



Evaluación
Plan de Salud Mental 2017-2021

ÍNDICE

Siglas y acrónimos	02
Introducción	03
Metodología.....	04
Proyecto 1 Abordaje del trastorno mental en Atención Primaria	07
Proyecto 2 Atención integrada a todos los problemas de salud del paciente	10
Proyecto 3 Programas colaborativos entre Atención Primaria y Salud Mental	12
Proyecto 4 Actuaciones de promoción y prevención en salud mental.....	14
Proyecto 5 Gestión de casos de Trastorno Mental Grave en adultos.....	16
Proyecto 6 Procesos de rehabilitación	18
Proyecto 7 Trastorno mental en fase aguda (Programa Subagudos).	27
Proyecto 8 Programa para la atención a adicciones	29
Proyecto 9 Gestión de casos de Trastorno Mental Grave en infantojuvenil	32
Proyecto 10 Atención Temprana	34
Proyecto 11 Psicogeriatría	35
Proyecto 12 Coordinación para el traslado del paciente agitado	37
Proyecto 13 Protocolo para la contención mecánica	39
Proyecto 14 Salud Mental en poblaciones específicas: personas sin hogar, personas judicializadas y personas con discapacidad intelectual	42
Proyecto 15 Suficiencia de recursos	44
Proyecto 16 Espacio colaborativo para el desarrollo de procesos de trabajo compartido.....	47
Proyecto 17 Estigma.....	48
Proyecto 18 Sistemas de información en salud mental.....	50
Proyecto 19 Organización de la red de salud mental	53
Proyecto 20 Formación e investigación	55
Conclusiones Generales	57

**Unidad de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Departamento de Sanidad
Gobierno de Aragón
Junio de 2022**

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AP	Atención Primaria
CCU	Centro Coordinador de Urgencias
CD	Centro de Día
CIL	Centro de Inserción Laboral
EASC	Equipo de apoyo social comunitario
HCE	Historia Clínica Electrónica
PPR	Plan Personal de Recuperación
PSM	Plan de Salud Mental
SM	Salud Mental
TMG	Trastorno Mental Grave
UASA	Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones
UCE	Unidad de Corta Estancia
ULE	Unidad de Larga Estancia
UME	Unidad de Media Estancia
USM	Unidad de Salud Mental
USMIJ	Unidad de Salud Mental Infantojuvenil
UTCA	Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria
UTP	Unidad de Trastornos de la Personalidad

INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud Mental 2017-2021 nació con el objetivo de estructurar y potenciar la atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Este camino ya fue iniciado con su antecesor, el Plan de Salud Mental 2002-2010, con el que tras años de convivir sin directrices comunes se trataba de asentar un modelo y unas bases fundamentales sobre las que dirigir la intervención en Salud Mental. Los resultados derivados del análisis de este documento inicial, reflejaban una situación de desigualdad y descoordinación a lo largo de la red de servicios autonómica, que progresivamente se fue modificando y dotando según las necesidades valoradas en cada territorio, perfilando un escenario con numerosas mejoras al finalizar su periodo de vigencia. Se establecieron las bases fundamentales de la atención a la patología mental cuyo espíritu sigue vivo hoy en día, tales como la potenciación de la atención comunitaria, la atención prioritaria a la patología mental grave y el desarrollo de los sistemas de información en Salud Mental.

Tratando de dar continuidad al escenario predecesor, el plan de acción del PSM 2017-2021 quedaba diseñado en 5 líneas estratégicas, que recogen las necesidades principales detectadas en el ámbito de la Salud Mental y áreas de mejora, y que se convierten en objetivos tangibles a lo largo de los 20 proyectos concretos. Se trata de un documento complejo y ambicioso en toda su extensión, en el que se pretendían aunar e impulsar iniciativas dispares que permitieran el avance en el abordaje a la Salud Mental a partir de las transformaciones que fueran precisas. En este sentido, hemos convivido con grandes avances como la reorganización de la estructura de coordinación autonómica de Salud Mental, la puesta en marcha del Plan Personal de Recuperación y la apertura de nuevas unidades asistenciales en la red que salvan importantes carencias asistenciales detectadas hasta el momento (la remodelación de la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, la apertura del Hospital de Día Infantojuvenil Parque Goya, la creación de la USMIJ del sector Calatayud, la creación de la UME-Subagudos del CRP Ntra. Sra. del Pilar de Zaragoza).

Se han detectado distintas limitaciones a la hora de evaluar y analizar los datos derivados de la aplicación del Plan de Salud Mental. La primera dificultad es intrínseca a nuestro ámbito de conocimiento, y viene ligada a lo complejo de medir aquello que no es tangible. El diseño de indicadores en el ámbito de la Salud Mental, que puedan ajustarse adecuadamente a aquello que queremos evaluar, sigue siendo un hándicap. El uso de escalas o evaluaciones estandarizadas y estructuradas es complejo fuera del ámbito hospitalario, y en ocasiones no refleja aquello que pretendemos conocer. A esta realidad, que es común entre los profesionales que compartimos tarea, se añade el retraso y en ocasiones la escasa colaboración en la puesta en marcha y el uso de aplicativos informáticos. La baja adherencia y el retraso en la utilización de los avances tecnológicos en Salud Mental (historia clínica electrónica, PPR, registro de contenciones mecánicas) ha retrasado la puesta en marcha de otras acciones que precisan de su funcionamiento, dificultando la posibilidad de extraer datos de actividad asistencial que pudieran completar más detalladamente la evaluación.

