvolvemento e o establecemento da política de saúde mental sexan totalmente apoiados e que as actividades e programas de saúde mental reciban a prioridade e os recursos axeitados que permitan o cumprimento dos requisitos desta declaración.
15. Nós comprometémonos a informar a OMS sobre a evolución da aplicación desta declaración nos nosos países, nunha reunión intergubernamental que terá lugar antes de 2010.





# RELACIÓN DE GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO



9

Plan Estratégico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



## RELACIÓN DE GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO

### Adolescentes

D. Francisco Díaz Sánchez  
D. Manuel Fernández Blanco  
D. José Luis Iglesias Diz  
D<sup>a</sup> Belen Martínez Alonso  
D. José A. Mazaira Castro  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Rosa Moure Moure  
D<sup>a</sup>. Isabel Roca Valcarcel

### Alcoholismo

D<sup>a</sup> Ana M<sup>a</sup> Caaveiro García  
D<sup>a</sup> Mercedes Castro Bal  
D. Braulio del Palacio López  
D. Gerardo Flórez Menéndez  
D. Alfonso García Carballal  
D<sup>a</sup> Katy Gómez Ben  
D<sup>a</sup> Carmen Guimerans  
D<sup>a</sup> Angeles Lorenzo Lago  
D. Luis Nogueiras Fernández  
D<sup>a</sup> Lucía Pérez Rey

### Continuidade de coidados

D<sup>a</sup> Beatriz Álvarez de Lis  
D<sup>a</sup>. Isabel Cabanas Ganoso  
D<sup>a</sup> Carmen Couto Mouriño  
D<sup>a</sup> Sara Covadonga Granda Mariño  
D<sup>a</sup> Dolores Crespo Nalgo  
D<sup>a</sup> Manuela Currás Castiñeiras  
D<sup>a</sup>. Isolina Estevez Durán  
D<sup>a</sup> Esperanza Fernández Fernández  
D<sup>a</sup>. Consuelo Freije Castro  
D<sup>a</sup> Carmen M<sup>a</sup> Guitián Martíns  
D<sup>a</sup> Angeles Molinos Louro  
D<sup>a</sup> Paz Morais Carballo  
D<sup>a</sup> Margarita Osorio Prol  
D<sup>a</sup> Angeles Pérez Barcia  
D<sup>a</sup>. Paz Rico Sainz de la Maza  
D<sup>a</sup> Esperanza Sánchez Vázquez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Suarez Sueiro  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Luisa Tuñas Dugnol  
D<sup>a</sup>. Ana Vide Chaos





## Docencia

D. Jesus Alberdi Sudupe  
D. Jorge A. Barbado Alonso  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Consuelo Carballal Balsa  
D<sup>a</sup> Mercedes Castro Bal  
D<sup>a</sup>. Sara Covadonga Granda Mariño  
D<sup>a</sup>. Mónica Ferreira Rodríguez  
D. Miguel Anxo García Álvarez  
D<sup>a</sup>. Carmen García Mahía  
D. Ignacio Gómez Reino  
D<sup>a</sup>. Amparo González García  
D. Manuel Lado Romero  
D. Santiago Lago Canzobre  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Martínez Sánchez  
D. Gonzalo Martínez Sande  
D. Vicente Merino Garrido  
D. Francisco Moreno Tovar  
D. José Manuel Olivares Díez  
D<sup>a</sup> Gloria Reboreda Morillo  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Victoria Rodríguez García  
D. Antonio Rodríguez López  
D<sup>a</sup>. Julia Amalia Rodríguez Suarez  
D. Jorge Valladares Vaquero  
D. Luis Vila Pillado

## Enfermería

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Pilar Ares Rodríguez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Consuelo Carballal Balsa  
D<sup>a</sup> Rosa Díaz Beloso  
D<sup>a</sup> Susana García-Luengo Alvarez  
D. Antón Gavela  
D<sup>a</sup> Amparo González García  
D<sup>a</sup>. Ana Raquel González González  
D. Avelino Martínez Mareque  
D<sup>a</sup> Angeles Martínez-Risco Daviña  
D<sup>a</sup>. Ángeles Paz  
D<sup>a</sup> Margarita Pena Puentes  
D<sup>a</sup> Josefa Pérez Martínez  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Tilve  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Quintela Silva  
D<sup>a</sup> Charo Sanmartín Márquez  
D<sup>a</sup> Rosa Varela López  
D<sup>a</sup> Pilar Vázquez Fouce  
D<sup>a</sup> María A. Verdes Villanueva  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Vicente Vázquez

## Ética e saúde mental

D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup>. Amparo González García  
D. Rogelio Pérez Varela  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Ramil Fraga  
D. David Simón Lorda  
D. Eduardo Varela Puga

## Guías clínicas

D. Jesús Alberdi Sudupe  
D. Manuel Castro Bouzas  
D. Carlos Castro Dono  
D. Jesús Combarro Mato  
D. Ernesto Ferrer Gómez del Valle  
D. Gerardo Flórez Menéndez  
D. Arturo Louro González  
D<sup>a</sup>. Avelina Pérez Bravo

## Hospitalización psiquiátrica

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Acuña Gallego  
D. Tiburcio Angosto Saura  
D. Carlos González Borrás  
D. Guillermo Iglesias Lorenzo  
D<sup>a</sup>. Marta Rodríguez Álvarez  
D<sup>a</sup>. Carmen Rodríguez del Toro  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Rivas Seoane  
D. Mario Páramo Fernández  
D. Manuel Serrano Vázquez  
D<sup>a</sup>. Purificación Sevilla Formariz  
D. Víctor Pedreira Crespo  
D. Luis Vila Pillado

## Infantil

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Alonso Antoraz  
D. Alberte Araújo Vilar  
D<sup>a</sup> Cristina Casal Pena  
D. Arturo Delgado Serrano  
D<sup>a</sup> María Esther Díaz Rodríguez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos  
D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup> Pilar García Cortazar  
D. José Ramón López Vázquez  
D<sup>a</sup> Belen Martínez Alonso  
D. Jose A. Mazaira Castro  
D. Federico Menendez Osorio  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Rosa Moure Moure  
D<sup>a</sup>. Consuelo Nogueira Enciso  
D. Ramiro Tato Fontaína

## Interconsulta

D. Jose Maria Blanco Lobeiras  
D<sup>a</sup>. Celia Canedo Magariños  
D. José Manuel Cornes Iglesias  
D. Carlos Delgado Calvete  
D<sup>a</sup>. Irene Esperón Rodríguez  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús García Álvarez  
D. Ignacio Gómez-Reino Rodríguez  
D. Fernando Iglesias Gil de Bernabé  
D. Antonio Nuñez Pérez  
D<sup>a</sup> Teresa Reijas Ruiz  
D. Santiago Parada Nieto





## Investigación

D. Tiburcio Angosto Saura  
D. Ramón Area  
D. José Blanco Lobeiras  
D<sup>a</sup> Celia Canedo  
D. Carlos Castro Dono  
D<sup>a</sup> Carmen del Toro Rodríguez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos  
D. Luis Ferrer I Balsebre  
D. Gerardo Florez Menéndez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús García Álvarez  
D. Alexandre García Caballero  
D. Carlos González Borrás  
D. Santiago Lago Canzobre  
D<sup>a</sup> Berta López Fernández  
D<sup>a</sup> Angeles Lorenzo  
D. Raimundo Mateos  
D. Antonio Núñez Pérez  
D. Victor Pedreira Crespo  
D<sup>a</sup> Avelina Pérez Bravo  
D. Javier Rodríguez Navarrete  
D<sup>a</sup> Isabel Salazar Bernard  
D. Manuel Serrano Vazquez  
D<sup>a</sup> Angela Torres

## Menores

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos  
D<sup>a</sup> Concepción García Sanchez  
D<sup>a</sup> Angeles González Castiñeiras  
D<sup>a</sup> Sagrario González Parra  
D. José Graña Carrodegas  
D<sup>a</sup> Belen Martínez Alonso  
D. Federico Menéndez Osorio  
D<sup>a</sup>. Rosa Moure Moure  
D<sup>a</sup>. Consuelo Nogueira Enciso  
D. Antonio Rivas Menéndez  
D. Jesús Spínola Conde  
D. Jose Manuel Teijeiro Bello

## Prevención de alcoholismo

D<sup>a</sup>. Sandra Álvarez González  
D<sup>a</sup>. Ana María Caaveiro García  
D<sup>a</sup>. Mercedes Castro Bal  
D<sup>a</sup>. Mercedes Domingo  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Fernández Eire  
D. Gerardo Flórez Menéndez  
D<sup>a</sup>. Berta Gómez Ben  
D<sup>a</sup>. Carmen Guimeráns Freijeiro  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Rosario Ingunza Rajo  
D. Manuel Lage Muiño  
D. Luis Nogueiras Fernández  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Belén Pardo Rios

## Psicogeriatría

D<sup>a</sup>. Cristina Casal Pena  
D. Carlos Fernández Salido  
D. José María Lomba Borrajo  
D. Raimundo Mateos  
D<sup>a</sup>. Águeda Rojo Pantoja  
D<sup>a</sup>. Blanca Santos Miguélez  
D. Oscar Taboada Díaz

## Rehabilitación

D. Jesús Cubillo Sánchez  
D<sup>a</sup>. Manuela Gil Vázquez  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Gómez Rodríguez  
D José Manuel Lado Romero  
D<sup>a</sup>. Ana López Crecente  
D. Antonio Núñez Pérez  
D. Eduardo Paz  
D<sup>a</sup>. Paloma Rodríguez Español  
D. Jorge Seoane Prado  
D. M<sup>a</sup> José Veiga Candán  
D<sup>a</sup>. María Victoria Rodríguez García



## Traballo social

D<sup>a</sup>. Ana Bueno  
D<sup>a</sup>. Mercedes Bugallo Varela  
D. Juan Tomé Corredoira Corras  
D<sup>a</sup>. Elena Fernández Criado  
D<sup>a</sup>. Maite González Barba  
D<sup>a</sup>. Marisa Miguel García  
D<sup>a</sup>. Carmen Movilla Yáñez  
D<sup>a</sup>. Emilia Pérez Martín  
D<sup>a</sup>. Paloma Rodríguez Español  
D<sup>a</sup>. Felisa Seoane Brea  
D<sup>a</sup>. María José Traba  
D<sup>a</sup>. Berta Valenzuela Senn  
D<sup>a</sup>. Maika Viz Otero

## Saúde mental en desastres

D. Rosendo Bugarín Gonzalez  
D<sup>a</sup> María Caamaño Martinez  
D. Miguel Anxo García Álvarez  
D. Xurxo Hervada Vidal  
D. Fernando Márquez Gallego  
D. Gonzalo Martínez Sande  
D. Javier Ventosa Rial

## Técnicas e intervención grupais

D. Carlos Álvarez García  
D. Rafael Fernández Martínez  
D. Jose Manuel García de La Villa  
D. Jesús Pérez Hornero  
D. Victor Torrado Oubiña

## Trastornos da alimentación

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Acuña Gallego  
D. Felipe Casanueva  
D. Luis Ferrer i Balsebre  
D<sup>a</sup>. Estrella González Gómez  
D<sup>a</sup>. Isabel González Lado  
D. José Luis Iglesias Diz  
D. José Alfredo Mazaira Castro  
D. Federico Menéndez Osorio  
D<sup>a</sup>. Nieves Pastor Benavent  
D<sup>a</sup>. Carmen Rodríguez del Toro  
D<sup>a</sup>. Carmen Rodríguez Domínguez

## Urxencias e intervención en crisis

D. Tiburcio Angosto Saura  
D<sup>a</sup>. Marisol Caamaño Arcos  
D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Carmen García Mahía  
D. Ignacio Gómez-Reino Rodríguez  
D. Andres González García  
D<sup>a</sup>. Fernanda López Crecente  
D. Domingo Miguel Arias





## Unidades de saúde mental

D. Santiago Agra Romero  
D. Julio Brenlla González  
D. Rosendo Bugarín González  
D<sup>a</sup>. Carmen Conde Diaz  
D<sup>a</sup> Carmen Durán Santos  
D. Manuel Espiñeira Álvarez  
D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup> Carmen Fernández Merino  
D. Jose Manuel García de la Villa  
D. Santiago Lago Canzobre  
D. José Luis Rodríguez Arias

## Terapeutas ocupacionais

D. Jorge Juan Barreiro Fernández  
D<sup>a</sup>. María Calvo Leira  
D<sup>a</sup>. Nuria García Gonzalo  
D<sup>a</sup>. Berta Lorenzo Pazos  
D<sup>a</sup>. Lucía Rodríguez Fernández  
D. Miguel Angel Talavera Valverde

## Comisión asesora de saúde mental

(Orden 2 de outubro de 1996 pola que se modifica á do 12 de novembro de 1986, que crea a Comisión Asesora en Materia de Saúde Mental)

D. Tiburcio Angosto Saura  
D. Adolfo Bobadilla Pardos  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Dolores Domínguez Santos  
D. Miguel Anxo García Álvarez  
D. Emilio González  
D. José Manuel Lado Romero  
D. Fernando Márquez Gallego  
D. Federico Menéndez Osorio  
D. Arturo Rey Rodríguez  
D. Antonio Rodríguez López  
D<sup>a</sup>. Purificación Sevilla Formariz  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Sol López Ares  
D. Alejandro Torres Carbajo  
D. Ignacio Tortajada Bonaselt  
Comisionado do Plan de Galicia Sobre Drogas  
Director Xeral de Servizos Sociais  
Ilma. Subdirectora Xeral do Programa de Atención Sociosanitaria  
Xefe do Servizo de Saúde Mental, Docencia e Investigación en Atención Especializada

## Coordinadores de saúde mental

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Acuña Gallego  
D. Luis Ferrer I Balsebre  
D. Santiago Lamas Crego  
D. Fernando Márquez Gallego  
D. Antonio Núñez Pérez  
D. F. Javier Pérez Montoto  
D. Arturo Rey Rodríguez  
D. Antonio Rodríguez López  
D. Luis Vila Pillado

## Entidades que aportaron alegaciones e propostas

- Asociación Galega de Psiquiatría
- Asociación Galega de Saúde Mental
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Galicia (FARGA)
- Federación de Asociacións de Familiares de Enfermos Mentais (FEAFES)
- Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer (FAGAL)







# Plan Estratégico de Salud Mental Galicia 2006-2011

XUNTA DE GALICIA



## PRESENTACIÓN

El siglo que comienza, y que inaugura un nuevo milenio, no pudo hacerlo de un modo más esperanzador para la causa de la salud mental.

En efecto, al *“Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”* de la OMS, siguió la propuesta de *“Declaración de salud mental para Europa OMS: enfrentándose a los desafíos, construyendo soluciones”*, cuyo plan de acción fue ratificado en enero de 2005 en la Conferencia de Helsinki por los ministros de Sanidad de los Estados miembros de la Región Europea de la OMS.

En estos documentos, la OMS insta a los gobiernos a definir políticas que protejan y mejoren la salud mental de la población. No se trata, tan sólo, de desarrollar mejores servicios para atender a los problemas de salud mental de los ciudadanos, sino -y sobre todo- de promover los cambios legislativos y las políticas intersectoriales necesarias para mejorar el bienestar del conjunto de la población, prevenir los problemas de salud mental y favorecer la inclusión social y el funcionamiento de las personas con este tipo de problemas.

Por su parte, la Comisión Europea, en respuesta a una petición expresa formulada en la Conferencia de Helsinki, elaboró y presentó a finales de 2005 el *Libro verde sobre salud mental* que pretende servir de base para establecer un profundo debate con las instituciones europeas, los gobiernos, los profesionales de la sanidad, la sociedad civil y la comunidad investigadora sobre la importancia de la salud mental para la Unión Europea.

La mejora de la atención a la salud mental en España constituye, también, un objetivo estratégico para el Ministerio de Sanidad y Consumo. Fruto de este interés y compromiso fue la elaboración, en colaboración con las comunidades autónomas, de la *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*, que fue aprobada por unanimidad en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado en diciembre de 2006. Con esta Estrategia se pretende contribuir a mejorar la calidad de las intervenciones y resultados en la salud mental en todo el territorio del Estado con independencia del lugar donde residen los ciudadanos.

Esta preocupación de los organismos internacionales y del gobierno de nuestra nación por la cuestión de la salud mental está justificada por la elevada prevalencia de estos trastornos y su tendencia progresivamente creciente, por su gravedad y el sufrimiento que provocan en pacientes y familiares y por los elevados costes sanitarios y sociales que condicionan. No hay que olvidar que una de cada cuatro personas desarrollará una o más de estas enfermedades a lo largo de su vida y que el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de muchas enfermedades crónicas como la diabetes o las enfermedades respiratorias.

En Galicia, la elaboración y posterior aprobación de un Plan de Salud Mental que, partiendo de la identificación de los problemas y del análisis de las necesidades, determinara las prioridades, fijara los objetivos y las estrategias para conseguirlos, pusiera en marcha los programas y acciones necesarias con la dotación económica precisa y evaluara posteriormente los resultados, constituyó una de las prioridades del actual gobierno de la Xunta.

El documento que presentamos en esta publicación es el fruto del trabajo coordinado de cerca de 200 profesionales de la Red de Salud Mental que participaron en 20 grupos de trabajo de carácter interdisciplinar y de la especial colaboración de los responsables de Salud Mental de las áreas sanitarias. También es de destacar la contribución realizada durante el período de alegaciones por las sociedades científicas, movimiento asociativo, Comisión asesora en materia de salud mental de la Consellería de Sanidad y miembros de los equipos directivos de la consellería y del Sergas. La coordinación de todo este trabajo y la redacción del documento técnico le ha correspondido al responsable del Programa de salud mental e al subdirector general de Salud Mental y Drogodependencias.

Este Plan de Salud Mental parte del ***“Documento de bases para la elaboración de un Plan Gallego de Salud Mental”***, elaborado por la Comisión asesora en materia de salud mental en 1987, en el cual se establecen unos principios básicos y directrices generales, en consonancia con las recomendaciones del ***“Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”***, de 1985 y con lo dispuesto en la ***“Ley general de sanidad”***, de 1986. El Plan también toma como base normativa el ***“Decreto 389/1994, por el que se regula la salud mental en Galicia”***. Ambos textos -documento de bases y decreto- han constituido, hasta ahora, el fundamento teórico y normativo de las intervenciones en salud mental en Galicia.

***El Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011***, aprobado por el Consello de la Xunta de Galicia el día 5 de octubre de 2006, supone un esfuerzo presupuestario sin precedentes en nuestra comunidade autónoma, necesario para hacer frente a los nuevos desafíos en el área de la prevención, de la asistencia y de la rehabilitación y, también, a las nuevas necesidades en el ámbito de la formación y de la investigación en salud mental.

Es, en definitiva, un esfuerzo necesario para lograr una atención integral a los problemas de salud mental equitativa, eficiente y de calidad: la atención que Galicia necesita y se merece en este inicio del siglo XXI.

**M<sup>a</sup> José Rubio Vidal**  
*Conselleira de Sanidade*



## PREÁMBULO

Desde que, en 1987, la Comisión asesora en materia de salud mental presentó su documento de bases para la elaboración de un Plan Gallego de Salud Mental hasta la actualidad han pasado 20 años. Fue un largo camino y una larga espera.

Participar en el proyecto de elaboración del presente *Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011*, el primero de nuestra comunidad autónoma, fue para mí un verdadero privilegio. Su aprobación por el Consello de la Xunta, un motivo de profunda satisfacción.

Esta iniciativa no sería posible transformarla en realidad si no contase con la valiosísima colaboración de un amplio grupo de profesionales, con la participación activa de distintas entidades sociales y con el decidido apoyo y compromiso de la Administración. A todos ellos quiero expresar mi más sincero agradecimiento.

Como todo plan de salud, este va dirigido al conjunto de la población que es, en definitiva, su potencial beneficiario. Sin embargo, los destinatarios privilegiados de este plan estratégico son, como no podría ser de otro modo, las personas que sufren trastornos de salud mental, sus familiares y los profesionales que los atienden.

Es seguro que, a pesar de todas las medidas recogidas en el plan, no podremos evitar por completo el sufrimiento de unos y las frustraciones de otros pero, al menos, trataremos de mitigarlos.

Se trata, en todo caso, de construir, a través del plan, un verdadero circuito de garantías para los pacientes, para sus familias y para la sociedad en su conjunto. Un circuito capaz de ofrecer protección, prestaciones y ayudas, sobre todo, en la asistencia prolongada a los pacientes con enfermedad mental grave.

Ojalá que así sea.

**Víctor Pedreira Crespo**  
*Subdirector general de  
Salud Mental y Drogodependencias*



# Índice

1	<b>INTRODUCCIÓN</b>	133
2	<b>PRIORIDADES Y NECESIDADES ESTABLECIDAS DE ACUERDO CON EL INFORME DE SITUACIÓN</b>	141
3	<b>MATRIZ DAFO</b>	147
3.1	<b>PUNTOS DÉBILES</b> .....	149
3.2	<b>PUNTOS FUERTES</b> .....	150
3.3	<b>AMENAZAS</b> .....	150
3.4	<b>OPORTUNIDADES</b> .....	151
4	<b>OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS</b>	153
4.1	<b>OBJETIVOS</b> .....	155
4.1.1	OBJETIVOS GENERALES: .....	155
4.1.1	OBJETIVOS OPERATIVOS: .....	155
4.2	<b>LÍNEAS ESTRATÉGICAS</b> .....	160
5	<b>DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS</b>	165
5.1	<b>COMPLETAR LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIO GENERAL</b> .....	167
5.2	<b>COMPLETAR LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PLAN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (POE)</b> .....	167
5.3	<b>DESARROLLO NORMATIVO DEL DECRETO DE SALUD MENTAL</b> .....	168
5.4	<b>DESARROLLO ORGANIZATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> .....	168
5.4.1	UNIDADES DE SALUD MENTAL .....	170
5.4.2	HOSPITALES DE DÍA .....	172
5.4.3	UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	174
5.4.4	UNIDADES ESPECÍFICAS .....	176
5.4.4.1	Salud mental infanto-juvenil .....	176
5.4.4.2	Drogodependencias .....	180
5.4.4.3	Unidades de psicogeriatría .....	181
5.4.5	UNIDADES HOSPITALARIAS DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA .....	182

545.1	Unidades de cuidados de rehabilitación .....	182
545.2	Unidades de cuidados especiales .....	185
545.3	Unidades de cuidados residenciales .....	186
54.6	PISOS PROTEGIDOS Y UNIDADES RESIDENCIALES .....	187
54.7	CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL .....	189
5.5	<b>PROGRAMAS DE SALUD MENTAL</b> .....	191
5.5.1	PROGRAMAS PREVENTIVOS .....	191
5.5.1.1	Programa antiestigma .....	191
5.5.1.2	Programa de cuidado a cuidadores .....	192
5.5.1.3	Programas preventivo-asistenciales .....	192
5.5.2	PROGRAMAS ASISTENCIALES .....	193
5.5.2.1	Programas para problemas prevalentes en salud mental .....	194
5.5.2.2	Programa de trastorno mental severo. ....	194
5.5.2.3	Programas de interconsulta y enlace. ....	194
5.5.2.4	Programa de observación e intervención en crisis hospitalaria. ....	194
5.5.2.5	Programa de consulta de alta resolución. ....	195
5.5.2.6	Programa de teleasistencia. ....	195
5.5.2.7	Programa con procedimientos específicos: .....	195
	Estrategias farmacológicas: clínica de litio, neurolépticos de acción prolongada, monitorización de fármacos .....	195
	Estrategias psicoterapéuticas: individual familiar, grupal... ..	195
5.5.3	PROGRAMAS REHABILITADORES .....	195
	Programa de rehabilitación activa (hospitalario y extrahospitalario) .....	196
	Programa de rehabilitación y contención .....	196
	Programa de cambio conductual (conducta disruptiva) .....	196
	Programa de mantenimiento y refuerzo de niveles de rehabilitación (hospitalario y extrahospitalario) ..	196
	Programa de autocuidado y autogestión de vida diaria .....	196
	Programa de habilidades sociales e interpersonales .....	196
	Programa de cuidados según el grado de dependencia .....	196
	Programa de alojamiento alternativo .....	196
	Programa de actividades ocupacionales .....	196
	Programa de habilidades y hábitos prelaborales .....	196
	Programa de hábitos laborales dirigidos a la integración en el ámbito laboral .....	196

	Programas de ocio y tiempo libre .....	196
	Programas psicoeducativos .....	196
5.54	PROGRAMAS ESPECIALES .....	196
5.54.1	Programa de atención a problemas relacionados con el consumo perjudicial de alcohol, tabaco así como aquellos relacionados con dependencias sin sustancia.....	196
5.54.2	Programa de trastornos de conducta alimentaria .....	197
5.54.3	Programa de intervención en crisis y urgencias comunitarias (Programa Acougo en colaboración con el 061).....	198
5.54.4	Programa de salud mental y catástrofes .....	199
5.55	PROGRAMAS DE FORMACIÓN.....	199
5.55.1	Programa de formación de especialistas (MIR, PIR, EIR...) .....	199
5.55.2	Programa de formación continuada.....	199
5.56	PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN .....	200
5.6	<b>CARTERA DE SERVICIOS</b> .....	201
5.7	<b>CALIDAD ASISTENCIAL</b> .....	201
5.7.1	MEDIDAS DIRIGIDAS AL INCREMENTO DE LA CALIDAD CLÍNICA Y ASISTENCIAL.....	201
5.7.2	MEDIDAS DIRIGIDAS A INCREMENTAR LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL .....	202
5.8	<b>EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> .....	203
5.8.1	SITUACIÓN ACTUAL .....	203
5.8.2	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA FORMALIZADO DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL .....	204
5.8.2.1	Objetivos .....	204
5.8.2.2	Funciones .....	204
5.9	<b>PROGRAMAS DE COLABORACIÓN</b> .....	205
<b>6</b>	<b>ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA</b>	<b>207</b>
6.1	<b>CAPÍTULO I</b> .....	209
6.2	<b>CAPÍTULO II</b> .....	210
6.3	<b>CAPÍTULO IV</b> .....	210
6.4	<b>Capítulo VI</b> .....	210
6.5	<b>Resumen por capítulos</b> .....	211

7	<b>CRONOGRAMA</b>	213
7.1	<b>CAPÍTULO I</b> .....	215
7.2	<b>CAPÍTULO II</b> .....	216
7.3	<b>CAPÍTULO IV</b> .....	217
7.4	<b>CAPÍTULO VI</b> .....	217
7.5	<b>COSTE TOTAL ACUMULADO PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2006-2011</b> .....	218
8	<b>ANEXO I. DECLARACIÓN EUROPEA DE SALUD MENTAL ENFRENTANDO DESAFÍOS, CONSTRUYENDO SOLUCIONES Helsinki, Finlandia, 12-15 Enero 2005</b>	221
9	<b>RELACIÓN DE GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO</b>	235

# INTRODUCCIÓN



Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011

1





Según la OMS, en el mundo hay 450 millones de personas afectadas por trastornos mentales, neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol o drogas (el 7,5% de la población mundial). Muchas de ellas sufren en silencio, muchas sufren solas, muchas nunca reciben tratamiento alguno. Entre el sufrimiento y las perspectivas de tratamiento se erigen barreras del estigma, los perjuicios, la vergüenza y la exclusión.

Una de cada cuatro personas desarrollará una o más de estas enfermedades a lo largo de su vida. Las patologías neuropsiquiátricas suman el 13% del total de la pérdida de años de vida ajustados por minusvalía (DALY) y en el año 2020 llegarán al 15%.

Los gobiernos, en su calidad de responsables últimos de la salud mental y en el marco de los sistemas de salud y las formas de financiación generales, deben definir políticas que protejan y mejoren la salud mental de la población. En lo que atañe a la financiación, se debe proteger a la población frente a los riesgos financieros catastróficos. La población sin problemas de salud debe contribuir a costear los gastos de la población enferma, y los más favorecidos deben contribuir a costear los gastos de los pobres.

La OMS en su **Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas** reconoce que “con independencia de la situación económica del país, siempre parecerá que los recursos necesarios para financiar actividades, servicios y tratamientos son insuficientes. Tanto para la salud mental, como para la salud en general, hay que elegir entre un gran número de servicios y una amplia gama de estrategias de prevención y promoción. Esa elección, naturalmente, tendrá distintos efectos en distintos trastornos mentales y diferentes grupos necesitados, pero es importante reconocer que en última instancia hay que elegir entre estrategias clave más que entre trastornos concretos”.

En la propuesta de **Declaración de salud mental para Europa OMS: Enfrentándose a los desafíos, construyendo soluciones**, que se ratificó en la Conferencia de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros de la Región Europea de la OMS junto con el director regional para Europa de la OMS, que se celebró en Helsinki en enero del 2005, se contiene como declaración general que “**no existe salud sin salud mental**”.





También se señala que **la salud mental es primordial para el desarrollo humano, social y económico de las naciones** y “esencial para otras áreas de políticas públicas como son la asistencia social, los derechos humanos, la educación y el empleo”. Por ello los ministros responsables de la salud de los países firmantes se comprometen a considerar formalmente la necesidad de desarrollar, implementar y reforzar políticas de salud mental en los países firmantes con la meta de lograr la **inclusión social** requiriendo para ello las siguientes **acciones**:

- I. promover el bienestar mental de la población como un todo desarrollando programas efectivos que creasen conciencia y cambio positivo en los individuos y familias; comunidades y sociedad civil; escuelas y trabajo; y gobiernos y agencias nacionales;
- II. demostrar la centralidad de la salud mental en la construcción de una sociedad saludable inclusiva (integradora) y productiva considerando las implicaciones sobre la salud mental de todas las políticas públicas especialmente el impacto potencial sobre los grupos de riesgo;
- III. afrontar el estigma y la discriminación, asegurar la protección de los derechos humanos y la dignidad e implementar la legislación necesaria para capacitar a las personas en riesgo o sufriendo de problemas de salud mental y minusvalías a que participen completamente y por igual en la sociedad;
- IV. ofrecer un apoyo enfocado y unas intervenciones sensibles a las etapas vitales de las personas en riesgo especialmente en la crianza y educación de los niños y jóvenes y en los cuidados de las personas mayores;
- V. desarrollar e implementar programas nacionales para prevenir el estrés lesivo, la ansiedad y el suicidio, dando especial atención al abuso del alcohol y sustancias;
- VI. desarrollar la capacidad y la habilidad de los médicos generales y de los servicios de atención primaria para ofrecer un acceso efectivo, identificación y tratamiento a las personas que sufren problemas de salud mental;

- VII. ofrecer a las personas con problemas severos de salud mental un tratamiento y asistencia efectivas donde ellos lo quieran y cuando ellos lo necesiten, y protegerlos de la negligencia y del abuso;
- VIII. establecer la asociación, coordinación y liderazgo entre los sectores y agencias que tengan una influencia sobre la salud mental y la integración social de los individuos, grupos y comunidades;
- IX. diseñar programas de provisión, educación y adiestramiento para crear un cuerpo suficiente multidisciplinar de profesionales competentes;
- X. evaluar el estado de salud mental y las necesidades de la población como un todo, en grupos específicos y en individuos de un modo que permita la comparación nacional e internacional;
- XI. proporcionar recursos justos y suficientes para lograr estos objetivos;
- XII. iniciar la investigación y apoyar la evaluación y diseminación de las acciones arriba indicadas.

**El Informe OMS 2001 y la Declaración ministerial-OMS de Helsinki (Europa 2005) y el plan de acciones correspondiente son de referencia para el actual Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia, aunque es necesaria una contextualización debido a las transformaciones acontecidas en la organización de la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma desde el momento en que se produjeron las transferencias sanitarias previstas en el Estatuto de Autonomía hasta el momento actual.**

Como punto de partida, la Consellería de Sanidad creó en el año 1986 una Comisión Asesora de Salud Mental con el encargo de analizar la situación de la asistencia psiquiátrica en Galicia. Como resultado de su trabajo se redactó el documento **Bases para la elaboración de un Plan Gallego de Salud Mental (1987)** en el que se establecen unos principios básicos y directrices generales: Integración sanitaria, zonificación y territorialidad, integridad, interdisciplinariedad, continuidad terapéutica y orientación comunitaria, en consonancia con las recomendaciones del **Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica (1985)** y lo dispuesto en la **Ley general de sanidad (1986)**.





La experiencia adquirida tras la elaboración del citado documento de bases y la expectativa generada por los nuevos conocimientos científicos impulsó a completarlo con un desarrollo normativo, elaborándose y promulgando el **Decreto 389/1994 por el que se regula la salud mental en Galicia**.

Este Decreto establece las **directrices generales** de actuación en salud mental y en la asistencia psiquiátrica, la **regulación de los dispositivos** dirigidos a la promoción y protección de la salud mental, la prevención de las enfermedades psíquicas y la asistencia, rehabilitación e integración de los enfermos mentales. Asimismo, también se establece que todas las **actuaciones y programas** de salud mental deben ser debidamente **evaluados para adecuarlos a las necesidades de la población y optimizar la acción sanitaria**. Los dispositivos de salud mental se estructurarán de manera que quede garantizada su extensión a toda la población.

El decreto divide los dispositivos asistenciales en:

- **Básicos:** unidades de salud mental, hospitales de día, unidades de hospitalización psiquiátrica y **unidades específicas** (unidades de salud mental infanto-juvenil, unidades de psicogeriatría y unidad de tratamiento de alcoholismo y otras dependencias).
- **Complementarios:** unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica y unidades de apoyo comunitario (pisos protegidos y viviendas de transición, unidades de apoyo social intermedio y unidades residenciales).

En 1996 se crea una nueva comisión asesora en materia de salud mental con el fin de analizar el desarrollo del Decreto **389/1994** y la situación en la que se encuentra la organización de los servicios. Esta comisión finaliza su trabajo con la publicación de un documento denominado **"Propuestas de desarrollo de atención a la salud mental en Galicia"** (1997), en el que se recogen las que van a ser las prioridades a corto, medio y largo plazo para el desarrollo de los servicios de salud mental en Galicia, así como especialmente el desarrollo conceptual y operativo de los artículos 15 y 16 del **Decreto 389/1994**. Esta comisión se convierte, una vez publicado el documento, en comisión de seguimiento que valorará el desarrollo de las recomendaciones que contiene.

En el marco del **Decreto 389/1994**, la Consellería de Sanidad consideró necesario evaluar los progresos en la atención a los problemas de salud mental, analizar la situación actual en la dotación de recursos y formular una estrategia en salud mental a desarrollar en los próximos años con el fin de situar a la Comunidad Autónoma de Galicia al nivel de otras comunidades y países de referencia.

Este **Plan Estratégico de Salud Mental** que se desarrollará en el período 2006-2011 representa la propuesta de líneas de desarrollo preventivas, asistenciales, rehabilitadoras, docentes e investigadoras que implican la terminación del proyecto de reforma psiquiátrica en Galicia y la puesta a punto de las bases de la salud mental en Galicia para el siglo XXI de acuerdo con parámetros de calidad, continuidad, innovación, interdisciplinariedad, especialización y énfasis en la atención a las nuevas demandas y en la cobertura de las necesidades de los pacientes, de sus familias y del conjunto de nuestra sociedad. Todo ello con el más escrupuloso respeto a la dignidad de los pacientes mentales y a sus derechos.





# PRIORIDADES Y NECESIDADES ESTABLECIDAS DE ACUERDO CON EL INFORME DE SITUACIÓN

Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011



2





En el informe de situación, previo a la realización de este plan estratégico, se establecieron como prioridades y necesidades asistenciales las siguientes:

1. Poner atención en todos los tramos de edad a la morbilidad, atendiendo a:
  - a. La más frecuente: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos reactivos.
  - b. Los más graves: psicosis (esquizofrenia y trastorno bipolar) y trastorno de la personalidad.
  - c. Grupos de riesgo.
2. Apoyar la atención de **6.000.000** de consultas de Atención Primaria potenciando su **coordinación** con las Unidades de salud mental y las unidades y programas específicos. Para ello es necesario el establecimiento y potenciación de los **programas de interconsulta y enlace, asesoramiento y apoyo técnico, y la puesta en marcha de procesos clínicos** en relación con los problemas referidos en el punto anterior.
3. Lograr **respuestas asistenciales y estancias medias adecuadas** en las unidades de hospitalización psiquiátrica, potenciando **programas/unidades de observación e intervención en crisis hospitalaria** así como las **alternativas a la hospitalización** (hospitales de día, programas de trastorno mental severo y de atención y hospitalización a domicilio), además de la creación de unidades y programas de interconsulta y enlace en el medio hospitalario.
4. **Incrementar** el número de plazas en unidades de cuidados de rehabilitación hospitalaria y de cuidados especiales y **disminución** del número de plazas de unidades de cuidados residenciales.
5. **Potenciar los programas de rehabilitación psiquiátrica extrahospitalaria** a través del desarrollo de los hospitales de día y equipos de continuidad de cuidados y los dispositivos de apoyo comunitario.
6. **Incrementar el número de plazas de pisos protegidos, residencias y centros de rehabilitación psicosocial y laboral**, con la financiación adecuada.





7. **Completar la estructura** básica de los equipos de las **Unidades de salud mental** y **ampliar su número** de acuerdo con lo determinado en el citado informe de situación.
8. **Crear una unidad de hospitalización psiquiátrica para adolescentes**, de referencia para la comunidad autónoma, y potenciación de las Unidades de salud mental infanto-juveniles existentes.
9. **Desarrollar los programas y unidades de psicogeriatría** asegurando que exista por lo menos una en cada una de las siete grandes áreas.
10. **Potenciar, ampliar e integrar las unidades y/o programas específicos para el tratamiento del alcoholismo y otras dependencias**, incluyendo las dependencias sin sustancia.
11. **Completar la atención a urgencias psiquiátricas** (las 24 horas del día los 365 días al año) con el desarrollo de programas **extrahospitalarios** en colaboración con la **Fundación 061 y los Puntos de Atención Continuada (PAC) de atención primaria**.
12. **Diseñar y desarrollar un programa de salud mental y catástrofes**, integrado en los planes generales existentes al respecto.
13. **Promover y mejorar la participación del movimiento asociativo** relacionado con el ámbito de la salud mental.
14. **Promover y articular la participación de voluntariado en el ámbito de salud mental**, en colaboración con las agencias correspondientes.
15. **Establecer programas de cuidado de los cuidadores**, tanto profesionales como informales.
16. **Promover planes y programas** de carácter transversal con los departamentos implicados en el ámbito de la discapacidad, vivienda, educación, empleo, inclusión social... impulsando la coordinación con ellos.
17. Establecer **medidas** para el respeto efectivo de los **derechos de los pacientes y sus familias**.

18. Establecer directrices, programas y monitorización de los derechos de pacientes y familias en relación con la **calidad científico-técnica, ética y percibida**, así como con nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios.
19. **Diseñar un sistema de evaluación** de estas prioridades asistenciales.