No podemos obviar que los dos últimos años de vigencia del Plan se han visto teñidos por la presencia de la pandemia SARS-COV-2, una situación de emergencia global sanitaria sin precedentes en nuestra historia reciente. Todos los recursos sanitarios a todos los niveles se vieron destinados a su manejo, quedando paralizados el resto de ámbitos sanitarios. En el ámbito de la Salud Mental se han visto detenidas distintas iniciativas muy prometedoras, que se retoman en el nuevo documento con más impulso si cabe dada la grave situación actual a nivel de patología mental emergente postpandemia. Se recuperan y potencian aspectos tan

necesarios como la intervención sobre el trastorno mental leve en Atención Primaria, la intervención y atención comunitaria en trastorno mental grave y la potenciación de la atención en Salud Mental Infanto-juvenil a distintos niveles.

En el siguiente documento, con los objetivos de compartir la información sobre la ejecución del Plan de Salud Mental 2017-2021, conocer los resultados obtenidos y los efectos sobre la población a los que las acciones se han destinado, así como ser conscientes de las dificultades y las carencias encontradas en su desarrollo, se refleja la evolución del diseño de intervención sobre la Salud Mental aragonesa en estos últimos 4 años.

METODOLOGÍA

El Plan de Salud Mental 2017-2021 fue diseñado en torno a 5 líneas estratégicas ejecutadas a través de la planificación de 20 proyectos elaborados según las necesidades detectadas procedentes, tanto de la evaluación del Plan de Salud Mental 2002-2010, como de aquellas transmitidas por los expertos que fueron vehiculizadas a través del Consejo Asesor de Salud Mental y de grupos focales, así como desde las aportaciones manifestadas por usuarios y familiares, asociaciones, sociedades científicas, profesionales de Salud Mental y también instituciones relacionadas con este área.

La metodología evaluativa prevista en el Plan de Salud Mental 2017-2021 planteaba el desarrollo de una evaluación continua de los proyectos vigentes, de tal forma que esto permitiera dar validez a todos sus componentes respecto al logro de los objetivos y poder de esta manera ir readaptando las intervenciones si fuera necesario. Cada uno de los veinte proyectos incluyeron objetivos específicos, acciones temporizadas e indicadores para su medición. Para dar operatividad a este desarrollo, se planteó la implementación de los proyectos a través de cinco grupos de trabajo articulados desde el Consejo Asesor de Salud Mental.

La puesta en marcha de los mecanismos necesarios para la implementación de los elementos que permitan operativizar y medir la consecución de los objetivos marcados para cada proyecto, se ha visto condicionada por varios elementos, que han supuesto que muchas actuaciones del Plan sean difícilmente evaluables:

- La dificultad de obtención de datos cuantitativos sobre aspectos de la realidad muy complejos, en base a indicadores que en su diseño no posibilitan la obtención del resultado pretendido.
- La recogida de datos para la evaluación ha dependido en numerosas ocasiones de los propios profesionales encargados de la puesta en marcha del proyecto.
- La parálisis en el desarrollo clínico asociada a la pandemia SARS-CoV-2 ha tenido una grave repercusión tanto en la puesta en marcha de múltiples acciones derivadas de los proyectos como en la medición cuantitativa de aquellos cuya actividad se vió detenida.
- A todos los anteriores se suma otro impedimento que arrastra el complejo análisis de la Salud Mental, ya presente en la evaluación del Plan anterior, que es la gran dificultad de extraer datos de actividad asistencial que permitan conocer detalladamente el funcionamiento de los distintos recursos y evaluarlos.

No obstante, y pese a estas dificultades, la evaluación no ha de reducirse a la única visión de la consecución de objetivos, ya que sería algo restrictivo y no permitiría analizar el proceso, la evaluación debe ser un medio efectivo que permita mejorar los actuales programas o la planificación de futuras actuaciones. De este modo, y ante un escenario de tan alta complejidad como es la Salud Mental y su condición poliédrica, se plantea su abordaje desde una perspectiva evaluativa de carácter mixto, donde lo cuantitativo y cualitativo se complementan permitiendo validar tanto los resultados como los procesos que han posibilitado o no llevar a efecto lo planificado.

Los proyectos analizados para llevar a efecto las diferentes estrategias no aparecen aislados en sus actuaciones del resto, por lo que existen muchos objetivos desarrollados de forma

transversal que se encuentran repetidos en varios proyectos, y que van a actuar como elementos coadyuvantes favorecedores de muchos de los objetivos propuestos.

De esta manera, y tras un largo proceso de trabajo de campo, se han recogido datos cuantitativos, en ocasiones completos y en otras no, remitidos desde diferentes instancias (hospitales, dispositivos de rehabilitación, USM, UASA, responsables de formación,...). También se han recabado las valoraciones de profesionales expertos a través de las 48 sesiones de la Comisión Autonómica de Salud Mental y de la convocatoria de las 8 sesiones de la Comisión Autonómica de Salud Mental de Infantojuvenil.

La presentación de la evaluación diseñada sigue un modelo estructurado; en primer lugar, se presentan los datos identificativos básicos: nombre del proyecto, línea estratégica del que se desprende y objetivos planteados para su logro. A continuación aparecen descritas las actuaciones realizadas para alcanzar la consecución de los objetivos y finalmente se establecen unas conclusiones.