# MATRIZ DAFO



Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011

3



### 3.1. PUNTOS DÉBILES

- Déficit de dispositivos básicos y complementarios.
- Déficit de respuesta asistencial en Unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica a pacientes de rehabilitación activa (media estancia) y de cuidados especiales (Transtorno de la personalidad límite, judiciales,...)
- Déficit de programas preventivos y antiestigma.
- Ausencia de programas de cuidado a cuidadores.
- Déficit de funcionamiento por programas, guías, vías y protocolos clínicos.
- Déficit de programas y formación en investigación.
- Déficit de programas de continuidad de cuidados.
- Déficit en los programas de rehabilitación extrahospitalaria y reinserción comunitaria (añadiendo programas de reinserción laboral).
- Dificultades para operativizar la cultura de colaboración con atención primaria y servicios sociales.
- Ausencia de coordinación con la red de drogodependencias.
- Déficit en el desarrollo de programas de interconsulta y enlace.
- Déficit de unidades de psicogeriatría.
- Déficit de informatización.
- Déficit de programas de evaluación y calidad asistencial.
- Inexistencia de unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.
- Inexistencia del programa de salud mental y catástrofes.
- Déficit en la distribución equitativa de los recursos.





### 3.2. PUNTOS FUERTES

- Regulación normativa (**Decreto 389/1994** y complementarios)
- Grupos técnicos de expertos y participación de profesionales de la red.
- Documentos técnicos de referencia: **Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental (1987) y Propuestas de desarrollo de la atención a la salud mental en Galicia (1997).**
- Buen nivel de los profesionales de la red y de los programas de formación de especialistas y formación continuada (Servicio Oficial de Calidad).
- Cultura de colaboración con atención primaria.
- Sinergias importantes en urgencias e investigación en biomedicina.
- Carácter multidisciplinar de los equipos.
- Incremento de programas, protocolos y guías clínicas.
- Inicio de innovaciones asistenciales: HADO, ADO, ACOUGO, teleasistencia, farmacogenética.
- Buena coordinación interna.
- Buena coordinación con el movimiento asociativo.
- Cultura de colaboración con departamentos competentes en materia de servicios sociales, familia, educación...

### 3.3. AMENAZAS

- Potencial saturación de la red hospitalaria con distorsión funcional grave por déficit de recursos e incremento de demandas en toda la red.
- Potencial riesgo de aumento de la lista de espera.



- Potencial riesgo de pérdida de reconocimiento social y político-administrativo si no hay respuesta a nuevas demandas.
- Potencial incremento del estigma en trastorno mental severo.
- Previsible agotamiento y/o crisis de los cuidadores informales (familias).
- Potencial pérdida de territorio competencial por áreas frontera si no se desarrollan sinergias e innovaciones.
- Potencial saturación de la red ambulatoria.
- Potencial aumento de quejas y demandas de los usuarios por insuficiente respuesta a las necesidades.
- Riesgo de pérdida de prácticas integrales (biológicas, psicológicas, sociales) por prácticas reduccionistas.
- Incremento preocupante del gasto en psicofármacos.
- Riesgo de creación de nuevos espacios de segregación y exclusión.

### 3.4. OPORTUNIDADES

- Reactivación del Consejo Interterritorial en materia de salud mental.
- **Plan de acción OMS-Europa.**
- **Plan Estratégico de Salud Mental.**
- Crecimiento y desarrollo por demanda creciente y respuesta a nuevas necesidades asistenciales.
- Respuestas especializadas pero integradas.
- Potenciar sinergias y alianzas con la unidad de Medicina Molecular, 061 y otras.





- Incremento de innovaciones técnicas y de organización.
- Diseño y desarrollo de la gestión clínica por procesos.
- Programa de cuidado de cuidadores.
- Demanda creciente de calidad: técnica, ética y percibida; programas de calidad y auditoría externa.
- Demanda creciente de participación de movimiento asociativo, voluntariado y sociedades científicas.
- Incremento de posibilidades de investigación.

# OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011



4



## 4.1. OBJETIVOS.

### 4.1.1. Objetivos generales:

Este plan estratéxico persigue tres grandes objetivos en su desarrollo:

- 1 Culminar el desarrollo del documento **Bases para la elaboración de un Plan Gallego de Salud Mental** (que define estándares y ratios de profesionales y unidades por población) en el marco del **Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia.**
- 2 Formular las bases para la atención a la salud mental en el siglo XXI y su desarrollo integral.
- 3 Asegurar a los pacientes y a su ámbito familiar tanto la entrada en la red asistencial como su retorno a la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio así como los dispositivos intermedios y desarrollando los servicios de rehabilitación e integración social.

### 4.1.2. Objetivos operativos:

Estos grandes objetivos se concretarán en compromisos que se traducen en los siguientes objetivos operativos:

- 1 En todas las áreas sanitarias se atenderá a las personas que requieran atención especializada ambulatoria en salud mental por primera vez en un período inferior a 30 días.
- 2 En todas las áreas sanitarias se atenderá a las personas que requieran atención especializada preferente en salud mental antes de 15 días.
- 3 En todas las áreas sanitarias habrá cobertura hospitalaria para urgencias psiquiátricas las 24 horas del día los 365 días del año.





- 4 En todas las áreas existirán protocolos especializados para la atención de la urgencia psiquiátrica e intervención en crisis en medios extrahospitalarios y a domicilio en colaboración estrecha con la Fundación 061 (generalmente a través de los PAC) las 24 horas del día los 365 días del año.
- 5 Incremento significativo de la actividad asistencial en todas las unidades de la red, con mayor especificidad en los procedimientos clínicos y en las respuestas asistenciales.
- 6 Estancia media para las unidades de hospitalización psiquiátrica  $\leq 20$  días.
- 7 En todas las áreas sanitarias habrá cobertura de programas de hospital de día psiquiátrico con una estancia media de cuatro meses.
- 8 Estancia media para las unidades de cuidados de rehabilitación  $\leq 1$  año.
- 9 Se establecerá un modelo de intervención en salud mental en catástrofes que dé respuesta a esta dimensión en el conjunto de la Comunidad Autónoma de Galicia, integrado en los planes de emergencias sanitarias y en colaboración con la Fundación 061 y Salud Pública.
- 10 En todas las áreas sanitarias habrá equipos de continuidad de cuidados en salud mental que ofrezcan servicios especializados a domicilio (incluyendo los residentes en pisos protegidos y residencias).
- 11 En todas las áreas sanitarias habrá un programa ambulatorio específico dirigido a personas con diagnóstico de trastorno mental severo.
- 12 Los equipos de continuidad de cuidados de todas las áreas ofrecerán un programa de alta intensidad de atención a domicilio para aquellos pacientes que así lo requieran (hospitalización psiquiátrica a domicilio: HADO psiquiátrica).
- 13 En todas las áreas sanitarias la hospitalización psiquiátrica se realizará en unidades de hospitalización psiquiátrica situadas en los complejos hospitalarios correspondientes.
- 14 Las unidades de hospitalización psiquiátrica desarrollarán programas de intervención en crisis para hospitalizaciones inferiores a cinco días, así

como programas de interconsulta y enlace hasta la puesta en marcha de unidades específicas para esta actividad.

- 15 En todas las áreas habrá un programa de viviendas alternativas y de transición (pisos y plazas de unidades residenciales) que aseguren la cobertura de alojamiento alternativo al propio o familiar, para los pacientes de trastorno mental severo que así lo requieran a indicación facultativa y en colaboración con familiares próximos y tutores.
- 16 En todas las áreas sanitarias habrá una reserva de plazas en pisos y residencias del 25% para programas de respiro y descanso familiar.
- 17 En todas las áreas sanitarias se desarrollarán programas de rehabilitación psicosocial así como ocupacionales, de integración laboral y de ocio y tiempo libre para pacientes con trastorno mental severo que así lo requieran, que se realizarán, preferentemente, en centros específicos (actualmente Centros de rehabilitación psicosocial y laboral y relacionados con objetivos del hospital de día).
- 18 En todas las áreas sanitarias habrá programas ambulatorios específicos de salud mental infantil y de adolescentes; de psicogeriatría; de alcoholismo y otras dependencias así como de trastornos de la conducta alimentaria.
- 19 Se impulsará un programa de teleasistencia psiquiátrica para aquellos pacientes e instituciones que así lo requieran.
- 20 Todas las áreas dispondrán de unidades de referencia para la rehabilitación hospitalaria de pacientes que así lo requieran (unidades de cuidados de rehabilitación de media estancia).
- 21 Todas las áreas dispondrán de unidades hospitalarias de referencia para la atención de pacientes con graves trastornos de conducta y con problemas judiciales que requieran ingreso (unidades de cuidados especiales).
- 22 Todas las áreas dispondrán de una unidad hospitalaria de referencia de ámbito autonómico para la atención de pacientes con problemas psiquiátricos de la infancia y adolescencia que requieran hospitalización.





- 23 Todas las áreas dispondrán en la unidad hospitalaria de referencia (unidad de hospitalización psiquiátrica) de un programa específico para la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que requieran hospitalización.
- 24 Todas las áreas dispondrán de plazas en comunidades terapéuticas para pacientes con problemas de alcoholismo que requieran esta modalidad de atención a criterio de los facultativos especialistas correspondientes.
- 25 Todos los familiares de pacientes con trastorno mental severo tendrán acceso a un programa psicoeducativo diseñado específicamente para ellos desde el momento inicial de la atención psiquiátrica. Dicho programa se realizará en colaboración con el movimiento asociativo de familiares y/o enfermos psíquicos.
- 26 Todos los familiares de pacientes con trastorno mental severo tendrán apoyo y asesoramiento respecto a la atención de los mismos en las unidades de la red de salud mental correspondientes.
- 27 En todas las unidades de salud mental se aplicarán los criterios éticos y legales recogidos en la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre** (BOE n.º 274, del 15 de noviembre de 2002), **básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**; así como en la **Ley 3/2001, de 28 de mayo** (DOG n.º 158, del 3 de julio de 2001), **reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, modificada por la Ley 3/2005, de 7 de marzo** (DOG n.º 55, del 21 de marzo de 2005). Dicho programa se realizará en colaboración con el movimiento asociativo.
- 28 Se potenciará la información a los familiares de pacientes psiquiátricos en las distintas unidades asistenciales de la red del Sergas.
- 29 Se establecerá un programa antiestigma de sensibilización social y lucha contra la exclusión, que promueva la inclusión e integración social de pacientes con trastorno mental severo y persistente.
- 30 Se desarrollará un programa de promoción de voluntariado específico y adaptado a las necesidades y peculiaridades de salud mental, en colabo-



ración, preferentemente, con el movimiento asociativo de familiares de enfermos psíquicos.

- 31 Se establecerá la incorporación del movimiento asociativo en los órganos de asesoramiento en materia de salud mental de la Consellería de Sanidad.
- 32 Se establecerá un programa de atención preferente para cuidadores de pacientes: familiares y cuidadores principales. Dicho programa se realizará en colaboración con el movimiento asociativo.
- 33 Se establecerá un programa de prevención del *burn-out* para profesionales sanitarios.
- 34 Se establecerá un programa de atención a profesionales con problemas de salud mental (PAIME) en colaboración con colegios de profesionales.
- 35 Se mantendrá y se reforzará el programa de formación permanente y de actualización de conocimientos en salud mental con carácter autonómico.
- 36 Se potenciará la formación de especialistas (MIR, PIR y EIR) creando condiciones para la acreditación de centros docentes en las principales áreas sanitarias buscando, adicionalmente, incrementar dichas plazas.
- 37 Se potenciará la investigación aplicada en salud mental tanto en el área biomédica como psicosocial así como en grupos de riesgo y en los sistemas de calidad y evaluación en salud mental.
- 38 Se participará en programas de cooperación interautonómica, europea (OMS, Interreg, etc.) e internacional, especialmente con países latinoamericanos (en colaboración con la OPS).





## 4.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

Para conseguir estos objetivos se establecen las siguientes líneas estratégicas:

- 1 **Desarrollo normativo.** Desarrollar y regular el artículo 15 y adaptar el artículo 16 del **Decreto 389/1994**.
- 2 **Atención a las nuevas necesidades.** Esto incluye dar respuestas actualizadas a las **necesidades ya existentes** en esta materia en nuestra Comunidad Autónoma, así como abordar las **nuevas necesidades y demandas** de los **pacientes y sus familias** que aparecieron en estos últimos años.
- 3 **Equidad.** Distribución territorial equitativa de recursos, programas y prestaciones en salud mental.
- 4 **Continuidad asistencial.** Referida tanto a los dispositivos directamente asistenciales (ambulatorios y hospitalarios) como en relación con la atención domiciliaria (ordinaria y de crisis) y comunitaria que se complementará con la creación de una red que dé respuesta a necesidades residenciales, ocupacionales y de rehabilitación psicosocial (residencias, pisos protegidos y centros de rehabilitación psicosocial y laboral).

La mencionada **continuidad** asistencial se realizará a través de dicha red asistencial así como a través de la potenciación de la coordinación con atención primaria, que cubra tanto las necesidades de la población general como de los grupos vulnerables y de riesgo.

- 5 **Accesibilidad asistencial.** Ordinariamente a través de la red asistencial de atención primaria (incluida la gestión de la agenda de citas) y de forma extraordinaria a través de los programas de urgencias extrahospitalaria y hospitalaria.

Asimismo, se asegurarán respuestas adaptadas a las necesidades asistenciales de los pacientes y su ámbito familiar.

Se promoverá ordenadamente la accesibilidad no presencial (teléfono, sms, correo electrónico...)

- 6 **Personalización de la asistencia.** Los programas serán adaptados a las distintas necesidades de los pacientes, tanto asistenciales como clínicas y, cuando sea necesario, a la de los familiares de su entorno.
- 7 **Innovación.** Utilización de nuevos recursos tecnológicos, procedimientos y técnicas aplicables tanto a actividades de carácter preventivo como asistencial, terapéutico, formativo y de investigación.

Estas innovaciones deben estructurarse como **programas y estar basados en las evidencias (pruebas) existentes** y, en cualquier caso, en el **consenso de expertos y sociedades científicas**, con la máxima exigencia factible (lex artis) en relación a su efectividad, eficiencia y seguridad.

- 8 **Formación.** todas las propuestas anteriores dependen en buena medida del nivel de competencia científico-técnica y de la actitud ética de los profesionales que las realizan por lo que los **programas de formación** han de ser especialmente cuidados y potenciados. Para estos efectos se establecerá también la formación en procesos y procedimientos especializados para dar respuesta a las nuevas necesidades asistenciales.
- 9 **Investigación.** No es factible proseguir la mejora de la atención a la salud mental sin potenciar **investigaciones** que sean **aplicables a la mejora** de la clínica y de la asistencia.
- 10 **Transversalidad, coordinación e interdisciplinariedad.** Para el desarrollo de estos proyectos es necesario la suma de esfuerzos y conocimientos así como la cooperación entre agencias que trabajan en áreas relacionadas con objetivos de salud mental, por lo que la **transversalidad**, la **coordinación** y la **interdisciplinariedad** han de fomentarse activamente.
- 11 **Gestión clínica.** Existen evidencias de que el consumo de **herramientas de gestión clínica** potencian la continuidad asistencial y se convierten en eje integrador con atención primaria. Sistemas por procesos, guías y vías clínicas deben llevar en su diseño un sistema de evaluación de los cambios en las prácticas clínicas y contribuyen a **disminuir la variabilidad no justificada de las prácticas clínicas** y asistenciales, **favoreciendo su comparabilidad**. Así mismo potencian la **orientación de la asistencia de acuerdo**





con las necesidades y demandas de los pacientes, sin olvidar la necesaria adaptación individual de las respuestas clínicas asistenciales.

- 12 **Cuidado de los cuidadores.** El ámbito de la salud mental depende, en mayor medida que otras especialidades, de la calidad y competencia de los recursos humanos y profesionales así como de la colaboración de familiares y cuidadores de los pacientes. Esto, y su propio derecho a la mejor atención posible, hace necesario prevenir la pérdida de salud integral y promover su calidad de vida a través de asesoramiento, orientación y apoyo, tanto para su cuidado como para la mejor realización de sus fundamentales funciones.

Todo lo anterior hace imprescindible el desarrollo de programas dirigidos a **cuidar a los cuidadores**, tanto profesionales (PAIME, RETORNO ...) como no profesionales (programas psicoeducativos y de información, asesoramiento y apoyo a los familiares y cuidadores principales de los pacientes con problemas graves y persistentes de salud mental) que conviene adaptar e implantar con carácter general en nuestra comunidad autónoma.

- 13 **Respeto a la dignidad y derechos de los pacientes.** Dicha dignidad y respeto, ya contemplados tanto en nuestra red asistencial como en la legislación, deben ser cuidados especialmente para asegurar su aplicación de forma apropiada y con la calidad y cuidado que estos temas esenciales requieren. Para eso se promoverá la aplicación de la **Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** y de la **Ley 3/2001, del 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes**, modificada por la Ley 3/2005, del 7 de marzo; así como las medidas adicionales de carácter ético que mejoren la calidad de las prestaciones asistenciales.
- 14 **Participación.** Establecer cauces ordinarios de participación y coordinación:
  - a. Para profesionales:
    - Comisión Asesora en Salud Mental.

- Comisión de Docencia.
- Grupos de trabajo de técnicos expertos.
- b. Para el movimiento asociativo.
  - Comisión ad hoc.
  - Reuniones de coordinación con técnicos del movimiento asociativo.

**La consecución de estos objetivos y el desarrollo de estas líneas estratégicas debe realizarse con el nivel de calidad científico-técnica, ética y percibida que requiere nuestra ciudadanía en el inicio del siglo XXI.**





# DESARROLLO DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS



Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011

5





Se buscará el aprovechamiento racional de los recursos existentes, complementando aquellos que así lo requieran y creando nuevos donde sean necesarios.

La integración de la asistencia psiquiátrica en el Sistema de Salud en Galicia ya es un hecho. Parte de las líneas estratégicas desarrolladas en este plan pretenden que esta integración sea coordinada con el resto de los dispositivos sanitarios, servicios educativos, sociales y asociaciones de enfermos, familiares y sociedad civil. Dichas líneas estratégicas se orientarán en su desarrollo en las siguientes direcciones:

### **5.1. COMPLETAR LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIO GENERAL.**

Actualmente se ha completado la integración normalizada de la salud mental a través del CMBD hospitalario y del SISINFO.

Está pendiente la integración normalizada del sistema de información ambulatoria de salud mental en la red del Sergas.

Para todo ello es preciso completar la informatización de la red de salud mental.

### **5.2. COMPLETAR LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PLAN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (POE).**

Con la promulgación del Decreto **389/1994** se establece la convergencia y remodelación de las prestaciones de salud mental existentes hacia el modelo comunitario de atención sanitaria, integrando la asistencia psiquiátrica en la red general y mejorando su calidad y su cobertura. Esto supondrá desde el punto de vista de la gestión su integración en los POE.





### 5.3. DESARROLLO NORMATIVO DEL DECRETO DE SALUD MENTAL

Desarrollar el artículo 15 del Decreto **389/1994** que precisa una redacción más específica, a realizar siguiendo las líneas indicadas en el documento **Propuestas de desarrollo de la atención a la salud mental en Galicia** (1997) con los cambios precisos, así como realizar la adaptación correspondiente del artículo 16 y su normativa de desarrollo.

Elaborar una normativa específica para crear un instrumento que permita la gestión autónoma de los dispositivos de apoyo comunitarios y la coordinación con las entidades que realizan actividades en este ámbito.

Desarrollar la normativa necesaria para la integración funcional de la red asistencial de drogodependencias en salud mental.

### 5.4. DESARROLLO ORGANIZATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En el documento elaborado por la Comisión asesora en materia de salud mental de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de 1997 denominado **Propuestas de desarrollo de la atención a la salud mental en Galicia** se reconoce un grado de materialización de dicho decreto de forma desigual, tanto en contenidos como en las diferentes áreas sanitarias.

Es finalidad de este plan completar el desarrollo del documento **Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental** y el **Decreto 389/1994** con las adaptaciones pertinentes relacionado con los cambios de la situación sanitaria, social y económica acontecidos en nuestra Comunidad Autónoma desde la publicación de los documentos y normas mencionados.

En el cuadro siguiente se reflejan por cada una de las áreas de referencia los dispositivos recomendados en los documentos de las comisiones asesoras de 1987 y 1997, y los existentes en el año 2004.



**Tabla 1. Dispositivos existentes en el año 2004 en las diferentes áreas de referencia y su diferencia con los recomendados por el documento Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental (1987) y la situación actual.**

DISPOSITIVO		A Coruña	Ferrol	Santiago	Lugo	Ourense	Pontevedra	Vigo	SERGAS
Unidades de salud mental	Recomendadas (R)	8	3	6	6	5	4	9	41
	Existentes (E) 2004	8	2	5	4	6	3	6	34
	Diferencia	0	-1	-1	-2	1	-1	-3	-7
Hospitales de día	R	2	1	1	1	1	1	2	9
	E	1	1	1	1	1	1	1	7
	Diferencia	-1	0	0	0	0	0	-1	-2
Unidades de hospitalización psiquiátrica	R	2	1	2	3 <sup>1</sup>	2	2	2	14
	E	1	1	2	1	1	1	2	9
	Diferencia	-1	0	0	-2	-1	-1	0	-5 <sup>3</sup>
Unidades de salud mental infanto-juvenil	R	1	1	1	3	1	1	1	9
	E	2	1	1	1	1	1	1	8
	Diferencia	1	0	0	-2	0	0	0	-1
Unidades de psicogeriatría	R	1	1	1	3	1	1	1	9
	E	0	0	1	0	0	0	0	1
	Diferencia	-1	-1	0	-3	-1	-1	-1	-8
Unidades de alcoholismo y otras drogodependencias	R	1	1	1	1	1	1	1	7
	E	1	1	1	1	1	0	1	6
	Diferencia	0	0	0	0	1	-1	0	0
Unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica	R	0	0	1	1	1	0	1	4
	E	0	0	1	1 <sup>2</sup>	1	0	1	3
	Diferencia	0	0	0	0	0	0	0	0

(1) Teniendo en cuenta la población asignada en el mapa sanitario de 1986.

(2) Situada en el Hospital Psiquiátrico de la Diputación, no transferido al Sergas.

(3) En la actualidad de acuerdo con la ratio de 1 cama por 10.000 habitantes establecida en el documento de 1987 existiría un déficit de camas, aunque no de unidades de hospitalización psiquiátrica de acuerdo con los criterios actuales, que modificaron los del documento de 1987, en que se optaba por aumentar el número de unidades disminuyendo el número de camas de cada una de ellas.

A continuación iremos comentando la situación de los distintos dispositivos recogidos en esta tabla:



### 5.4.1. Unidades de salud mental

Las unidades de salud mental (USM) son el dispositivo básico donde se asentarán todas las acciones de salud mental. Por ello, son el eje sobre el que se estructura el modelo comunitario de atención a la salud mental, y deben cubrir a toda la población con la accesibilidad apropiada (isocrona menor de 1 hora).

El documento **Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental (1987)** recomendaba:

Número	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Trabajador social	Auxiliar admto.	Auxiliar enfermería
1/75.000 h (50.000/100.000 h)	2	1	1	1	1	1

Con respecto al número de USM, la recomendación general de los distintos planes estratégicos de salud mental de las distintas comunidades autónomas es de 1 unidad por cada 50.000 habitantes.

En Galicia existe sólo un área hospitalaria que carece de USM (Fundación Pública Hospital da Barbanza). La finalidad es que ningún área hospitalaria carezca de servicio de psiquiatría con la correspondiente USM.

En el momento actual el problema central no es la accesibilidad, salvo la excepción señalada para O Barbanza, sino la adecuada dimensión y dotación de las unidades, que se debilitó al dispersarlas para mejorar esta accesibilidad, que se vio también beneficiada sensiblemente con la mejora de las comunicaciones interiores.

Según criterios estrictamente poblacionales, en Galicia, con una población de 2.614.655 habitantes, serían precisas 53 USM. No obstante, la tasa por habitante establecido debería ser fruto del descuento de población que supone la tomada a cargo por las unidades de salud mental infanto-juvenil, unidades de alcoholismo y de las unidades y programas de psicogeriatría y sociosanitario. La estimación al respecto es que la población que resultaría de este proceso sería aproximadamente de 2.000.000 habitantes, por lo que el número de unidades de salud mental de adul-

tos resultante de la aplicación de la tasa de 1 por 50.000 hab. sería de 40 (cifra actual 34). Traducido a población general, la tasa correspondiente sería de **1 USM por cada 66.000 habitantes**.

**Tabla 2. Distribución teórica del número de USM por cada área hospitalaria gallega con redondeo hacia arriba de decimales según criterio de 1 USM por cada 66.000 habitantes<sup>1</sup> Las cifras se redondean hacia arriba por encima de la fracción 5.**

Prov.	Centro sanitario	Población protegida	USM		
			Recomendables	Actuales	Diferencia
	C.H. Juan Canalejo	473.499	8	8	0
	F. H. V. A Xunqueira*	43.880	1	1	0
	C.H. Arq. Marcide	193.365	3	2	-1
	C.H. U. de Santiago	377.043	6	5	-1
	F. H. da Barbanza*	63.733	1	0	-1
<b>A Coruña<sup>2</sup></b>		<b>1.151.520</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>-3</b>
	Hospital da Costa	70.492	1	1	0
	C.H. Xeral-Calde	219.815	4	2	-2
	H. C. de Monforte*	50.721	1	1	0
<b>Lugo</b>		<b>341.028</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>-2</b>
	H. C. de Valdeorras*	37.217	1	1	0
	C.H. Ourense	260.298	4	3	-1
	F. H. de Verín*	30.420	1	1	0
<b>Ourense</b>		<b>327.935</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>-1</b>
	C.H. Pontevedra	214.038	3	2	-1
	F. H. do Salnés	70.591	1	1	0
	C.H. Xeral-Cíes	351.641	6	5	-1
	H. do Meixoeiro	190.995	3	1	-2
<b>Pontevedra</b>		<b>827.265</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>-4</b>
<b>Sergas</b>		<b>2.647.748</b>	<b>44</b>	<b>34</b>	<b>-10</b>

- (1) Centros sanitarios que, aunque, no llegando a la tasa de población establecida, le corresponde una unidad por criterios de dispersión, de estructura demográfica, de accesibilidad y de apoyo a un hospital).
- (2) Incluye la población de varios municipios de la provincia de Pontevedra en el área de Santiago





Teniendo en cuenta la sectorización de la atención especializada, las necesidades serían las que se muestran en la tabla 2.

El incremento de recursos por provincia se hizo teniendo en cuenta que en el área de Santiago (y por lo tanto de la provincia de A Coruña) están incluidos varios municipios de la provincia de Pontevedra y, por lo tanto, restados en esta última provincia.

Así en Galicia, por provincias, se precisarían un mínimo de 10 USM (cuatro en la provincia de Pontevedra, tres en la de A Coruña, dos en la de Lugo y una en la de Ourense).

Cada USM debería contar, con carácter general, con **dos psiquiatras, un psicólogo clínico, un DUE** preferentemente especialista en salud mental **y el apoyo de un trabajador social** (traducido en compromiso horario de acuerdo con programas asistenciales que requieran su participación a criterio de la USM) **y de un auxiliar administrativo**.

Estas recomendaciones se deberían ajustar para cada unidad de acuerdo con su población de referencia.

**Durante el período 2006-2011 previsto en este Plan de Salud Mental se crearán seis nuevas unidades de salud mental.**

La puesta en marcha de las recomendaciones señaladas se estima que supondría el incremento en su actividad asistencial de un 20%, a la que habría que añadir la tendencia al incremento de la demanda en estas unidades constatada en los últimos años.

#### 5.4.2. Hospitales de día

Se considera que debe existir un **hospital de día (HD)** en cada una de las siete grandes áreas sanitarias. Aunque en la actualidad este objetivo ya está alcanzado, su dotación debería reforzarse con carácter general y especialmente en las áreas urbanas con mayor población.

Los hospitales de día constituyen, y constituirán de modo relevante en el próximo futuro, la principal alternativa a la hospitalización psiquiátrica. Para ello han de reforzar su papel en la red asistencial y consecuentemente ver potenciados sus programas y equipos.

**Con carácter general, los hospitales de día deberían disponer de** un psiquiatra, (dos psiquiatras en las áreas de mayor población: A Coruña y Vigo), un psicólogo, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y cuatro profesionales de enfermería (un DUE y tres auxiliares de enfermería).

La creación de plazas en CRPL para pacientes de larga estancia en hospitales de día permitirá incrementar su actividad asistencial en un 25%.

Los **equipos de continuidad de cuidados** (ECC) estarán integrados, con carácter general, en los hospitales de día y realizarán prioritariamente el **programa de trastorno mental severo** y, con diferentes niveles de intensidad en la supervisión y cuidados, los siguientes subprogramas:

- **Programa de seguimiento comunitario activo, incluyendo atención psiquiátrica a domicilio o ADO psiquiátrico**, para pacientes de **moderada intensidad** de seguimiento, supervisión y cuidados.
- **Programas alternativos a la hospitalización psiquiátrica a domicilio o HADO psiquiátrico**, para pacientes con **alta intensidad** de supervisión y cuidados. La inclusión de pacientes en este tipo de programas ha de ser cuidadosamente realizada.
- **Supervisión de pacientes usuarios de pisos protegidos y residencias específicas.**

Los pacientes de estos programas serán seleccionados en colaboración con los profesionales de las unidades asistenciales, que se corresponsabilizarán de su atención con fórmulas adaptadas a los diferentes casos.

**Con carácter general los equipos de continuidad de cuidados contarán para la realización de estos programas con** un psiquiatra, un DUE, un auxiliar de clínica, un trabajador social/terapeuta ocupacional. La dotación de personal de enfermería podrá incrementarse de acuerdo con el número y la tipología de pacientes tomados a cargo en dichos programas.

En el caso de las áreas donde existan USM vinculadas a hospitales comarcales, y con limitaciones en su accesibilidad desde los ECC de los complejos hospi-





talarios de referencia, la ampliación podrá hacerse vinculando el núcleo básico de enfermería (DUE y auxiliar de clínica) a las USM del hospital comarcal correspondiente.

### 5.4.3. Unidades de hospitalización psiquiátrica.

Siguiendo las directrices del **Decreto 389/1994** y documentos técnicos de las comisiones asesoras, cada complejo hospitalario debe contar con **unidades de hospitalización** psiquiátrica (UHP).

Según diferentes planes de salud mental de las distintas comunidades autónomas y la tendencia señalada en el documento **Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental** de 1987, las ratios recomendadas son de una cama por cada 10.000 habitantes.

En Galicia todas las áreas sanitarias de Atención Especializada, con la excepción de los hospitales comarcales y fundaciones hospitalarias, tienen unidades de hospitalización psiquiátrica. En total nueve centros que suman 211 camas (sin incluir las camas concertadas del Complejo Hospitalario de Pontevedra) lo que hace un total de una cama por cada 12.500 habitantes). Con lo que su dotación precisaría de 54 camas más para cubrir las necesidades poblacionales. La previsión de crecimiento en la duración del presente **Plan Estratégico** es de **54 camas más**, de las cuales, por lo menos, 14 (2 por área) serían de observación e intervención en crisis hospitalaria, y por lo tanto de estancia igual o inferior a cinco días.

Este incremento de camas supondría un incremento significativo de su actividad asistencial, con disminución de la estancia media y aumento de la calidad y eficiencia debido a la puesta en marcha y potenciación de los programas alternativos a la hospitalización:

- Hospitales de día.
- Equipos de continuidad de cuidados.



- Programas de observación e intervención en crisis hospitalarias.
- Permeabilización de las unidades hospitalarias de cuidados de rehabilitación.

El documento Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental de 1987 recomendaba:

Número	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Trabajador social	Personal enfermería	T.O.	Otros
1/150.000-250.000 h	1/7 camas	1/15 camas	1/cama	1	1/cama	1	6

**Táboa 3. Distribución de las camas de UHP en los hospitales de referencia. Comparativa con las recomendables en una tasa de 1 por cada 10.000 hab. y la diferencia con las actuales.**

	Camas agudos			Habitantes	Psiquiatras	
	Actuales	Recomendables	Dif.		Actuales	Recomendables (1/7 camas)
C.H. Juan Canalejo	31	52	-21	517.379	7	7
C.H.U. de Santiago	46	44	+2	440.776	6	6
C.H. Arq. Marcide-NS	24	19	+5	193.365	4	3
C.H. Xeral-Calde	22	34	-12	341.028	3	5
C.H. Ourense <sup>1</sup>	18	33	-15	327.935	4	5
C.H. Pontevedra <sup>2</sup>	18	28	-10	284.629	4	4
Hospital do Meixoeiro	22	19	+3	190.995	4	3
C.H. Xeral-Ciés	30	35	-5	351.641	4	5
<b>TOTAL*</b>	<b>211</b>	<b>265</b>	<b>-54</b>	<b>2.647.748</b>	<b>36</b>	<b>38</b>

(1) Dispone de posibilidad de ingreso en clínica privada.

(2) Dispone de posibilidad de ingreso en clínica privada.





Cada **unidad de hospitalización psiquiátrica** debería contar, con carácter general, con **un psiquiatra por cada siete camas, un psicólogo por unidad (un psicólogo adicional cuando la unidad supere las 21 camas), un trabajador social, un terapeuta ocupacional y con las ratios de personal de enfermería, de auxiliar de clínica y auxiliar administrativo adecuadas.**

Estas UHP realizarán, con carácter general, además del programa de **hospitalización psiquiátrica general**, el programa de **desintoxicación hospitalaria** de acuerdo con el Plan de Drogas, el programa de **observación e intervención en crisis hospitalaria** y el **programa de interconsulta y enlace** hasta la creación de la **unidad específica de interconsulta y enlace** con su dotación propia (un psiquiatra, un psicólogo, un DUE).

#### **5.4.4. Unidades específicas.**

##### ***5.4.4.1. Salud mental infanto-juvenil.***

La importancia de estos dispositivos está fundamentada en distintos criterios: demográficos, especificidad de las intervenciones e importancia evolutiva y pronóstica de la atención precoz de los problemas y las patologías psíquicas de esta población.

##### ***5.4.4.1.1. Unidades de salud mental infanto-juvenil***

Las unidades de salud mental infanto-juvenil (USM-IJ) son unidades específicas para la atención de los problemas de salud mental infanto-juvenil (hasta los 16 años). Los pacientes son remitidos mayoritariamente por la USM o los servicios de Atención Primaria y, eventualmente, por los de Educación y Servicios Sociales.

El criterio establecido inicialmente para las unidades específicas de atención ambulatoria es que exista por lo menos una para cada una de las siete grandes áreas.

En el caso de estas unidades, dadas las características demográficas de Galicia, deberán potenciarse las existentes en los núcleos urbanos y áreas metropolitanas más importantes (Santiago, A Coruña y Vigo) ya que es aquí donde existe una población infanto-juvenil más numerosa.



El documento Bases para la elaboración del Plan Gallego de Salud Mental de 1987 recomendaba:

Número	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Trabajador social	Auxiliar admto.	Auxiliar enfermería
1/área sanitaria	1	1				

Recibirán el apoyo del resto de personal de la USM del área y colaborarán con esta en la atención general, si fuera preciso.

En la propuesta actual, las USM-IJ funcionarán como las USM ya que toman a cargo directamente la población de 0 a 16 años.

**Tabla 4. Distribución teórica del número de USM-IJ por cada área hospitalaria gallega con redondeo hacia arriba de decimales, según criterio de 1 USM-IJ por área sanitaria, con dos USM-IJ en las áreas de Santiago, A Coruña y Vigo.**

Prov.	Centro sanitario	Población protegida	USMI-J		
			Recomendables	Actuales	Diferencia
	C.H. Juan Canalejo	473.499	2	1 <sup>1</sup>	-1
	F. H. V. da Xunqueira	43.880	0	0	0
	C.H. Arq. Marcide	193.365	1	1	0
	C.H. U. de Santiago	377.043	2	1	-1
	F. H. da Barbanza	63.733	0	0	0
<b>A Coruña<sup>2</sup></b>		<b>1.151.520</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>-1</b>
	Hospital da Costa	70.492	0	0	0
	C.H. Xeral-Calde	219.815	1	1	0
	H. C. de Monforte	50.721	0	0	0
<b>Lugo</b>		<b>341.028</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	H. C. de Valdeorras	37.217	0	0	0
	C.H. Ourense	260.298	1	1	0
	F. H. de Verín	30.420	0	0	0
<b>Ourense</b>		<b>327.935</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	C.H. Pontevedra	214.038	1	1	0
	F. H. do Salnés	70.591	0	0	0
	C.H. Vigo	542.636	2	1	-1
<b>Pontevedra</b>		<b>827.265</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>
<b>Sergas</b>		<b>2.647.748</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>-2</b>

(1) Aunque son dos unidades tienen el mismo personal que el existente en Vigo, por lo que sería necesaria una unidad más.

(2) Incluye la población de varios municipios de la provincia de Pontevedra en el área de Santiago.



En Galicia hay ocho unidades de salud mental infanto-juvenil. Una en cada una de las siete mayores ciudades (Vigo, A Coruña, Ourense, Santiago, Lugo, Ferrol y Pontevedra); y una segunda en A Coruña (aún teniendo dos unidades, en conjunto, su dotación es similar a la de Vigo, por lo que es necesario su refuerzo).

Estas unidades están gestionadas directamente por el Sergas excepto la de Ferrol que es gestionada mediante convenio con la Asociación de padres de niños con problemas psicosociales (Aspaneps) y una de A Coruña, resultado de un convenio con este.

**Con carácter general cada USM-IJ debería contar por lo menos con** dos psiquiatras, un psicólogo, un DUE, un trabajador social y el apoyo de un auxiliar administrativo. En las áreas de Vigo y A Coruña por su mayor tasa y número total de población infanto-juvenil, precisarían de dos unidades.

La **puesta en marcha de un nuevo programa sobre trastorno mental grave en la adolescencia debería suponer**, como mínimo, el incremento de un facultativo especialista más por unidad.

Las edades a las que se atiende en dichas unidades (< a 16 años), deberían extenderse en el futuro hasta los 18 años, con las adaptaciones de recursos humanos pertinentes.

Este incremento de recursos se estima que supondría un aumento de la actividad asistencial que compensaría la tendencia al incremento de la demanda en estas unidades constatada en los últimos años.

#### ***5.4.4.1.2. Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.***

Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil (UHP-IJ) se establece para la población infanto-juvenil que requiera ingreso hospitalario de carácter breve.

Unidad de referencia para la Comunidad Autónoma:

- Según los estándares de consenso técnico que estiman cinco camas por cada 100.000 habitantes y una cama por cada 100.000 menores de 12 años, deberá disponer entre 15 y 21 camas.
- Esta unidad deberá contar con un psiquiatra por cada siete camas, un psicólogo, un trabajador social, profesores (de los niveles correspondientes a los niños y adolescentes ingresados, mediante mecanismo ya establecido con la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria para otros servicios como Pediatría Hospitalaria) y con las ratios de personal de enfermería, de auxiliar de clínica y auxiliar administrativo adecuadas.
- Este tipo de unidades no figuran en el Documento de 1987 pero se hicieron necesarias desde el punto de vista asistencial y obligadas por la existencia de normativa al respecto (**Ley de enjuiciamiento civil, artículo 763; Ley de organización sanitaria de Galicia, artículo 133.3**).