Tras el análisis de los proyectos y el desarrollo de las conclusiones, en la parte final del documento se plantean, ligadas a las 5 estrategias del Plan de Salud Mental 2017-2021, una serie de recomendaciones y observaciones a considerar de cara al diseño de la planificación y actuaciones del nuevo Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Proyecto 01
ABORDAJE DEL TRASTORNO MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 1 Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL	1.3. Desarrollar actuaciones de promoción comunitaria relacionadas con la salud mental desde los Equipos de Atención Primaria.
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental. 2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento, y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado, y para la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves. 2.8. Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita una adecuada respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Con el objetivo general de proporcionar habilidades y herramientas básicas a los y las profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria para facilitar el abordaje del malestar emocional en la consulta, se realizó entre los años 2017-2019 una formación presencial con cuatro ediciones del curso de **Formación en Salud Mental en Atención Primaria: Herramientas Básicas para el Manejo del Bienestar Emocional**. Se han formado 68 profesionales, de los cuales 30 son profesionales de medicina y 38 de enfermería.

A partir de esta formación se inicia el desarrollo de las consultas monográficas, espacios definidos y protegidos en tiempo y lugar donde agendar actividades de Atención Primaria que requieren unas condiciones especiales de trabajo para el abordaje de sintomatología ansiosa, depresiva o insomnio reactivo a “un momento difícil de la vida”, creándose 18 consultas. Sin embargo, debido a la situación de pandemia de COVID-19 no pudo mantenerse su continuidad, a la espera de su reactivación en cuanto la situación lo permita, posponiéndose así a su vez la formación avanzada que estaba planificada como continuación.

Además de la formación presencial, se elabora un curso on-line dentro de la plataforma de Autoaprendizaje <https://autoaprendizaje.salud.aragon.es/> “ **Eres tu centro de Salud. Herramientas para la promoción del bienestar emocional en atención primaria**”, elemento que ofrece una disponibilidad continuada y facilita el acceso a los recursos formativos, flexibilizando el tiempo y el lugar desde donde se puede cursar.

Herramientas para la Promoción del Bienestar Emocional en la consulta de Atención Primaria

Página Principal Mis cursos Programa: Eres tu centro de salud

GOBIERNO DE ARAGON

salud
Mental

Programa: Eres tu centro de salud.



Este programa es una herramienta de autoformación que permanece abierta en la plataforma para su consulta. Al no tener pruebas de evaluación ni tutorización NO conlleva la obtención de diploma.

- Novedades
- Bienvenida al programa: Eres tu centro de Salud
- Introducción al curso
- ¿Cómo usar este programa?
- Organización de la herramienta online

A esta formación han accedido desde su creación hasta el final del primer semestre del 2021 un total de 162 profesionales.

Dentro del curso se facilitan los enlaces a la plataforma *Mastermind* en la que se encuentran dos programas:

- **"Super@ tu depresión"**: Programa online de orientación cognitivo-conductual orientado a personas adultas con depresión
- **"Bienestar Emocional"**: Programa que incluye información y estrategias de Promoción de la Salud Mental, cuyo objetivo es aumentar la resiliencia a través de materiales que incluyan hábitos de vida saludable, técnicas de resolución de problemas y comunicación asertiva, entre otros.

The screenshot shows the Mastermind platform interface. At the top, there is a blue header with the logo of the Government of Aragon and the text 'INICIAR SESIÓN'. Below the header, the main content area features two program cards. The first card is titled 'Super@ tu depresión' and includes a description of the program as a cognitive-behavioral orientation tool for adults with depression. The second card is titled 'Bienestar Emocional' and describes it as a program to increase mental health resilience through various materials. The background of the cards shows a scenic landscape with a river and trees under a sunset sky.

CONCLUSIONES:

- Las acciones llevadas a cabo para la consecución de los objetivos han permitido capacitar a los profesionales sobre el malestar emocional y su adecuado abordaje en las consultas de Atención Primaria, llevando a cabo actividades formativas por encima de lo estimado en la formulación de los indicadores del proyecto, a excepción de la formación avanzada pospuesta por la situación pandémica. Además, la herramienta de autoformación permite llegar de manera accesible a un gran número de profesionales, demostrando un elevado interés, aceptación y gran participación en su utilización.
- Las actuaciones incluidas tanto de formación presencial como on-line se ajustan a los objetivos pretendidos que han posibilitado la creación de 18 consultas monográficas, detenidas en su desarrollo por la situación pandémica.
- El proyecto y todas sus actuaciones son útiles y beneficiosas en el abordaje del malestar emocional, posibilitando la disminución de la incidencia en las derivaciones a USM, facilitando el uso de alternativas farmacológicas y, en definitiva, promoviendo un abordaje óptimo del malestar emocional. Todo ello consolida la necesidad de continuación del proyecto.