#### **5.4.4.1.3. Centros para niños y adolescentes con graves problemas de conducta.**

- Centros para niños y adolescentes escolarizados y con graves problemas de conducta con soporte familiar apropiado para atender a estos niños y adolescentes en períodos de fin de semana y vacacionales. Similar al centro ya en funcionamiento y existente en O Pedroso, dependiente de la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria, y apoyado en los aspectos concernientes a la problemática de la salud mental por psiquiatra y psicólogo clínico del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- Centros para niños y adolescentes, con graves trastornos de conducta y sin soporte familiar adecuado a sus características. Tipología de centros de estudio, en colaboración con las consellerías de competentes en materia de educación, familia, xuventude...





#### **5.4.4.2. Drogodependencias**

**5.4.4.2.1. Se establecerán programas de coordinación e integración (funcional) con el Plan de Galicia sobre Drogas.**

**5.4.4.2.2. Unidades de alcoholismo y otras dependencias.**

Las unidades de alcoholismo y otras dependencias (UAD) tenderán, con los requerimientos técnicos y dotacionales precisos a orientarse a unidades de conductas adictivas, que comprendan tanto el alcohol, como el tabaco (en colaboración con los programas de Salud Pública), así como las dependencias sin sustancia (juego patológico, adicciones relacionadas con la informática...)

Con carácter general se promoverá la toma a cargo de los programas directamente asistenciales, por la red de salud mental del SERGAS, así como los programas de patología dual.

Los pacientes con problemas psiquiátricos relacionados con el consumo de alcohol se atenderán, con carácter general, en la red asistencial del Sergas, sin perjuicio de su derivación, cuando sea pertinente, a dichas unidades específicas.

Asimismo, existen seis unidades asistenciales específicas, dos de ellas pertenecientes al Sergas y las cuatro restantes a través de convenios con asociaciones relacionadas con el ámbito del alcoholismo.

La única área sanitaria que carece de este tipo de unidades es la correspondiente al Complejo Hospitalario de Pontevedra, por lo que debería crearse una unidad específica.

La creación de esta nueva unidad, unida a la atención a dependencias sin sustancia por las unidades de alcoholismo, se estima que supondrá un incremento de actividad asistencial de un 20-25%.

Además existen 15 asociaciones que realizan actividades o programas de prevención, asesoramiento, información y rehabilitación de alcoholismo, mayoritariamente organizadas y gestionadas por asociaciones de autoayuda y ayuda mutua de este ámbito.

En los convenios que se realizan con estas unidades se incluye, actualmente, la apertura de su actividad a otras adicciones (dependencia sin sustancia, tabaco, ...)

Se inició un programa subvencionado de atención a pacientes con problemas de alcoholismo (graves y persistentes) **en régimen de comunidad terapéutica**, dirigido a aquellos pacientes para los que resultan insuficientes el resto de programas y dispositivos.

La experiencia acumulada permite estimar la necesidad de disponer, cuando menos de dos comunidades terapéuticas de este tipo, de referencia para Galicia, con un total de 50 plazas, que realicen un programa integral y continuado que incluya programa de acogida, ingreso, seguimiento post-alta con límite temporal determinado, en coordinación con los dispositivos correspondientes del SERGAS.

#### **5.4.4.3. Unidades de psicogeriatría (UP)**

Las unidades de psicogeriatría (UP) dan respuesta asistencial específica a la población de la tercera edad, respuesta necesaria por la evolución demográfica (marcado envejecimiento poblacional) y el consiguiente incremento de las patologías psiquiátricas asociadas a la edad (demencias, depresión, trastornos orgánicos cerebrales,...)

El criterio establecido inicialmente para las unidades específicas de atención ambulatoria es que exista por lo menos una para cada una de las siete grandes áreas, que funcionarían como un programa de refuerzo y referencia de las USM, con las que se establecerán los criterios de derivación y alta correspondientes.

Es necesario corregir el fuerte déficit de este tipo de unidades, creando seis nuevas unidades, de forma que cada una de las siete áreas sanitarias de referencia (Vigo, Pontevedra, Ourense, Lugo, Santiago, A Coruña y Ferrol) disponga de un dispositivo completo, tal y como cuenta en la actualidad el área de Santiago de Compostela.

**Con carácter general estas nuevas unidades deberían contar con** tres facultativos especialistas a tiempo completo (dos psiquiatras y un psicólogo clínico preferentemente con experiencia en neuropsicología) y dos titulados medios (enfermero/a y trabajador/a social/terapeuta ocupacional).

Estas unidades asegurarían, cuando se acordase, un programa de interconsulta y enlace con los dispositivos del área de bienestar y servicios sociales correspondientes.





#### 5.4.5. Unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica.

Las **unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica (UHRP)** consideradas en el artículo 15 del **Decreto 389/1994** fueron desarrolladas en el documento de **Propuestas de desarrollo de la atención a la salud mental en Galicia (1997)** en tres tipologías: **unidades de cuidados de rehabilitación, unidades de cuidados especiales y unidades de cuidados residenciales.**

El grado de desarrollo de estas unidades fue progresivo y se completó en las áreas de Vigo y de Santiago, aunque con deficiencias estructurales en esta última. En el área de Ourense el grado de diferenciación es menor por sus características singulares que requieren intervenciones estructurales y reordenación funcional, con asignación específica y diferenciada de recursos humanos y objetivos asistenciales. En el área de Lugo no fueron desarrolladas estas unidades por no tener transferido el Sergas el Hospital Psiquiátrico de la Diputación.

##### 5.4.5.1. Unidades de cuidados de rehabilitación

El establecimiento actual de cuatro unidades de cuidados de rehabilitación (UCR) (una por provincia y centro de rehabilitación psiquiátrica), requiere su actual independencia en espacios y recursos del resto de las unidades de estos centros.

Las recomendaciones en diversos planes vigentes son de una unidad por provincia y de 1 cama por 10.000 habitantes en módulos de 20 a 40 camas. Este último dato implica un incremento del 300% de las camas en la provincia de Pontevedra y del 100% en la provincia de A Coruña. La provincia de Ourense estaría ajustada entre sus recursos y las necesidades existentes, (la misma estimación se podría hacer para la provincia de Lugo, con la reserva de que no pertenece al Servicio Gallego de Salud).





**Tabla 5. Distribución de las camas de cuidados de rehabilitación y psiquiatras de esas unidades en los hospitales de referencia. Comparativa con las recomendaciones de 1 cama por cada 10.000 hab. y 1 psiquiatra por cada 10 camas.**

	Camas cuidados de rehabilitación			Habitantes	Psiquiatras		
	Actuales	Recomendables	Dif.		Actuales	1 por 10 camas	Dif.
C.H.U. de Santiago	50	99	-49	988.513	2	10	-8
C.H. Xeral-Calde <sup>1</sup>	?	31	?	306.388	?	3	?
C.H. Ourense	42	29	+13	292.357	2	3	-1
C.H. Xeral-Ciés	19	73	-54	726.895	1	7	-6
<b>TOTAL*</b>	<b>111</b>	<b>232</b>	<b>-90</b>	<b>2.314.153</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>-15</b>

(1) Pendiente de integración del H. Psiquiátrico San Rafael.

Como alternativa al incremento señalado antes se considera apropiada una solución mixta que contemple dos tipos de medidas:

**1. Incremento de camas:**

- De 30 camas en el área de Santiago para dar una respuesta asistencial más efectiva a las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol, que carecen de este tipo de unidad, y que tienen como referente la unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- De 20 camas en el área de Vigo para dar una respuesta asistencial más efectiva al área sanitaria de Pontevedra que carece de este tipo de unidad y que tiene como referente la unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
- De 30 camas en el área de Lugo (por diferenciación en el Centro Rehabilitador San Rafael o nueva creación en el Complejo Hospitalario Xeral Calde).

Este incremento debería ir acompañado de un compromiso asistencial formalizado (pactado y programado) con las áreas para las que estas unidades son de referencia, para asegurar la cobertura asistencial de sus necesidades de acuerdo con los estándares establecidos.



2. Potenciación de alternativas extrahospitalarias de rehabilitación psiquiátrica:

- Puesta en marcha a través de los equipos de continuidad de cuidados del programa de trastorno mental severo, con incidencia específica en la atención domiciliaria y comunitaria.
- Potenciar la capacidad de los hospitales de día como alternativa a la hospitalización, reforzando su dotación e incrementando plazas de centros de rehabilitación psicosocial y laboral, que permitirían derivar pacientes de dichas características desde los hospitales de día.
- Incremento del número de plazas de pisos y residencias para pacientes psiquiátricos con trastorno mental severo.

Estas alternativas permitirían además de reducir el incremento de camas de unidades de rehabilitación hospitalaria de 300 y 100% respectivamente al 50% -en ambas provincias- con la consiguiente mejorar sus ratios en la dotación de recursos humanos.

**Tabla 6. Distribución de las camas de cuidados de rehabilitación y psiquiatras de esas unidades en los hospitales de referencia de utilizar la alternativa mixta.**

	Camas cuidados de rehabilitación			Habitantes	Psiquiatras		
	Actuales	Recomendables	Dif.		Actuales	1 por 20 camas	Dif
C.H.U. de Santiago	50	80	-30	988.513	2	4	-2
C.H. Xeral-Calde <sup>1</sup>	?	31	?	306.388	?	2	?
C.H. Ourense	42	29	+13	292.357	2	1,5	+0,5
C.H. Xeral-Ciés	19	39	-20	726.895	1	2	-1
<b>TOTAL*</b>	<b>111</b>	<b>179</b>	<b>-37</b>	<b>2.314.153</b>	<b>5</b>	<b>9,5</b>	<b>-2,5</b>

(1) Pendiente de integración del H. Psiquiátrico San Rafael o de solución alternativa. En cualquier caso supondría la creación de 31 camas.

Como se puede apreciar comparando las tablas 5 y 6, con esta alternativa se reducirían las necesidades de camas en 53 y la dotación de psiquiatras en 12 (no se contabiliza la reducción de necesidades de otras tipologías de personal que conlleva la reducción de camas). Esto hace más idónea esta alternativa.



Este aumento de recursos debería realizarse de forma secuencial a lo largo de los seis años de vigencia del Plan.

Con carácter general las unidades de cuidados de rehabilitación deberán contar con un psiquiatra por cada 20 camas, un psicólogo por unidad, un trabajador social por unidad, un terapeuta ocupacional por unidad y, por lo menos, seis DUE y 12 auxiliares de enfermería por unidad.

#### 5.4.5.2. Unidades de cuidados especiales

Actualmente la dotación media en unidades de cuidados especiales (UCE) es de 0,26 camas por 10.000 habitantes, aunque debería ser, por lo menos, de 0,4 camas por 10.000 habitantes, dadas las necesidades asistenciales y las características de estas unidades que de facto las convierte en unidades de media o larga duración por su tipología de pacientes (pacientes con problemas judiciales, con problemas graves de conducta, con trastorno mental severo resistente a tratamiento, con trastornos de personalidad graves ...).

Por otra parte, dada la especificidad de estas unidades, no resulta recomendable un número de camas superior a 25 por cada una de ellas. La propuesta resultante sería la siguiente:

**Tabla 7. Distribución de las camas de cuidados especiales de rehabilitación en los hospitales de referencia. Comparativa con las recomendaciones de 0,4 camas por 10.000 habitantes (la distribución del total entre las distintas unidades se ajusta para que ninguna supere las 25 camas).**

	Población	Actual	Recomendables	Diferencia
C. H. U. Santiago	988.513	20	25	-5
C.H. Xeral-Calde <sup>1</sup>	306.388		20	
C. H. Ourense	292.357	15	21	-6
C. H. Xeral-Cíes	726.895	15	25	-10
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>91</b>	<b>-21</b>

(1) Pendiente de integración del H. Psiquiátrico San Rafael en el Sergas y sin diferenciación precisa de unidades en el momento actual o solución alternativa en Complejo Hospitalario Xeral Calde, aunque serían recomendables según estas estimaciones 20 camas..



Con carácter general estas unidades de cuidados especiales deberán contar con un psiquiatra cada 10 camas, un psicólogo por unidad, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, nueve DUE y 16 auxiliares de enfermería y el personal complementario preciso.

**Una necesidad asistencial específica y urgente de carácter particularmente problemático es la atención de pacientes ingresados de carácter penal, por imperativo judicial y sentencias prolongadas.** Dicha necesidad asistencial requeriría la creación de un **módulo o unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria** de referencia para la Comunidad Autónoma.

Si tomamos como referencia la dotación de este tipo de camas por población general en la Comunidad Autónoma de Cataluña para este tipo de unidades (única en España creada en la red autonómica pública), equivalente a 0,1 camas por cada 10.000 habitantes, es decir 26 camas para nuestra Comunidad Autónoma y que podrían estar en un módulo "ad hoc" (con las características estructurales adecuadas).

Con carácter general, la estimación de recursos para esta unidad sería de un psiquiatra por cada 10 camas, un psicólogo por unidad, un terapeuta ocupacional, un trabajador social, nueve DUE y 16 auxiliares de enfermería y el personal complementario preciso.

Resulta necesario, asimismo, incorporar al convenio ya existente con la Consellería de Justicia en relación con la medicina forense cláusulas que establezcan la colaboración, de los facultativos especializados de la red de salud mental a efectos de informes periciales psicológicos y psiquiátricos.

#### ***5.4.5.3. Unidades de cuidados residenciales***

Las unidades de cuidados residenciales (UCRES) están dirigidas a la atención de pacientes estables, de larga evolución, cuya situación no requiere cuidados específicos pero que por su carencia de autonomía y patología psiquiátrica requieran una atención en régimen residencial.

El número total de este tipo de camas en nuestra Comunidad Autónoma es de 380 (sin contar con las pertenecientes al Centro Residencial y Rehabilitador San Rafael de Castro Ribeiras de Lea), equivalente a 1,6 camas por 10.000 habitantes siendo la estimación que realiza el **documento técnico de referencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)** para plazas residenciales de 0,5 por 10.000 habitantes, lo que equivaldría a 115 camas.

Esta excesiva cantidad en el número de plazas residenciales en las unidades de cuidados de rehabilitación se debe, por una parte, a su procedencia de los antiguos hospitales psiquiátricos (se concentra en el Hospital Psiquiátrico de Conxo, por razones históricas), y por otra, la carencia de estructuras externas de tipo residencial para este tipo de pacientes.

Las unidades de cuidados residenciales deberían sufrir una reducción progresiva, acompañada de la creación de plazas residenciales externas para este tipo de pacientes.

La tasa de facultativos, psiquiatras y psicólogos clínicos, por número de camas que se estima necesaria sería de 1/60.

Una alternativa apropiada para este tipo de unidades, especialmente en las áreas de Vigo, Ourense y Pontevedra sería externalizarlas, reordenando sus recursos para reforzar las unidades de cuidados de rehabilitación y de cuidados especiales. Las soluciones para las unidades de cuidados residenciales de Conxo y Castro deberían estudiarse de modo singular.

#### **5.4.6. Pisos protegidos y unidades residenciales.**

Estos dispositivos suponen una alternativa real al ingreso en unidades de cuidados de rehabilitación y cuidados residenciales.

En el año 2004 existían 112 plazas de **pisos protegidos**, aproximadamente una tasa de 0,4/10.000 habitantes, y debería alcanzarse una tasa de 0,7/10.000 habitantes a lo largo del desarrollo de este **Plan** (aunque se debería seguir incrementando posteriormente hasta alcanzar una tasa de 1/10.000 habitantes para acercarse a





las cifras mínimas de referencia estimadas por el **documento técnico de referencia de la AEN**, según recoge la tabla 8).

**Tabla 8. Necesidades de plazas en pisos protegidos asumiendo 0,7 y 1 plaza por 10.000 habitantes.**

Área	Población protegida	Actual	Recomendables 0,7	Diferencia	Recomendables 1	Diferencia
C.H. J. Canalejo	517.379	16	36	-20	52	-36
C.H. A. Marcide	193.365	10	14	-4	19	-9
C.H.U.Santiago	440.776	29	31	-2	44	-15
C.H. Xeral-Calde	219.815	5	15	-10	22	-17
H. dá Costa	70.492	4	5	-1	7	-3
H. de Monforte	50.721	4	4	0	5	-1
C.H. Ourense	327.935	10	23	-13	33	-23
C.H.U. Vigo	542.636	23	38	-15	54	-31
C.H. Pontevedra	284.629	11	20	-9	28	-17
<b>SER GAS</b>	<b>2.647.748</b>	<b>112</b>	<b>186</b>	<b>-74</b>	<b>264</b>	<b>-152</b>

Esto supone un incremento de 74 plazas para alcanzar la tasa de 0,7/10.000 en el conjunto de la Comunidad Autónoma, de acuerdo con la distribución reflejada en la tabla 8.

En el caso de las **residencias específicas**, existían solamente 18 plazas para toda la Comunidad Autónoma, lo que supone una tasa de 0,06/10.000 habitantes, claramente insuficiente para las necesidades actuales. Debería alcanzarse por lo menos una tasa de 0,25/10.000 durante el desarrollo del **Plan** (aunque debería incrementarse posteriormente hasta una tasa de 0,5/10.000 para acercarse a las cifras mínimas de referencia estimadas por el **Documento de Consenso del IMSER-SO**).



**Tabla 9. Necesidades de plazas en residencias específicas asumiendo 0,25 y 0,5 plazas por 10.000 habitantes.**

Área	Población protegida	Actual	Recomendables 0,25	Diferencia	Recomendables 0,5	Diferencia
C.H. J. Canalejo	517.379	0	13	-13	26	-26
C.H. A. Marcide	193.365	0	5	-5	10	-10
C.H.U.Santiago	440.776	0	11	-11	22	-22
C.H. Xeral-Calde	219.815	0	5	-5	11	-11
H. da Costa	70.492	0	2	-2	4	-4
H. de Monforte	50.721	0	1	-1	3	-3
C.H. Ourense	327.935	9	8	+1	16	-7
C.H.U. Vigo	542.636	0	14	-14	27	-27
C.H. Pontevedra <sup>1</sup>	284.629	9	7	+2	14	-5
<b>SERGAS</b>	<b>2.647.748</b>	<b>18</b>	<b>66</b>	<b>-48</b>	<b>133</b>	<b>-115</b>

(1) Situada en Vilagarcía de Arousa.

Esto supone un incremento mínimo de 48 plazas para alcanzar la tasa de 0,25/10.000 en el conjunto de la Comunidad Autónoma, de acuerdo con la distribución reflejada en la tabla 9.

**El 25% del total de plazas debe reservarse para programas de respiro familiar/descanso familiar.**

#### 5.4.7. Centros de rehabilitación psicosocial y laboral

En el año 2004 había 2,3 plazas por 10.000 habitantes adultos en centros de rehabilitación psicosocial y laboral (CRPL). El objetivo es alcanzar las **3 plazas por 10.000 habitantes adultos**. Esto supone crear como mínimo 165 plazas en el conjunto de la Comunidad Autónoma. Su distribución debería realizarse primando la corrección del déficit en las áreas señaladas en la tabla 10.



El criterio prioritario de asignación debería corresponder a las necesidades vinculadas a los actuales hospitales de día, que necesitarían, para cumplir sus funciones con efectividad, trasladar a aquellos pacientes con tipología de CRPL a estos centros.

Las actividades específicas realizadas en estos centros deberán tener continuidad con programas de integración laboral y empleo con apoyo para los usuarios que lo requieran.

**Tabla 10. Necesidades de plazas en centros de rehabilitación psicosocial y laboral en las provincias gallegas asumiendo 3 plazas por 10.000 habitantes adultos de población protegida.**

Provincia	Población adulta protegida	Plazas actuales	Recomendables 3 plazas/10.000	Diferencia
A Coruña	988.513	185	297	-112
Lugo	306.388	65	92	-27
Ourense	292.357	95	88	+7
Pontevedra	726.895	185	218	-33
<b>SERGAS</b>	<b>2.314.153</b>	<b>530</b>	<b>695</b>	<b>-165</b>



## 5.5. PROGRAMAS DE SALUD MENTAL.

Los programas preventivos, asistenciales y rehabilitadores constituyen la base de la cartera de servicios y deberán, con carácter general, tener una estructura que responda a los siguientes apartados:

- Descripción general del programa.
- Objetivos del programa.
- Criterios de inclusión en el programa: perfil de pacientes/usuarios a los que va dirigido.
- Vías de derivación.
- Metodología asistencial.
- Líneas de actuación.
- Recursos necesarios.
- Cronograma (incluirá fecha de puesta en funcionamiento).
- Sistema de registro y evaluación.

### 5.5.1. Programas preventivos.

#### 5.5.1.1. Programa antiestigma.

Destinado a la concienciación social y desmitificación de la enfermedad mental, informando a la sociedad sobre las posibilidades de tratamiento y reinserción de los pacientes con problemas de salud mental, promoviendo la reducción de las barreras y perjuicios que obstaculizan la integración de estos pacientes.





Para ello, es decisiva la colaboración con la atención primaria de salud y atención primaria social así como con instituciones, agencias y organizaciones de la sociedad civil y que se podría concretar en los siguientes apartados:

- Información y sensibilización social para evitar discriminación negativa de los pacientes con trastorno mental, especialmente las de patología más grave y persistente.
- Información selectiva para autoridades, instituciones y organizaciones sociales.
- Información dirigida a fomentar un tratamiento no estigmatizador de estos pacientes en los medios de comunicación.

#### ***5.5.1.2. Programa de cuidado a cuidadores.***

- Programa de asesoramiento y apoyo, dirigido a familiares y cuidadores informales de pacientes con trastorno mental severo (TMS): programas psicoeducativos, de orientación, asesoramiento y apoyo.
- Programas psicoeducativos de carácter sistemático, dirigidos a familiares y cuidadores informales convivientes con pacientes no-TMS que acceden a las unidades de la red de salud mental.
- Programa de respiro y/o descanso familiar, dirigido prioritariamente a familiares y/o cuidadores de pacientes con trastorno mental grave.
- Programa de atención integral a los profesionales sanitarios con problemas psíquicos (PAIME, RETORNO, ...).
- Programa de prevención de riesgos laborales, orientado a personal sanitario y especialmente a profesionales en formación (MIR, PIR, FIR, BIR, EIR) en colaboración con la unidad competente en esta materia.

#### ***5.5.1.3. Programas preventivo-asistenciales***

Dirigidos tanto a la prevención primaria (prevención y promoción en salud mental) como a la prevención secundaria (detección e intervención precoces en problemas de salud mental).

**5.5.1.3.1. En colaboración con atención primaria y orientado por tramos de edad:**

- Programa del niño sano.
- Programa del adolescente.
- Programa del anciano de riesgo.

**5.5.1.3.2. Programas dirigidos especialmente a la atención de grupos de riesgo :**

- Intentos autolíticos.
- Trastorno mental severo.
- Trastorno por usos perjudiciales de sustancias o dependencia sin sustancia.
- Trastorno de la conducta alimentaria.

**5.5.2. Programas asistenciales.**

Tal como se señala en el punto 11 del apartado 4.2, existen evidencias de que el uso de herramientas de gestión clínica contribuyen a disminuir la variabilidad no justificada de las prácticas clínicas y asistenciales y favorecen su comparabilidad.

En este ámbito, los programas prioritarios a desarrollar son los dirigidos a la consulta a demanda que se especifican a continuación:





#### ***5.5.2.1. Programas para problemas prevalentes en salud mental.***

Dirigidos a los pacientes que presentan los trastornos mentales más frecuentes aunque de moderada gravedad y persistencia, que requieren intervenciones conjuntas de atención primaria y de la red de salud mental, como son: patología depresiva, ansiosa y de somatización.

#### ***5.5.2.2. Programa de trastorno mental severo.***

Dirigido a pacientes con trastornos mentales graves y persistentes, especialmente pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico y trastorno afectivo (particularmente trastorno bipolar).

Dichos programas contemplan la continuidad asistencial tanto en régimen ambulatorio como hospitalario.

Asimismo han de desarrollarse adaptándose a las características que dichos trastornos presenten en las distintas etapas vitales (infancia, adolescencia, adultez, vejez).

#### ***5.5.2.3. Programas de interconsulta y enlace.***

Dirigidos a dar respuesta a distinto tipo de demandas de otros niveles asistenciales y especialidades: intervención, asesoramiento y apoyo en programas específicos como dolor, oncología, trasplante, daño cerebral ...; asesoramiento a otros profesionales, así como su formación y adiestramiento en habilidades específicas de salud mental.

Aunque inicialmente surgen en el ámbito hospitalario también se aplican progresivamente en el ámbito ambulatorio y especialmente con atención primaria.

El desarrollo de los programas de interconsulta y enlace en el medio hospitalario será llevado a cabo por las unidades específicas según lo dispuesto en el apartado 5.4.3.

#### ***5.5.2.4. Programa de observación e intervención en crisis hospitalaria.***

Dirigido a pacientes que presentan crisis psiquiátricas o psicosociales y que requieren intervención urgente, intensiva y de corta duración en régimen hospitalario.

#### **5.5.2.5. Programa de consulta de alta resolución.**

Dirigido a dar una respuesta rápida a problemas previamente seleccionados en colaboración con atención primaria y otras especialidades.

El formato de respuesta establecería el alta y devolución al profesional derivante con la realización, preferentemente, de una sola consulta y con un máximo de dos consultas distanciadas por un intervalo inferior a una semana.

#### **5.5.2.6. Programa de teleasistencia.**

Dirigido a dar respuesta de interconsulta y asesoramiento preferentemente a profesionales de atención primaria o de residencias de la tercera edad y/o educación especial, que por su distancia (medida en isocronas) de la unidad de salud mental correspondiente, lo necesiten y requieran.

Este programa tendrá un carácter mixto, **presencial** (pacientes con los que exista una relación clínica previa) y **a distancia**. Se iniciaría con carácter general de modo presencial y posteriormente se establecerían los intervalos de los contactos a distancia.

#### **5.5.2.7. Programa con procedimientos específicos.**

En este tipo de programas se establecerán las indicaciones para los distintos tipos de estrategias, farmacológicas y psicoterapéuticas, así como para su uso combinado.

- Estrategias farmacológicas: clínica de litio, neurolépticos de acción prolongada, monitorización de fármacos ...
- Estrategias psicoterapéuticas: individual familiar, grupal...

#### **5.5.3. Programas rehabilitadores.**

- Programa de rehabilitación activa (hospitalario y extrahospitalario).
- Programa de rehabilitación y contención.





- Programa de cambio conductual (conducta disruptiva).
- Programa de mantenimiento y refuerzo de niveles de rehabilitación (hospitalario y extrahospitalario).
- Programa de autocuidado y autogestión de vida diaria.
- Programa de habilidades sociales e interpersonales.
- Programa de cuidados según el grado de dependencia.
- Programa de alojamiento alternativo.
- Programa de actividades ocupacionales.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Programa de habilidades y hábitos prelaborales.
- Programa de hábitos laborales dirigidos a la integración en el ámbito laboral.
- Programas psicoeducativos.

#### **5.5.4. Programas especiales.**

##### ***5.5.4.1. Programa de atención a problemas relacionados con el consumo perjudicial de alcohol, tabaco así como aquellos relacionado con dependencias sin sustancia.***

- Programas de prevención:
  - Apoyo a la abstinencia y promoción de estilos de vida y hábitos saludables.
  - Programas de prevención de recaídas.
  - Campañas de sensibilización de la población.
- Programas asistenciales relacionados con el consumo perjudicial de alcohol.

- Programas asistenciales relacionados con dependencias sin sustancia.
- Programas asistenciales relacionados con el tabaquismo (programa complementario en colaboración con Salud Pública).
- Programa asistencial de patología dual, en coordinación con las unidades de atención a las drogodependencias.

Todos estos programas se realizarán en estrecha colaboración con Atención Primaria.

#### ***5.5.4.2. Programa de trastornos de conducta alimentaria.***

Programa integrado en los distintos niveles de la red asistencial:

- Atención Primaria:
  - Prevención y detección precoces.
  - Atención y seguimiento.
  - Derivación a USM-IJ y/o USM.
- Atención especializada:
  - USM: programa de atención y derivación, de ser preciso, a programas de hospitalización (parcial o completa).
  - Hospital de día: programa de atención y derivación, de ser preciso, a programas de hospitalización y/o continuidad de cuidados.
  - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica:
    - > Atención hospitalaria con programa conjunto con servicios y especialidades complementarias (Pediatría, Medicina Interna, Endocrinología, Nutrición, ...)
    - > Derivación a la Unidad de Desórdenes Alimentarios, de referencia autonómica.



- Unidad de Desórdenes Alimentarios:
  - > Unidad de referencia para la asistencia a pacientes complejos derivados de las unidades de hospitalización psiquiátrica.
  - > Derivación tras asistencia a USM-IJ y/o USM, para su atención y seguimiento y, en su caso, traslado al nivel asistencial de Atención Primaria.

#### ***5.5.4.3. Programa de intervención en crisis y urgencias comunitarias (Programa Acougo en colaboración con el 061).***

En colaboración con la Fundación Pública 061:

- **Subprograma ACOUGO de traslado e internamiento urgente e involuntario.**
- **Subprograma Alerta ACOUGO dirigido a pacientes con trastorno mental grave y especial riesgo de crisis** (intervención guiada por archivo clínico predefinido).
- **Guías de actuación:**
  - Alteraciones de conducta.
  - Traslado involuntario.
  - Paciente agitado.
  - Paciente con psicosis.
  - Paciente con depresión.
  - Paciente con ideación suicida.
- **Guía farmacológica.**



#### **5.5.4.4. Programa de salud mental y catástrofes.**

En coordinación con Atención Primaria, Salud Pública y Fundación Pública 061.

Conllevaría un programa de coordinación y formación "ad hoc".

#### **5.5.5. Programas de formación.**

##### **5.5.5.1. Programa de formación de especialistas (MIR, PIR, EIR...).**

- **MIR** de psiquiatría. Incremento del número de plazas pasando de siete a 13. Está pendiente de acreditación el área de Pontevedra, acreditación que deberá promoverse a lo largo del transcurso del Plan.
- **PIR**. Actualmente sólo se ofertan cuatro plazas, por lo que no puede estabilizarse este programa en cada una de las áreas. Deberían ofertarse por lo menos una plaza por cada una de las siete áreas pasando de 4 a 7. Pendiente de acreditación el área de Pontevedra que deberá resolverse a lo largo del transcurso del plan.
- **EIR**. Se está iniciando la implantación en algunas comunidades autónomas. En Galicia sólo se ofertan dos plazas vinculadas a la Escuela Universitaria de Enfermería de Vigo. En el transcurso del desarrollo del plan debería de ofertarse una plaza de EIR por cada una de las siete áreas.

##### **5.5.5.2. Programa de formación continuada.**

Deberá mantenerse el programa de actualización (80 horas/año) que se está realizando a través de la Fegas.

Deberían incorporarse a lo largo del transcurso del plan programas de supervisión externa (supervisión por pares-peer review)

Mantenimiento del día docente en cada una de las siete áreas sanitarias.





Programas monográficos adicionales sobre temas que requieran una actualización urgente, y/o prioritaria.

El conjunto de las acciones de formación deberán centrarse especialmente en los procedimientos y técnicas vinculados al desarrollo de los programas del **Plan Estratégico de Salud Mental**.

#### 5.5.6. Programas de investigación.

Este es uno de los aspectos que requieren un esfuerzo de promoción más importante, especialmente en lo referido a:

**Las líneas de investigación** deberán tener en general un carácter aplicable a la **clínica** y a la asistencia, y por lo tanto, centrarse en las áreas relevantes: investigación epidemiológica y clínica; investigación sobre calidad; investigación sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales; con la utilización de las tecnologías más idóneas en cada caso.

El desarrollo de estas líneas requerirá la puesta en marcha de los siguientes programas:

- Programa de formación en metodología de investigación.
- Programa de promoción y generación de redes asociadas de investigadores clínicos y básicos.
- Programa de colaboración con las unidades de investigación de las distintas áreas sanitarias.
- Programas de investigación aplicada a los problemas más graves, frecuentes y emergentes de salud mental en la población.
- Programas de evaluación de servicios y calidad asistencial.

## 5.6. CARTERA DE SERVICIOS.

- En cada una de las siete grandes áreas deberán existir las prestaciones que figuran en el catálogo sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Específicamente se concretarían en las prestaciones derivadas del desarrollo de los distintos programas antes señalados.
- En todas las áreas existirán programas de atención a la salud mental de: adultos, infanto-juveni, psiquiatría, programas específicos (alcoholismo, dependencias sin sustancia, trastornos de la conducta alimentaria,...), atención a urgencias domiciliaria y hospitalaria, hospitalización psiquiátrica, programa/unidad de intervención en crisis, programa/unidad de interconsulta y enlace, hospitalización parcial (centro de día), continuidad de cuidados (comunitario y a domicilio).

## 5.7. CALIDAD ASISTENCIAL.

### 5.7.1. Medidas dirigidas al incremento de la calidad clínica y asistencial.

- Entre las medidas orientadas a la calidad clínica y asistencial, destacan:
  - Gestión clínica por procesos: se opta por esta modalidad para dar una respuesta, fundamentalmente a la demanda derivada desde atención primaria, a través de programas que incluyan los procesos asistenciales más prevalentes (depresión, ansiedad, trastornos por somatización).
  - Como apoyo a la gestión clínica por procesos se potenciará el diseño e implementación en la asistencia de guías clínicas (trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos, trastornos de angustia, trastornos por dependencia de alcohol y dependencias sin sustancia, riesgo suicida, ...) y protocolos (consentimiento informado, ingreso voluntario e invo-





luntario, medidas de contención y aislamiento, tratamientos biológicos especiales...) referidas a la atención de los trastornos más graves y que presenten mayor variabilidad en su realización, así como el análisis de su impacto en la variabilidad de las prácticas clínicas respectivas.

- Entre las medidas que promueven la calidad orientada a los usuarios están:
  - Utilización de escalas-cuestionarios de calidad estandarizados para monitorizar y evaluar las mejoras obtenidas en la calidad de vida de los pacientes.
  - Realización de encuestas de satisfacción y calidad percibida por pacientes y familiares.
  - Aplicación adaptada de la **Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** y seguimiento de su implantación efectiva en la asistencia.
  - Incremento de la accesibilidad.
  - Tiempos de demora máxima.
- Entre las medidas que promueven la calidad orientada a los profesionales estarían:
  - La formación y actualización de conocimientos.
  - La investigación.
  - Los programas de cuidados a los cuidadores profesionales, así como la acogida y tutela de los profesionales sanitarios en formación.

#### 5.7.2. Medidas dirigidas a incrementar la accesibilidad a los servicios de salud mental.

Puesta en marcha del programa de telepsiquiatría, especialmente dirigido a las áreas alejadas del centro de referencia para garantizar el acceso a la atención especia-

lizada a pacientes con trastornos psiquiátricos desde su centro de Atención Primaria, sin necesidad de que se desplacen y reduciendo así los tiempos de espera.

Se facilitará al paciente la opción de cambio de especialista, de acuerdo con las orientaciones y acuerdos en el sistema nacional de salud.

Se potenciará la atención ambulatoria y comunitaria para la atención a pacientes y familiares.

La potenciación de la coordinación con atención primaria que lleva consigo la clínica gestionada por procesos, agilizando y mejorando así la respuesta a los usuarios de los servicios.

Asimismo, se asegurarán respuestas adaptadas a las necesidades asistenciales de los pacientes y a su ámbito familiar que influirán en los límites de las demoras asistenciales.

Se promoverá ordenadamente la accesibilidad no presencial (teléfono, sms, correo electrónico...).

## **5.8. EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

### **5.8.1. Situación actual.**

En la actualidad la información sobre el funcionamiento de los servicios ambulatorios de salud mental es recogida de forma desigual, lo que hace difícil la comparación entre distintas áreas sanitarias.

Actualmente se completó la integración normalizada de salud mental a través del CMBD hospitalario y del SISINFO.

Está pendiente la integración normalizada del sistema de información ambulatoria de salud mental en la red del Sergas.

Para todo ello es preciso completar la informatización de la red de salud mental.





Básicamente el sistema de evaluación estará constituido por indicadores extraídos del sistema actual de información sanitaria, al que se añadiría el seguimiento de los programas a través de los indicadores en ellos establecidos, así como el seguimiento del desarrollo del **Plan Estratégico** a través del cronograma establecido al efecto en el punto 6 de este documento.

### **5.8.2. Establecimiento de un sistema formalizado de observación y seguimiento en salud mental.**

#### **5.8.2.1. Objetivos**

Conocer la situación de la salud mental de la población gallega y su evolución a través del análisis y estudio de diversas fuentes de información, tanto propias como ajenas, intentando abarcar el amplio conjunto de factores que inciden sobre ella.

Servir de apoyo y documentación a los órganos responsables de las políticas de salud cara a formular propuestas y recomendaciones de actuaciones frente a las necesidades que vayan surgiendo.

#### **5.8.2.2. Funciones**

Prioritariamente se formalizará un sistema de indicadores de estructura, proceso y resultados que pueda utilizarse como cuadro de mandos autonómico de la red de salud mental y de su funcionamiento.

- Establecer un sistema de información que recoja los distintos aspectos más significativos de los pacientes atendidos en los distintos niveles de la red asistencial así como las actuaciones realizadas sobre ellos. En definitiva, extender, con las oportunas modificaciones, el actual Registro de Casos al conjunto de los dispositivos asistenciales de nuestra Comunidad Autónoma.
- Seguir el tratamiento en los medios de comunicación de nuestra Comunidad Autónoma de los problemas de salud mental y promover unos estándares científico-éticos en el abordaje de estos temas en la prensa.

- Elaborar una memoria de carácter anual que, basándose en las distintas fuentes de información, aporte una visión clara de la situación actual de la salud mental de la población.
- Difundir información relevante a los problemas de salud mental por medio de informes y boletines de carácter periódico entre los diversos estamentos y agencias institucionales, asociaciones y profesionales.
- Promover estudios puntuales de carácter epidemiológico o de otro tipo allí donde la situación lo requiera.
- Establecer relaciones de intercambio y cooperación con otros observatorios y agencias de índole similar.
- Realizar informes dirigidos a los órganos de gestión pertinentes, cuando se presenten necesidades insatisfechas, o deficiencias en la respuesta frente a ellas.
- Difundir información relevante de los problemas de salud mental entre los diversos estamentos y agencias y los profesionales con el fin de promover transparencia y comparabilidad.
- Difusión del conocimiento de las nuevas técnicas terapéuticas basadas en la evidencia entre los distintos profesionales de la red y su promoción a través de los órganos competentes en la formación del profesional de nuestra red asistencial.

## 5.9. PROGRAMAS DE COLABORACIÓN

Realizar programas de formación y asesoramiento técnico en el ámbito de la salud mental y su desarrollo organizativo y normativo.

Promover fórmulas de cooperación que permitan un intercambio de información, programas, experiencias así como el establecimiento de acciones comunes con:

- Otras comunidades autónomas.
- Países europeos (Programa Interreg con Portugal)
- Otros países: Latinoamérica, OPS-OMS.







# ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA<sup>1</sup>

Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011



6

---

<sup>1</sup> Se reflejan exclusivamente los incrementos de cada año, sin tener en cuenta las acumulaciones y consolidaciones de años anteriores.





## 6.1. CAPÍTULO I <sup>2 3</sup>

### Incremento de recursos humanos por tipología profesional y dispositivo

CAPÍTULO I (incremento)	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE	O	Coste
USM	13	7	8	0	0	0		1.243.861
USMI-J	4	1	1	0	0	0		281.699
UP	7	6	7	3	0	0		945.808
UAD	1	1	1	4	0	0		243.064
HD	2	1	0	0	4	8		420.925
ECC	6	0	8	4	3	7		871.025
UHP	0	0	1	0	0	0		29.267
UHP (Ic)	2	3	1	0	0	0		281.699
UHPI-J	3	1	12	1	1	12	1	858.788
UCR	3	3	0	1	2	0		389.658
UCE	0	1	0	0	0	0		50.486
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>5.616.279</b>

### Incremento de prazas MIR, PIR, EIR

CATEGORÍA (incremento)	Nº	COSTE
MIR	6	95.990
PIR	3	47.995
EIR	5	67.993
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>211.978</b>

<sup>2</sup> Pendiente de regularizar el paso a capítulo I de los ocho profesionales de la salud mental que en la actualidad se financian por el capítulo VI así como el coste del personal con la categoría de psicólogo clínico.

<sup>3</sup> Custo de la categoría de psicólogo clínico actualizado.



## 6.2. CAPÍTULO II

CAPÍTULO II (incremento)	Nº plazas	Presupuesto
Pisos protegidos	74	296.000
Viviendas transición	28	112.000
Unidades residenciales	73	1.022.000
Centros de rehabilitación y reinserción psicosocial y laboral	169	422.500
Plazas residenciales	52	1.233.700
<b>TOTAL</b>		<b>3.086.200</b>

## 6.3. CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV (incremento)	Nº plazas	Presupuesto
Plazas en comunidad terapéutica alcoholismo	40	560.000

## 6.4. CAPÍTULO VI

CAPÍTULO VI (incremento)	CHOU	CHUS	XERAL CALDE <sup>1</sup>	PRESUPUESTO
INFRAESTRUCTURAS				
UCR	1	1		3.487.500
UCE	1	1		3.040.000
UHP-IJ		1		1.150.000
EQUIPOS PROCESOS INFORMACIÓN				101.268
<b>TOTAL</b>				<b>7.778.768</b>

(1) Adaptación del Hospital de Calde para la creación de 1 unidad de cuidados de rehabilitación psiquiátrica y 1 unidad de cuidados especiales.

## 6.5. RESUMEN POR CAPÍTULOS

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2006-2011							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
CAPÍTULO I	869.312	1.459.096	1.045.385	851.702	810.906	791.856	5.828.257
CAPÍTULO II	415.000	926.500	511.250	519.250	362.350	351.850	3.086.200
CAPÍTULO IV	0	280.000	70.000	70.000	70.000	70.000	560.000
CAPÍTULO VI	101.268	1.150.000	3.220.000	3.307.500			7.778.768
<b>TOTAL</b>	<b>1.385.580</b>	<b>3.311.391</b>	<b>4.846.635</b>	<b>4.748.452</b>	<b>1.243.256</b>	<b>1.213.706</b>	<b>17.253.225</b>





# CRONOGRAMA



Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011

7





## 7.1. CAPÍTULO I <sup>1</sup>

CONTRATACIÓN DE PERSONAL															
CAP. I (incremento)	2006						IMPORTE	2007						IMPORTE	
	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE		Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE		
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>869.312</b>	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>810.906</b>	
CAP. I (incremento)	2008							IMPORTE	2009						IMPORTE
	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE	O		Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE	
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1.018.188</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>810.906</b>
CAP. I (incremento)	2010						IMPORTE	2011						IMPORTE	
	Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE		Psq	Psc	DUE	TS	TO	AE		
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>810.906</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>791.856</b>	

	2006		2007		2008		2009	
	Plazas	Importe	Plazas	Importe	Plazas	Importe	Plazas	Importe
MIR	0	0	6	95.990	0	0	0	0
PIR	0	0	3	47.995	0	0	0	0
EIR	0	0	0	0	2	27.197	3	40.796
<b>Total</b>		<b>0</b>		<b>143.985</b>		<b>27.197</b>		<b>40.796</b>

<sup>1</sup> Refleja exclusivamente los incrementos de cada año, sin tener en cuenta las acumulaciones y consolidaciones de años anteriores. La causa de la acumulación de las plazas creadas en el 2006 se añaden otros 504.205 euros.





## 7.2. CAPÍTULO II

CAP. II	2006		2007		2008	
	Plazas	Importe	Plazas	Importe	Plazas	Importe
Pisos protegidos	5	20.000	12	48.000	15	60.000
Viviendas transición	0		6	24.000	6	24.000
Unidades residenciales	15	210.000	20	280.000	10	140.000
Centros de rehabilitación y reinserción psicosocial y laboral	74	185.000	40	100.000	20	50.000
Plazas residenciales	0	0	20	474.500	10	237.250
<b>TOTAL</b>		<b>415.000</b>		<b>926.500</b>		<b>511.250</b>

CAP. II	2009		2010		2011	
	Plazas	Importe	Plazas	Importe	Plazas	Importe
Pisos protegidos	22	88.000	10	40.000	10	40.000
Viviendas transición	6	24.000	6	24.000	4	16.000
Unidades residenciales	10	140.000	9	126.000	9	126.000
Centros de rehabilitación y reinserción psicosocial y laboral	12	30.000	12	30.000	11	27.500
Plazas residenciales	10	237.250	6	142.350	6	142.350
<b>TOTAL</b>		<b>519.250</b>		<b>362.350</b>		<b>351.850</b>

### 7.3. CAPÍTULO IV

CAP. IV	2006		2007		2008	
	Plazas	Importe	Plazas	Importe	Plazas	Importe
Plazas en comunidad terapéutica alcoholismo	0	0	20	280.000	5	70.000

CAP. IV	2009		2010		2011	
	Plazas	Importe	Plazas	Importe	Plazas	Importe
Plazas en comunidad terapéutica alcoholismo	5	70.000	5	70.000	5	70.000

### 7.4. CAPÍTULO VI

INFRAESTRUCTURAS	2006	2007	2008	2009
UCR CHOU (36 camas)			1.700.000	
UCR CHUS (40 camas)				1.787.500
UCE CHOU (26 camas)			1.520.000	
UCE CHUS (26 camas)				1.520.000
UHP-IJ CHUS (20 camas)		1.150.000		
Equipos procesos información	101.268			
<b>TOTAL</b>	<b>101.268</b>	<b>1.150.000</b>	<b>3.220.000</b>	<b>3.307.500</b>





## 7.5. COSTE TOTAL ACUMULADO PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2006-2011

Capítulo	2006		2007		2008	
	anualidad	incremento	anualidad	incremento	anualidad	incremento
Cap. I	869.312	869.312	2.328.408	1.459.096	3.373.793	1.045.385
Cap. II	415.000	415.000	1.341.500	926.500	1.852.750	511.250
Cap. IV	0	0	280.000	280.000	350.000	70.000
Cap. VI	101.268	101.268	1.150.000	1.150.000	3.220.000	3.220.000
<b>TOTAL</b>	<b>1.385.580</b>	<b>1.385.580</b>	<b>5.099.908</b>	<b>3.815.596</b>	<b>8.796.543</b>	<b>4.846.635</b>

Capítulo	2009		2010		2011	
	anualidad	incremento	anualidad	incremento	anualidad	incremento
Cap. I	4.225.495	851.702	5.036.401	810.906	5.828.257	791.856
Cap. II	2.372.000	519.250	2.734.350	362.350	3.086.200	351.850
Cap. IV	420.000	70.000	490.000	70.000	560.000	70.000
Cap. VI	3.307.500	3.307.500				
<b>TOTAL</b>	<b>10.324.995</b>	<b>4.748.452</b>	<b>8.260.751</b>	<b>1.243.256</b>	<b>9.474.457</b>	<b>1.213.706</b>

(\*) No se incluyen incrementos retributivos o actualizaciones de precios

Acumulado 06	Acumulado 06-07	Acumulado 06-08	Acumulado 06-09	Acumulado 06-10	Acumulado 06-11
1.385.580	6.485.488	15.282.031	25.607.026	33.867.777	43.342.234

## LEYENDAS

### DISPOSITIVOS

USM	Unidad de salud mental
USM-IJ	Unidad de salud mental infanto-juvenil
UP	Unidad de psicogeriatría
UAD	Unidad de alcoholismo y otras dependencias
HD	Hospital de día
ECC	Equipo de continuidad de cuidados
UHP	Unidad de hospitalización psiquiátrica
UHP (Ic)	Unidad de hospitalización psiquiátrica (interconsulta)
UHP-IJ	Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil
UCR	Unidad de cuidados de rehabilitación
UCE	Unidad de cuidados especiales
UCES	Unidad de cuidados residenciales
CRPL	Centro de rehabilitación psicosocial y laboral

### PERSONAL

Psq	Psiquiatra
Psc	Psicólogo clínico
DUE	Diplomado universitario en enfermería
TS	Trabajador social
TO	Terapeuta ocupacional
AE	Auxiliar de enfermería
O	Otro





# ANEXO I



Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011





## DECLARACIÓN EUROPEA DE SALUD MENTAL

### PREAMBULO

1. Nosotros, los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, en presencia del Comisionado Europeo para la Salud y la Protección del Consumidor, junto con el Director Regional de la OMS para Europa, reunidos en la Confederación Ministerial de la OMS para la Salud Mental, celebrada en Helsinki del 12 al 15 de Enero de 2005, reconocemos que la salud mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y las naciones, permitiéndolas desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos. Creemos que el principal objetivo en materia de salud mental es mejorar el bienestar de las personas, incidiendo en sus capacidades y recursos, reforzando su resiliencia y aumentando los factores externos de protección.
2. Reconocemos que la promoción de la salud mental, y la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de salud mental son una prioridad para la OMS y sus Estados Miembros, para la Unión Europea y para el Consejo de Europa, como queda reflejado en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Comité Ejecutivo de la OMS, del Comité Regional de la OMS para Europa y del Consejo de la Unión Europea y al Consejo de Europa a emprender acciones para aliviar la carga de los problemas de salud mental y a mejorar el bienestar mental.
3. Recordamos nuestro compromiso con la resolución EUR/RC51/R5 de la Declaración de Atenas sobre Salud Mental, Desastres cometidos por el hombre, Estigmas y Atención Comunitaria, y con la resolución EUR/RC53/R4, adoptada por el Comité Regional de la OMS para Europa en Septiembre de 2003, donde se expresó la preocupación ante el hecho de que la carga por enfermedad derivada de los trastornos mentales en Europa no está disminuyendo, y que muchas personas con problemas de salud mental en Europa no reciben la atención y tratamiento que necesitan, a pesar del desarrollo de acciones efectivas.





El Comité Regional requirió al Director Regional para:

- Conferir alta prioridad a los temas de salud mental cuando se desarrollen actividades relacionadas con la actualización de la política de “Salud para todos”.
  - Organizar en Helsinki una Conferencia Ministerial en Salud Mental en Europa, en Enero.
4. Recordamos las resoluciones que apoyan un programa de acción en material de salud mental. La resolución EB109.R8, adoptada por el Comité Ejecutivo de la OMS en enero de 2002, apoyada por la resolución WH A55.10, de Mayo de 2002, de la Asamblea Mundial de la Salud, apoyan un programa de acción en salud mental y hacen un llamamiento a los Estados Miembros de la OMS a fin de que:
- Adopten las recomendaciones contenidas en el Informe Mundial de la Salud 2001.
  - Establezcan políticas para la salud mental, programas y legislación basados en el conocimiento actual y las consideraciones relativas a los derechos humanos, con participación de todos los agentes implicados en salud mental.
  - Aumenten la inversión en salud mental tanto en los propios países como en el ámbito de la cooperación bilateral y multilateral, como componente integrante del bienestar de la población.
5. Tanto las resoluciones del Consejo de la Unión Europea como las recomendaciones del Consejo de Europa y las resoluciones de la OMS, que arrancan del año 1975, reconocen el papel fundamental de la promoción de la salud mental y la perniciosa relación que existe entre los problemas de salud mental y la marginación social, desempleo, población sin hogar y trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias. Aceptamos la importancia de las previsiones de la Convención para la Protección de los derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de la Convención de los Derechos del Niño, de la Convención Europea para la prevención de la Tortura y el trato o castigo Inhumano y Degradante y la de la carta Social Europea, así como el compromiso del Consejo de Europa para la protección y promoción de la salud mental, que ha

sido desarrollado a través de la Declaración de la Conferencia Ministerial sobre Salud Mental del Futuro (Estocolmo, 1985), y de otras recomendaciones adoptadas en este mismo campo, en especial la Recomendación R(90)22, sobre protección de la salud mental de ciertos grupos sociales vulnerables, y la Recomendación Rec(2004)10, sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales.

## ÁMBITO

6. Somos conscientes de que muchos aspectos de la política sobre salud mental están experimentando una transformación en la Región Europea. Esta Política y sus correspondientes servicios están haciendo un esfuerzo para lograr la inclusión social y la igualdad, adoptando una visión integral del balance entre las necesidades y los beneficios de las actividades de salud mental dirigidas a la población en general, a los grupos de riesgo y a las personas con problemas de salud mental. Los servicios se prestan en un amplio rango de marcos o escenarios comunitarios y no exclusivamente en instituciones grandes y aisladas. Creemos que esta es la dirección correcta y necesaria que debemos seguir. Mostramos nuestra satisfacción por el actual alcance de la atención a la salud mental, que abarca:
  - I. La promoción del bienestar mental.
  - II. La eliminación de los estigmas, la discriminación y la exclusión social.
  - III. La prevención de los problemas de salud mental.
  - IV. La atención a las personas con problemas de salud mental, proporcionando servicios e intervenciones integrales y efectivas y ofreciendo a los usuarios de los servicios y a los cuidadores posibilidades de elección y de implicación.
  - V. La recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han sufrido problemas graves de salud mental.





## PRIORIDADES

7. Es preciso adoptar programas de reforma y modernización en la Región Europea de la OMS; aprender de nuestras experiencias compartidas y ser conscientes de las específicas características que presenta cada país. Creemos que las prioridades principales para la próxima década son:
  - I. Concienciar de la importancia del bienestar mental.
  - II. Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de salud mental y a sus familias para su activa implicación en todo este proceso.
  - III. Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
  - IV. Establecer la necesidad de profesionales competentes, en las áreas citadas.
  - V. Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental.

## ACCIONES

8. Asumimos el hecho de que no hay salud mental. La salud mental es fundamental para el capital humano, social y económico de las naciones, por lo que debe ser considerada como parte integrante y esencial de otras políticas públicas, tales como las relativas a derechos humanos, asistencial social, educación y empleo. Por tanto, nosotros, los Ministros responsables de la salud nos comprometemos siempre sujetos a las responsabilidades y estructuras constitucionales nacionales a reconocer la necesidad de la adopción en nuestros países de políticas integrales de salud mental basada en la evidencia, así como a establecer los medios y mecanismos para su

desarrollo, implementación y reforzamiento. Estas políticas, dirigidas a lograr el bienestar mental y la inclusión social de personas con problemas de salud mental, requieren acciones en las siguientes áreas:

- I. Promover el bienestar mental de la población en su conjunto, a través de medidas dirigidas a concienciar y favorecer un cambio positivo en los individuos y sus familias, la comunidad y la sociedad civil, en los entornos educativos y laborales y en los gobiernos y agencias nacionales.
- II. Considerar el potencial impacto que las políticas públicas puedan tener sobre la salud mental, prestando especial atención a los grupos vulnerables, demostrando la importancia que tiene la salud mental en la construcción de una sociedad saludable y productiva.
- III. Eliminar los estigmas y la discriminación, garantizar la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas y adoptar la legislación necesaria que posibilite la capacitación de éstas ante situaciones de riesgo o cuando padezcan problemas de salud mental o discapacidad, a fin de lograr su plena participación en la sociedad en condiciones de igualdad.
- VI. Ofrecer apoyo e intervenciones específicas para cada etapa de la vida de las personas en situación de riesgo, en particular para el cuidado y la educación de los niños, los jóvenes y los ancianos.
- V. Desarrollar y establecer medidas para reducir las causas prevenibles de enfermedad mental, su comorbilidad asociada al suicidio.
- VI. Aumentar la capacitación y habilidad de los medios generales y servicios de atención primaria, su interrelación con la atención especializada, tanto médica como no médica, para ofrecer acceso efectivo, diagnóstico y tratamiento a las personas con problemas de salud mental.
- VII. Ofrecer una atención eficaz e integral a las personas con problemas graves de salud mental, así como un tratamiento que tenga en cuenta sus preferencias personales y las proteja de posibles abusos y negligencias.





- VIII. Establecer alianzas y medidas de coordinación en las regiones, países, sectores y agencias sobre salud mental e inclusión social de los individuos, las familias, los grupos y la comunidad.
  - IX. Diseñar programas de selección y formación de profesionales que permitan contar con profesionales multidisciplinares suficientemente capacitados.
  - X. Evaluar la situación de la salud mental y las necesidades de la población, de forma que se posibilite el análisis comparado nacional e internacional.
  - XI. Proporcionar recursos financieros suficientes para la consecución de estos objetivos.
  - XII. Investigar y apoyar la evaluación y difusión de las acciones anteriormente citadas.
9. Reconocemos la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia. Por ello, aprobamos el Plan de Acción de Salud Mental para Europa y apoyamos su desarrollo en la Región Europea de la OMS, con las adaptaciones que cada país considere preciso realizar en función de sus propias necesidades y recursos. Igualmente, asumimos en este ámbito de actuación el principio de solidaridad en la Región y nos comprometemos a compartir el conocimiento, la experiencia y las buenas prácticas.

## RESPONSABILIDADES

10. Nosotros, los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros de la Región europea de la OMS, nos comprometemos a apoyar el establecimiento de las medidas que a continuación se indican, que serán adoptadas de acuerdo con las políticas y estructuras constitucionales de cada país y las necesidades nacionales y subnacionales existentes:
- I. Adoptar políticas de salud mental y medidas legislativas que contemplen estándares para las actividades de salud mental y el fomento de los derechos humanos.

- II. Coordinar la responsabilidad en la formulación, divulgación e implementación de políticas y normas legislativas en materia de salud mental de los respectivos gobiernos.
- III. Valorar el impacto de las acciones del Gobierno en la salud mental.
- IV. Eliminar los estigmas y la discriminación y fomentar la inclusión social, a través de una mayor concienciación de la sociedad y de la capacitación de las personas en situación de riesgo.
- V. Ofrecer a las personas con problemas de salud mental la posibilidad de elección y de implicación en su autocuidado, siendo sensibles a sus necesidades y su cultura.
- VI. Revisar y, en caso necesario, adoptar medidas legislativas que favorezcan la igualdad de oportunidades y eliminen la discriminación.
- VII. Promocionar la salud mental en la escuela y en el trabajo, así como en la comunidad y otros escenarios relevantes, mediante el incremento de la colaboración entre las agencias responsables de la salud y de otros sectores de interés.
- VIII. Prevenir los distintos factores de riesgo que puedan existir, como el desarrollo de entornos laborales que favorezcan la salud mental, estableciendo incentivos que faciliten la más temprana reincorporación al trabajo de quienes se hayan recuperado de enfermedades mentales, entre otros supuestos posibles.
- IX. Abordar la prevención del suicidio y de las causas de estrés, violencia, depresión, ansiedad, alcoholismo y trastornos debidos al consumo de otras sustancias.
- X. Reconocer y reforzar el papel central que desempeñan la atención primaria y los médicos generales, reforzando su capacidad en materia de salud mental.
- XI. Desarrollar servicios comunitarios que sustituyan la atención institucionalizada de quienes padezcan problemas graves de salud mental.