Proyecto 02 ATENCIÓN INTEGRADA A TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 1 Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL	1.2. Desarrollar programas específicos que incidan sobre los determinantes relacionados con la salud mental y el bienestar emocional: consumo de tóxicos, manejo del estrés. 1.4. Desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud en los proyectos de atención al paciente crónico complejo, tanto para los pacientes como para los cuidadores. 1.5. Desarrollar actuaciones de promoción de la salud mental en los programas de atención al parto, puerperio y lactancia. 1.6. Desarrollar actuaciones de promoción de la salud mental en los programas de atención a la infancia y al adolescente.
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental 2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado y la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves. 2.5. Valorar de forma programada la salud física de los pacientes con trastorno mental grave, así como los posibles efectos secundarios de su tratamiento.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Como punto de partida, es importante tener en cuenta previo al análisis de las actuaciones desarrolladas para dar cumplimiento a los objetivos planteados en este proyecto, que el diseño del Plan de Salud Mental 2017-2021 se realizó cuando aún no estaba implantada la Historia Clínica Electrónica en el ámbito de la salud mental, encontrándose en un estadio de desarrollo muy incipiente. Hoy por hoy, la utilización de esta herramienta por parte tanto de los profesionales de la salud mental como de otras especialidades ha experimentado un importante incremento, con una utilización de la herramienta en la actividad laboral en torno al 75%. De esta manera, y a pesar de que no se ha realizado un protocolo específico de aplicación en Atención Primaria para la detección de problemas de salud y factores de riesgo para pacientes con trastorno mental grave, el uso de historia clínica electrónica (HCE) ha facilitado la información compartida y evita desajustes en el seguimiento de patologías físicas, especialmente en procesos crónicos.

En relación a la participación de los equipos de psiquiatría de enlace y medicina psicosomática en la atención de los pacientes que presentan esta necesidad, cada hospital tiene un protocolo propio de derivación a dicha unidad, al igual que cada unidad de corta estancia tiene su protocolo de exploración y pruebas complementarias al ingreso.

La asistencia sanitaria a través de los equipos de Atención Primaria está garantizada por medio de la tarjeta sanitaria. Todos/as los/as usuarios/as de la red de salud mental tienen asignado un equipo de primaria en su centro de salud. En el caso de las personas que, debido a la naturaleza de sus procesos, están recibiendo asistencia fuera de nuestra Comunidad Autónoma se les presta la atención necesaria como desplazados/as.

El uso y consulta de la HCE permite conocer los diferentes diagnósticos y el seguimiento de procesos simultáneos junto a la medicación prescrita y la programación de citas con los/as profesionales de referencia.

En las unidades residenciales de la red de Salud Mental los/as usuarios/as tienen seguimiento médico con una periodicidad como mínimo anual. En el caso de los/as pacientes beneficiarios/as de la red de pisos supervisados se realiza acompañamiento y/o apoyo en citas, dependiendo de las necesidades de cada persona según la información facilitada desde las propias entidades prestadoras de servicio.

CONCLUSIONES:

- Las acciones encaminadas para el desarrollo de este proyecto han permitido poner de manifiesto que las actuaciones diseñadas se han visto superadas por la puesta en marcha de actuaciones sanitarias comunes como son, la Historia Clínica Electrónica y la Interconsulta Virtual. Ambas han demostrado ser útiles y beneficiosas para el desarrollo de procesos que permitan la realización de acciones en la detección de problemas de salud y factores de riesgo para pacientes con trastorno mental grave. Del mismo modo, facilitan el conocimiento de la comorbilidad y el seguimiento de diferentes procesos junto a la medicación prescrita y la consulta de las citas programadas con los/as profesionales de referencia.
- El uso de la Historia Clínica Electrónica posibilita la acción de registro, permitiendo documentar los exámenes físicos llevados a cabo en las Unidades de Corta Estancia y proporcionando las herramientas que garantizan los cuidados de enfermería y su continuidad.
- En relación al seguimiento de la salud física de los pacientes institucionalizados tanto en centros como en pisos supervisados, se puede concluir que su cumplimiento es óptimo y se ajusta en función de las necesidades de cada paciente. Se desprende de la información analizada cierta arbitrariedad a la hora de establecer controles periódicos de salud física, que está en función del recurso donde el paciente esté siendo atendido, pudiendo implicar diferencias en la detección de alteraciones de parámetros físicos. Ahora bien, el criterio general de seguimiento de la salud física debe estar vinculado a la existencia de un Trastorno Mental Grave (TMG) sin que esto deba estar ligado a que la persona esté siguiendo un proceso de rehabilitación.

Proyecto 03 PROGRAMAS COLABORATIVOS ENTRE APS Y SALUD MENTAL.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental 2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado y la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves. 2.11 Garantizar la continuidad de la atención mediante la utilización de documentación clínica común a todos los profesionales que intervienen en el proceso. 2.28 Establecer programas de apoyo, formación y colaboración con cuidadores principales y familiares, tanto desde los ámbitos de la salud mental como desde la atención primaria.
Línea Estratégica 4 Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL	4.7 Disponer de los medios que faciliten la interconsulta virtual entre los equipos de salud mental y de atención primaria.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

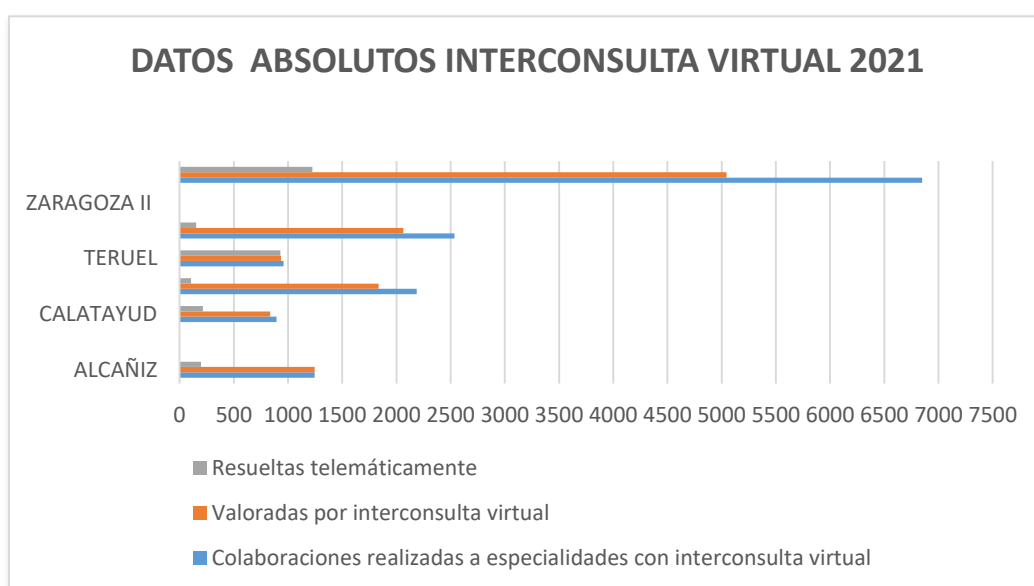
Para facilitar la coordinación entre la Atención Especializada y la Atención Primaria se cuenta en HCE con la herramienta *Interconsulta Virtual*, a través de la cual se puede establecer un flujo de comunicación entre profesionales y que sirve a su vez como herramienta de gestión de las posibles respuestas. Posibilita la resolución de dudas, la derivación a las unidades de Salud Mental, y la colaboración entre servicios. Si bien es cierto que, en la actualidad, la direccionalidad es única, desde Atención Primaria hacia las Unidades de Salud Mental (USM), permitiendo a las últimas contestar virtualmente a la interconsulta abierta pero no iniciar una nueva comunicación en la otra dirección.

El aplicativo HCE se utiliza mayoritariamente e integra toda la información clínica relativa al paciente generada en Atención Primaria, hospitalización y otros ámbitos asistenciales. Se prosigue en su total implementación y en la mejora de las herramientas que contiene, como escalas y formularios.

Se ha llevado a cabo un proyecto de telemedicina en el sector sanitario de Barbastro con reuniones mensuales entre la USM de Barbastro y el Centro de Salud de Lafortunada con resultados muy satisfactorios. Ha permitido un abordaje integral con los/as usuarios/as compartidos/as mejorando la coordinación, enriqueciendo el trabajo bidireccionalmente y evitando tiempos de traslados. Debido a dificultades derivadas de la pandemia por Covid-19 y recursos técnicos, el proyecto se ha pausado y no ha podido expandirse como estaba planificado.

CONCLUSIONES:

- Una vez más, el desarrollo y la generalización de la utilización de Historia Clínica Electrónica marca la gran mayoría de las actuaciones planteadas para el desarrollo y consecución de los objetivos de este proyecto, como es la posibilidad de compartir la información tanto desde el ámbito de la Atención Primaria como desde el de la Atención Especializada.
- Del mismo modo, la utilización de la Interconsulta Virtual ha facilitado la información compartida y su flujo de tal forma que ha posibilitado llevar a cabo derivaciones y crear una línea de orientación específica para las consultas de Atención Primaria, lo que ha permitido la optimización de los recursos demostrando una vez más su gran utilidad y aceptación por parte de los profesionales.
- Durante el año 2021 se han realizado en Aragón un total de 14670 interconsultas por parte de Atención Primaria a la especialidad de Salud Mental, de las que 11957 se han valorado desde Salud Mental a través de la plataforma en el mismo mes siendo respondidas por interconsulta virtual y 2818 han sido resueltas telemáticamente. El 23,56% de las interconsultas generadas hacia Salud Mental han sido resueltas telemáticamente sin necesidad de realizar cita presencial.



- Aunque la Historia Clínica Electrónica permite tener un acceso compartido a la información, la coordinación eficaz y reglada entre los profesionales continúa siendo una tarea pendiente. La implementación de sistemas de videoconferencia es un elemento que permitiría la comunicación individual y grupal entre los profesionales de los diferentes ámbitos de actuación tanto sanitarios como pertenecientes a otros sistemas de protección, supliendo los desplazamientos entre los diferentes centros derivados de la dispersión geográfica de nuestro territorio y mejorando en definitiva la coordinación.

Proyecto 04
ACTUACIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 1 Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL	1.2. Desarrollar programas específicos que incidan sobre los determinantes relacionados con la salud mental y el bienestar emocional: consumo de tóxicos, manejo del estrés. 1.3. Desarrollar actuaciones de promoción comunitaria relacionadas con la salud mental desde los Equipos de Atención Primaria. 1.8. Colaborar en los programas específicos promovidos por otras instituciones y entidades que incidan sobre determinantes de discriminación por motivo de género, minorías, exclusión social, etc. 1.9 Colaborar con la Dirección General de Salud Pública en las actuaciones que realiza, enmarcadas en el ámbito de la educación para la salud, tanto con programas generales de promoción de hábitos saludables como específicos de promoción del bienestar emocional. 1.12. Colaborar con el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales en actuaciones que fomenten y promuevan la salud mental en colectivos como menores en acogimiento, personas con dependencia, mayores institucionalizados, etc. 1.10 Colaborar con la Escuela de Pacientes con implicación de profesionales, asociaciones, usuarios, etc., con el objeto de abordar asuntos relacionados con la prevención y la promoción, también en salud mental. 1.11 Colaborar con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte en actuaciones que fomenten y promuevan la salud mental: Utilización de nuevas tecnologías, acoso escolar, consumo de tóxicos, redes sociales, etc. 1.13. Colaborar con Asociaciones y Entidades relacionadas con la salud mental en los proyectos y actividades que promuevan la salud mental en el entorno social.
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental. 2.2. Incorporar a los programas para el seguimiento del desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes los instrumentos necesarios para la detección temprana de patología mental o de situaciones vitales que puedan favorecer su aparición y desarrollo. 2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento, y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado, y la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves. 2.6. Implantar protocolos para la atención a pacientes con un intento autolítico previo. 2.14 Potenciar los programas de promoción de la salud mental y prevención de adicciones a través de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs), Escuelas Promotoras de Salud y los Centros de Prevención Comunitaria.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Cada año se llevan a cabo una gran variedad de proyectos de promoción comunitaria de la salud que se incluyen en los acuerdos de gestión clínica. Existen proyectos específicos de promoción de Salud Mental basados en el bienestar emocional, la relajación o el duelo entre otros.

Es importante también destacar la variedad de proyectos en los que los cuidados de diferentes aspectos de la Salud Mental están incluidos en sus objetivos, apareciendo cada vez con más frecuencia.

De todos los proyectos presentados, llevados a cabo y certificados a lo largo del período en el que se incluye el Plan de Salud Mental 2017-2021, 48 equipos de Atención Primaria han llevado a cabo proyectos de promoción de la salud relacionados con la Salud Mental, sea directamente o como uno de los objetivos dentro de una actuación más general. Como ejemplos de este segundo escenario, contamos con proyectos relacionados con el ejercicio, dirigidos a población infantojuvenil, a padres o madres en relación a la lactancia y primera infancia, violencia de género, cuidado del cuidador o la soledad.

Esto significa que un 39 % de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma ha realizado proyectos de promoción comunitaria de salud enmarcados dentro de los acuerdos de gestión, que han tenido en cuenta la influencia de los proyectos en la Salud Mental de las personas participantes.

Los activos comunitarios y la recomendación de estos son una pieza clave de la estrategia de atención comunitaria de Aragón, siendo una herramienta de la Atención Primaria que permite derivar a las personas a una gama de servicios locales no clínicos para apoyar su salud y bienestar. Dentro de las Agendas Comunitarias se presentan los mapas de activos sociales, sobre lo que se puede apuntar que durante el año 2020 el 62% de los 123 Equipos de Atención Primaria Aragoneses tenían Agenda Comunitaria.

Los activos para la salud pueden ser seleccionados por áreas la a través de este enlace. <https://atencioncomunitaria.aragon.es/activos-para-la-salud/>

La implantación de las propuestas del PAPPS (Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud) para identificar las transiciones y crisis psicosociales, así como la identificación de factores de riesgo en las diferentes etapas vitales no se ha visto realizado por la complejidad de la situación estructural y pandémica en la que se ha visto implicada la Atención Primaria.

Se realiza coordinación con la Dirección General de Salud Pública para el trabajo colaborativo en materia de bienestar emocional y su abordaje en poblaciones especialmente vulnerables.

CONCLUSIONES:

- Las actuaciones llevadas a cabo para la consecución de los objetivos marcados para este proyecto permiten concluir que la implantación de programas comunitarios posibilita el trabajo en áreas de la Salud Mental tan importantes como el bienestar emocional, la soledad, el control de la ansiedad o las alternativas para la utilización del tiempo de manera saludable. Junto a la prescripción de activos comunitarios, han demostrado ser acciones de gran utilidad e interés y llevan aparejados abordajes sociosanitarios libres de tratamientos farmacológicos o son coadyuvantes a estos.

Proyecto 05 GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADULTOS.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.10 Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos que permita su identificación, intervención temprana, abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias. Debe apoyarse en los profesionales de la unidad con dedicación al programa de seguimiento de casos de Trastorno Mental Grave. 2.13 Disponer en las Unidades de Salud Mental de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluya la atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento, para facilitar la continuidad asistencial y la vinculación con la red asistencial. 2.27 Realizar, en fases iniciales de la asistencia, una valoración integral de la familia del paciente con trastorno mental grave. 2.28 Establecer programas de apoyo, formación y colaboración con cuidadores principales y familiares, tanto desde los ámbitos de la salud mental como desde la atención primaria.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

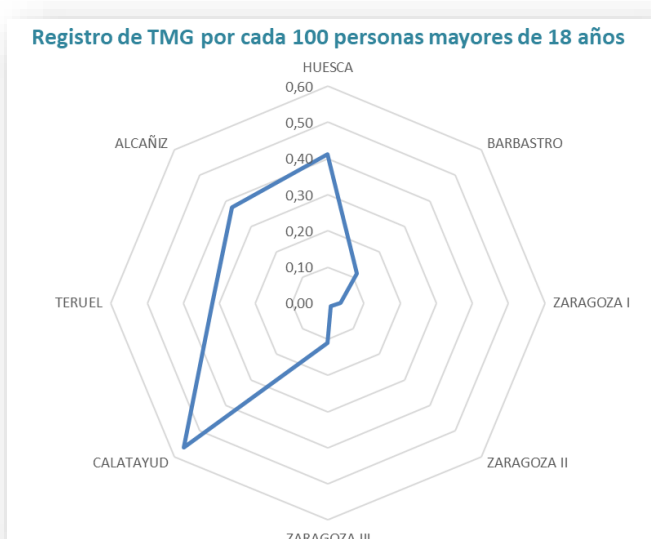
La inclusión de proyectos específicos de gestión de casos de TMG en las USM tal y como vienen enunciados en el Plan de Salud Mental, no ha llegado a implantarse en las Unidades de los diferentes sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón. Entre los motivos hallamos el desigual incremento de profesionales en las unidades, pero además la necesidad de un cambio de paradigma. Sigue pendiente la introducción en los equipos profesionales de un abordaje proactivo en la intervención terapéutica, centrada en la persona. No obstante, sí que se detectan actuaciones aisladas alineadas con la filosofía de estos proyectos de gestión de casos de TMG, pero sin que formen parte de un programa específico.

Ante estas dificultades, y siendo la evidencia científica y múltiples experiencias clínicas a nivel nacional e internacional las que indican la necesidad de seguir trabajando en esta dirección, se ha realizado a lo largo del año 2021 un grupo de trabajo interdisciplinar con participantes de todos los sectores sanitarios para la redacción consensuada de un programa asistencial que permita asegurar un circuito básico de intervención intensiva en trastorno mental grave, homogeneizado a nivel autonómico.

El desarrollo de la acción para la puesta en marcha del registro de casos del trastorno mental grave en Historia Clínica ha llevado aparejado la implantación de un formulario diseñado *ad-hoc* para su registro, lo que está permitiendo disponer de información sobre casos con mayor gravedad, cronicidad y discapacidad asociada, para destinar los recursos terapéuticos suficientes. A su vez incluye información importante sobre su situación clínica, evolución, tratamiento e intervenciones rehabilitadoras, etc., para que sea compartida entre los profesionales que intervienen con cada paciente.

La cumplimentación de este Registro por parte de los profesionales está siendo muy desigual observándose cifras dispares que no coinciden con los datos de la población de referencia y con las cifras estimadas de pacientes atendidos en consulta con diagnóstico de TMG. De esta manera, el indicador referenciado en el proyecto 5 como porcentaje de pacientes con TMG atendidos en USM con registro de TMG no posibilita la obtención de la información pretendida, pero posibilita llegar a detectar la necesidad de unificar un criterio a la hora de crear un episodio de contacto en Historia Clínica Electrónica.

SECTOR	Total	Tasa / 100	Población de referencia
HUESCA	377	0,41	91327
BARBASTRO	106	0,11	92508
ZARAGOZA I	58	0,04	162379
ZARAGOZA II	43	0,01	337062
ZARAGOZA III	284	0,11	257317
CALATAYUD	215	0,56	38078
TERUEL	198	0,32	61829
ALCAÑIZ	218	0,37	58309
Total	1499		1098809



CONCLUSIONES:

- Las actuaciones llevadas a cabo para la puesta en marcha del Registro de casos de TMG en Historia Clínica Electrónica han sido adecuadas dado que han permitido cumplir el objetivo de implantación y puesta en marcha del Registro. Su implantación ha permitido iniciar el proceso de registro de casos de TMG que en la actualidad arroja una cifra de 1499. Esta cifra no nos permite concluir cuántos pacientes de los que son atendidos por la red de Salud Mental son susceptibles de ser incluidos bajo el epígrafe TMG ya que, por una parte, no todos los profesionales cumplimentan dicho registro y porque, además, no hay unificación en la filiación del diagnóstico en el uso del curso clínico. Algunos profesionales utilizan este diagnóstico para nombrar el episodio, mientras que otros, lo nombran de una forma más abierta o con la referencia a la USM a la que pertenecen.

Proyecto 06 PROCESOS DE REHABILITACIÓN.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.8 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita una adecuada respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes. 2.9 Desarrollar e implantar procesos de rehabilitación e inserción adaptados a las características y situación de cada persona. Con objetivos medibles que permitan valorar avances. 2.11 Garantizar la continuidad de la atención mediante la utilización de documentación clínica común a todos los profesionales que intervienen en el proceso. 2.12 Establecer comisiones y comités de profesionales para favorecer la coordinación profesional, la toma de decisiones consensuadas y disminuir la variabilidad de la práctica clínica y profesional. 2.17 Implantar herramientas acreditadas (QUIRC, WHO-Quality Rights Tool Kit, ITHAC...) para evaluar la calidad de la atención en el hospital y en la comunidad a pacientes con procesos de larga duración, incluyendo el grado en que se promueven los derechos humanos, la inclusión social y la autonomía.
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	3.5 Adecuar los procedimientos administrativos para las hospitalizaciones, y el acceso a recursos comunitarios y de rehabilitación, según criterios habituales en otras áreas de la salud.
Línea Estratégica 4 Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL	4.2 Disponer de un registro de pacientes con TMG. 4.4 Disponer de un sistema informático de seguimiento para la planificación, seguimiento y evaluación de los pacientes en procesos de rehabilitación. 4.6 Disponer de un modelo de acreditación para instituciones y dispositivos de alojamiento de pacientes.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Dar continuidad y sostenibilidad a la red de rehabilitación a través de acciones que permitan el desarrollo e implantación del proceso de rehabilitación ha sido uno de los objetivos clave del Plan de Salud Mental 2017-21.

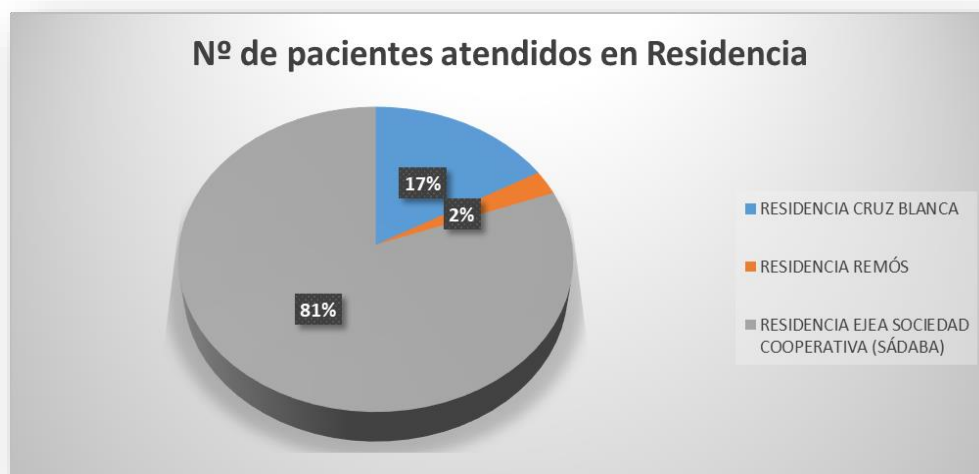
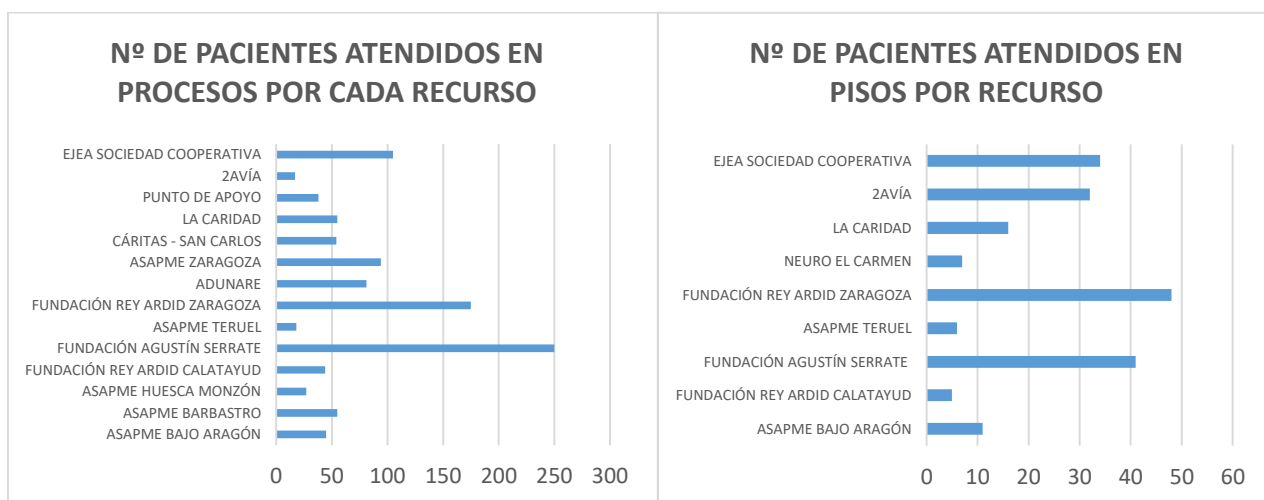
Para ello, se han convenido múltiples recursos para rehabilitación en Salud Mental bajo la nueva regulación de acción concertada, para la concertación de servicios sanitarios y sociales y prestados por entidades sin ánimo de lucro. Bajo esta fórmula se ha dado cobertura a la atención, fundamentalmente en rehabilitación, que venían desarrollando entidades diversas con amplia experiencia en la materia.

En Aragón prestan servicios concertados las siguientes entidades sin ánimo de lucro:

1. 2 A Vía Acompañamiento Terapéutico, Sociedad Cooperativa
2. Asociación Pro Salud Mental Bajo Aragón (ASAPME Bajo Aragón)
3. Asociación Oscense Pro Salud Mental (ASAPME HUESCA)
4. Asociación Turolense Pro Salud Mental (ASAPME TERUEL)
5. Asociación Aragonesa Pro Salud Mental de Zaragoza (ASAPME ZARAGOZA)
6. Cáritas Diocesana de Zaragoza
7. Ejea Sociedad Cooperativa
8. Fundación Adunare
9. Fundación Agustín Serrate
10. Fundación APIP-ACAM
11. Fundación La Caridad
12. Fundación Ramón Rey Ardid
13. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

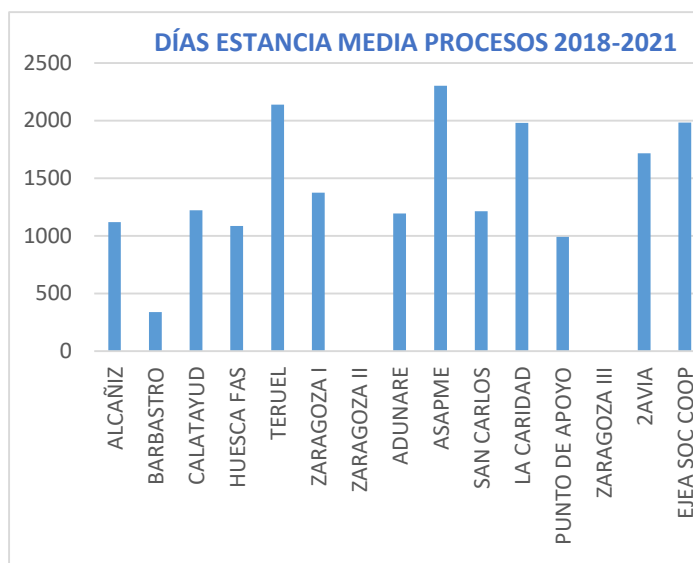