- XII.** Adoptar medidas que pongan fin a los tratos inhumanos o degradantes.
  - XIII.** Promover la colaboración entre agencias responsables de la prestación de asistencia y apoyo, como las relativas a sanidad, prestaciones sociales, vivienda, educación y empleo.
  - XIV.** Incluir la salud mental en el currículo de todos los profesionales de la salud y diseñar programas de formación continuada para los que desarrollen su actividad en el ámbito de la salud mental.
  - XV.** Promover el desarrollo de expertos especializados en salud mental, para la atención a las necesidades específicas de grupos tales como niños, jóvenes, ancianos y personas con problemas de salud mental graves y crónicos.
  - XVI.** Proporcionar recursos suficientes para la atención a la salud mental, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, dedicando a la misma una parte identificable de los gastos sanitarios generales, a fin de que el nivel de inversión en este ámbito se equipare al alcanzado en otras áreas de atención.
  - XVII.** Desarrollar sistemas de vigilancia del bienestar mental de los ciudadanos y de los problemas mentales que les afectan, incluyendo factores de riesgo y conductas para la búsqueda de ayuda, monitorizando el establecimiento de los mismos.
  - XVIII.** Detectar posibles insuficiencias tecnológicas o de conocimiento, difundiendo los resultados.
- 11.** Apoyaremos a las organizaciones no gubernamentales que trabajen en el campo de la salud mental y estimularemos su creación, al igual que la de las organizaciones de usuarios. Serán especialmente recibidas las organizaciones que actúen en los ámbitos siguientes:
- I.** Organizaciones de usuarios comprometidas en el desarrollo de sus propias actividades, incluyendo la puesta en marcha y funcionamiento de grupos de autoayuda y recuperación.
  - II.** Asesoramiento y apoyo a personas vulnerables y marginadas.



- III. Provisión de servicios comunitarios con implicación de los usuarios.
  - IV. Desarrollo de habilidades asistenciales para los familiares y cuidadores y la activa implicación de los mismos en programas de atención.
  - V. Establecimiento de pautas para la mejora de la educación y la tolerancia, la lucha contra los trastornos debidos al consumo de alcohol y otras sustancias, la violencia y el crimen.
  - VI. Desarrollo de servicios locales que se ajusten a las necesidades de los grupos marginados.
  - VII. Puesta en funcionamiento de mecanismos de ayuda y asesoramiento vía Internet para personas en situación de crisis, que sufran violencia o estén en peligro de suicidio.
  - VIII. Creación de oportunidades de empleo para personas discapacitadas.
12. Solicitamos el apoyo e implementación por parte de la Comisión Europea y del Consejo de Europa, en el ámbito de sus respectivas competencias, de esta Declaración de la OMS sobre Salud Mental para Europa.
13. Requerimos que el Director Regional de la OMS en Europa emprenda acciones en las siguientes áreas:
- A Relaciones de colaboración.
    - I. Fomentar la cooperación en el área de salud mental entre las organizaciones intergubernamentales, incluidas la Comisión Europea y el Consejo de Europa.
  - B Información Sanitaria.
    - I. Apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de la vigilancia en materia de salud mental.
    - II. Efectuar análisis comparados sobre la situación y evolución de la salud mental y de los servicios de salud mental en los Estados Miembros.





- C** Investigación
  - I.** Establecer una red de Centros de Salud Mental que colaboren entre sí y posibiliten el intercambio de investigadores.
  - II.** Producir y divulgar las buenas prácticas, teniendo en consideración los aspectos éticos en materia de salud mental.
- D** Desarrollo de políticas y servicios
  - I.** Apoyar a los gobiernos proporcionándoles los medios adecuados para llevar a cabo la reforma de la salud mental, a través de políticas efectivas que incluyan medidas legislativas, planificación de servicios, promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental.
  - II.** Ofrecer ayuda para la implantación de programas para la formación de formadores.
  - III.** Empezar modelos de intercambio para la innovación.
  - IV.** Ayudar en la formulación de políticas de investigación.
  - V.** Fomentar un cambio en los agentes mediante la implantación de una red estratégica de empleados públicos y de líderes para la reforma.
- E** Asesoramiento
  - I.** Informar y monitorizar las políticas y actividades que promuevan los derechos humanos y la inclusión de las personas con problemas de salud mental y que eliminen el estigma y discriminación hacia los mismos.
  - II.** Capacitar a los usuarios, cuidadores y organizadores no gubernamentales, facilitándoles información y coordinando actividades en los diferentes países.
  - III.** Apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo de una base de información que permita la capacitación de los usuarios de los servicios de salud mental.

- VI.** Facilitar el intercambio internacional de experiencias a través de organizaciones no gubernamentales clave, locales y regionales.
  - V.** Proporcionar información objetiva y constructiva a los medios de comunicación, a las organizaciones no gubernamentales y a los grupos y ciudadanos interesados.
- 14.** Pedimos a la Oficina Regional de la OMS para Europa que dé los pasos necesarios para garantizar que el desarrollo y el establecimiento de la política de salud mental sean totalmente respaldados y que las actividades y programas de salud mental reciban la prioridad y los recursos adecuados que permitan el cumplimiento de los requisitos de esta Declaración.
- 15.** Nosotros nos comprometemos a informar a la OMS sobre la evolución de la aplicación de esta Declaración en nuestros países, en una reunión intergubernamental que se celebrará antes del 2010.





# RELACIÓN DE GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO

Plan Estratégico de Salud Mental  
Galicia 2006-2011



9



## RELACIÓN DE GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO

### Adolescentes

D. Francisco Díaz Sánchez  
D. Manuel Fernández Blanco  
D. José Luis Iglesias Diz  
D<sup>a</sup> Belen Martínez Alonso  
D. José A. Mazaira Castro  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Rosa Moure Moure  
D<sup>a</sup>. Isabel Roca Valcarcel

### Alcoholismo

D<sup>a</sup> Ana M<sup>a</sup> Caaveiro García  
D<sup>a</sup> Mercedes Castro Bal  
D. Braulio del Palacio López  
D. Gerardo Flórez Menéndez  
D. Alfonso García Carballal  
D<sup>a</sup> Katy Gómez Ben  
D<sup>a</sup> Carmen Guimerans  
D<sup>a</sup> Angeles Lorenzo Lago  
D. Luis Nogueiras Fernández  
D<sup>a</sup> Lucía Pérez Rey

### Continuidad de cuidados

D<sup>a</sup> Beatriz Álvarez de Lis  
D<sup>a</sup>. Isabel Cabanas Ganoso  
D<sup>a</sup> Carmen Couto Mouriño  
D<sup>a</sup> Sara Covadonga Granda Mariño  
D<sup>a</sup> Dolores Crespo Nalgo  
D<sup>a</sup> Manuela Currás Castiñeiras  
D<sup>a</sup>. Isolina Estevez Durán  
D<sup>a</sup> Esperanza Fernández Fernández  
D<sup>a</sup>. Consuelo Freije Castro  
D<sup>a</sup> Carmen M<sup>a</sup> Guitián Martins  
D<sup>a</sup> Angeles Molinos Louro  
D<sup>a</sup> Paz Morais Carballo  
D<sup>a</sup> Margarita Osorio Prol  
D<sup>a</sup> Angeles Pérez Barcia  
D<sup>a</sup>. Paz Rico Sainz de la Maza  
D<sup>a</sup> Esperanza Sánchez Vázquez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Suarez Sueiro  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Luisa Tuñas Dugnol  
D<sup>a</sup>. Ana Vide Chaos





## Docencia

D. Jesus Alberdi Sudupe  
D. Jorge A. Barbado Alonso  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Consuelo Carballal Balsa  
D<sup>a</sup> Mercedes Castro Bal  
D<sup>a</sup>. Sara Covadonga Granda Mariño  
D<sup>a</sup>. Mónica Ferreira Rodríguez  
D. Miguel Anxo García Álvarez  
D<sup>a</sup>. Carmen García Mahía  
D. Ignacio Gómez Reino  
D<sup>a</sup>. Amparo González García  
D. Manuel Lado Romero  
D. Santiago Lago Canzobre  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Martínez Sánchez  
D. Gonzalo Martínez Sande  
D. Vicente Merino Garrido  
D. Francisco Moreno Tovar  
D. José Manuel Olivares Díez  
D<sup>a</sup> Gloria Reboreda Morillo  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Victoria Rodríguez García  
D. Antonio Rodríguez López  
D<sup>a</sup>. Julia Amalia Rodríguez Suarez  
D. Jorge Valladares Vaquero  
D. Luis Vila Pillado

## Enfermería

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Pilar Ares Rodríguez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Consuelo Carballal Balsa  
D<sup>a</sup> Rosa Díaz Beloso  
D<sup>a</sup> Susana García-Luengo Alvarez  
D. Antón Gavela  
D<sup>a</sup> Amparo González García  
D<sup>a</sup>. Ana Raquel González González  
D. Avelino Martínez Mareque  
D<sup>a</sup> Angeles Martínez-Risco Daviña  
D<sup>a</sup>. Ángeles Paz  
D<sup>a</sup> Margarita Pena Puentes  
D<sup>a</sup> Josefa Pérez Martínez  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Tilve  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Quintela Silva  
D<sup>a</sup> Charo Sanmartín Márquez  
D<sup>a</sup> Rosa Varela López  
D<sup>a</sup> Pilar Vázquez Fouce  
D<sup>a</sup> María A. Verdes Villanueva  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Vicente Vázquez

## Ética y salud mental

D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup>. Amparo González García  
D. Rogelio Pérez Varela  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Ramil Fraga  
D. David Simón Lorda  
D. Eduardo Varela Puga



## Guías clínicas

D. Jesús Alberdi Sudupe  
D. Manuel Castro Bouzas  
D. Carlos Castro Dono  
D. Jesús Combarro Mato  
D. Ernesto Ferrer Gómez del Valle  
D. Gerardo Flórez Menéndez  
D. Arturo Louro González  
D<sup>a</sup>. Avelina Pérez Bravo

## Hospitalización psiquiátrica

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Acuña Gallego  
D. Tiburcio Angosto Saura  
D. Carlos González Borrás  
D. Guillermo Iglesias Lorenzo  
D<sup>a</sup>. Marta Rodríguez Álvarez  
D<sup>a</sup>. Carmen Rodríguez del Toro  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Rivas Seoane  
D. Mario Páramo Fernández  
D. Manuel Serrano Vázquez  
D<sup>a</sup>. Purificación Sevilla Formariz  
D. Víctor Pedreira Crespo  
D. Luis Vila Pillado

## Infantil

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Alonso Antoraz  
D. Alberte Araújo Vilar  
D<sup>a</sup> Cristina Casal Pena  
D. Arturo Delgado Serrano  
D<sup>a</sup> María Esther Díaz Rodríguez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos  
D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup> Pilar García Cortazar  
D. José Ramón López Vázquez  
D<sup>a</sup> Belen Martínez Alonso  
D. Jose A. Mazaira Castro  
D. Federico Menendez Osorio  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Rosa Moure Moure  
D<sup>a</sup>. Consuelo Nogueira Enciso  
D. Ramiro Tato Fontaína

## Interconsulta

D. Jose Maria Blanco Lobeiras  
D<sup>a</sup>. Celia Canedo Magariños  
D. José Manuel Cornes Iglesias  
D. Carlos Delgado Calvete  
D<sup>a</sup>. Irene Esperón Rodríguez  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús García Álvarez  
D. Ignacio Gómez-Reino Rodríguez  
D. Fernando Iglesias Gil de Bernabé  
D. Antonio Nuñez Pérez  
D<sup>a</sup> Teresa Reijas Ruiz  
D. Santiago Parada Nieto





## Investigación

D. Tiburcio Angosto Saura  
D. Ramón Area  
D. José Blanco Lobeiras  
D<sup>a</sup> Celia Canedo  
D. Carlos Castro Dono  
D<sup>a</sup> Carmen del Toro Rodríguez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos  
D. Luis Ferrer I Balsebre  
D. Gerardo Florez Menéndez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús García Álvarez  
D. Alexandre García Caballero  
D. Carlos González Borrás  
D. Santiago Lago Canzobre  
D<sup>a</sup> Berta López Fernández  
D<sup>a</sup> Angeles Lorenzo  
D. Raimundo Mateos  
D. Antonio Núñez Pérez  
D. Victor Pedreira Crespo  
D<sup>a</sup> Avelina Pérez Bravo  
D. Javier Rodríguez Navarrete  
D<sup>a</sup> Isabel Salazar Bernard  
D. Manuel Serrano Vazquez  
D<sup>a</sup> Angela Torres

## Menores

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos  
D<sup>a</sup> Concepción García Sanchez  
D<sup>a</sup> Angeles González Castiñeiras  
D<sup>a</sup> Sagrario González Parra  
D. José Graña Carrodegas  
D<sup>a</sup> Belen Martínez Alonso  
D. Federico Menéndez Osorio  
D<sup>a</sup>. Rosa Moure Moure  
D<sup>a</sup>. Consuelo Nogueira Enciso  
D. Antonio Rivas Menéndez  
D. Jesús Spínola Conde  
D. Jose Manuel Teijeiro Bello

## Prevención de alcoholismo

D<sup>a</sup>. Sandra Álvarez González  
D<sup>a</sup>. Ana María Caaveiro García  
D<sup>a</sup>. Mercedes Castro Bal  
D<sup>a</sup>. Mercedes Domingo  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Carmen Fernández Eire  
D. Gerardo Flórez Menéndez  
D<sup>a</sup>. Berta Gómez Ben  
D<sup>a</sup>. Carmen Guimeráns Freijeiro  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Rosario Ingunza Rajo  
D. Manuel Lage Muiño  
D. Luis Nogueiras Fernández  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Belén Pardo Rios

## Psicogeriatría

D<sup>a</sup>. Cristina Casal Pena  
D. Carlos Fernández Salido  
D. José María Lomba Borrajo  
D. Raimundo Mateos  
D<sup>a</sup>. Águeda Rojo Pantoja  
D<sup>a</sup>. Blanca Santos Miguélez  
D. Oscar Taboada Díaz

## Rehabilitación

D. Jesús Cubillo Sánchez  
D<sup>a</sup>. Manuela Gil Vázquez  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Gómez Rodríguez  
D José Manuel Lado Romero  
D<sup>a</sup>. Ana López Crecente  
D. Antonio Núñez Pérez  
D. Eduardo Paz  
D<sup>a</sup>. Paloma Rodríguez Español  
D. Jorge Seoane Prado  
D. M<sup>a</sup> José Veiga Candán  
D<sup>a</sup>. María Victoria Rodríguez García

## Trabajo social

D<sup>a</sup>. Ana Bueno  
D<sup>a</sup>. Mercedes Bugallo Varela  
D. Juan Tomé Corredoira Corras  
D<sup>a</sup>. Elena Fernández Criado  
D<sup>a</sup>. Maite González Barba  
D<sup>a</sup>. Marisa Miguel García  
D<sup>a</sup>. Carmen Movilla Yáñez  
D<sup>a</sup>. Emilia Pérez Martín  
D<sup>a</sup>. Paloma Rodríguez Español  
D<sup>a</sup>. Felisa Seoane Brea  
D<sup>a</sup>. María José Traba  
D<sup>a</sup>. Berta Valenzuela Senn  
D<sup>a</sup>. Maika Viz Otero

## Salud mental en desastres

D. Rosendo Bugarín Gonzalez  
D<sup>a</sup> María Caamaño Martinez  
D. Miguel Anxo García Álvarez  
D. Xurxo Hervada Vidal  
D. Fernando Márquez Gallego  
D. Gonzalo Martínez Sande  
D. Javier Ventosa Rial

## Técnicas e intervención grupales

D. Carlos Álvarez García  
D. Rafael Fernández Martínez  
D. Jose Manuel García de La Villa  
D. Jesús Pérez Hornero  
D. Victor Torrado Oubiña

## Trastornos de la alimentación

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Jesús Acuña Gallego  
D. Felipe Casanueva  
D. Luis Ferrer i Balsebre  
D<sup>a</sup>. Estrella González Gómez  
D<sup>a</sup>. Isabel González Lado  
D. José Luis Iglesias Diz  
D. José Alfredo Mazaira Castro  
D. Federico Menéndez Osorio  
D<sup>a</sup>. Nieves Pastor Benavent  
D<sup>a</sup>. Carmen Rodríguez del Toro  
D<sup>a</sup>. Carmen Rodríguez Domínguez

## Urgencias e intervención en crisis

D. Tiburcio Angosto Saura  
D<sup>a</sup>. Marisol Caamaño Arcos  
D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Carmen García Mahía  
D. Ignacio Gómez-Reino Rodríguez  
D. Andres González García  
D<sup>a</sup>. Fernanda López Crecente  
D. Domingo Miguel Arias





## Unidades de saúde mental

D. Santiago Agra Romero  
D. Julio Brenlla González  
D. Rosendo Bugarín González  
D<sup>a</sup>. Carmen Conde Diaz  
D<sup>a</sup> Carmen Durán Santos  
D. Manuel Espiñeira Álvarez  
D. Juan Fernández Hierro  
D<sup>a</sup> Carmen Fernández Merino  
D. Jose Manuel García de la Villa  
D. Santiago Lago Canzobre  
D. José Luis Rodríguez Arias

## Terapeutas ocupacionais

D. Jorge Juan Barreiro Fernández  
D<sup>a</sup>. María Calvo Leira  
D<sup>a</sup>. Nuria García Gonzalo  
D<sup>a</sup>. Berta Lorenzo Pazos  
D<sup>a</sup>. Lucía Rodríguez Fernández  
D. Miguel Angel Talavera Valverde

## Comisión asesora de saúde mental

(Orden 2 de outubro de 1996 pola que se modifica á do 12 de novembro de 1986, que crea a Comisión Asesora en Materia de Saúde Mental)

D. Tiburcio Angosto Saura  
D. Adolfo Bobadilla Pardos  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Dolores Domínguez Santos  
D. Miguel Anxo García Álvarez  
D. Emilio González  
D. José Manuel Lado Romero  
D. Fernando Márquez Gallego  
D. Federico Menéndez Osorio  
D. Arturo Rey Rodríguez  
D. Antonio Rodríguez López  
D<sup>a</sup>. Purificación Sevilla Formariz  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Sol López Ares  
D. Alejandro Torres Carbajo  
D. Ignacio Tortajada Bonaselt  
Comisionado do Plan de Galicia Sobre Drogas  
Director Xeral de Servizos Sociais  
Ilma. Subdirectora Xeral do Programa de Atención Sociosanitaria  
Xefe do Servizo de Saúde Mental, Docencia e Investigación en Atención Especializada

## Coordinadores de saúde mental

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Acuña Gallego  
D. Luis Ferrer I Balsebre  
D. Santiago Lamas Crego  
D. Fernando Márquez Gallego  
D. Antonio Núñez Pérez  
D. F. Javier Pérez Montoto  
D. Arturo Rey Rodríguez  
D. Antonio Rodríguez López  
D. Luis Vila Pillado

## Entidades que aportaron alegaciones e propostas

- Asociación Galega de Psiquiatría
- Asociación Galega de Saúde Mental
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Galicia (FARGA)
- Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentais (FEAFES)
- Federación de Asociaciones Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer (FAGAL)



Plan estratéxico de Saúde Mental  
Galicia 2006-2011



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE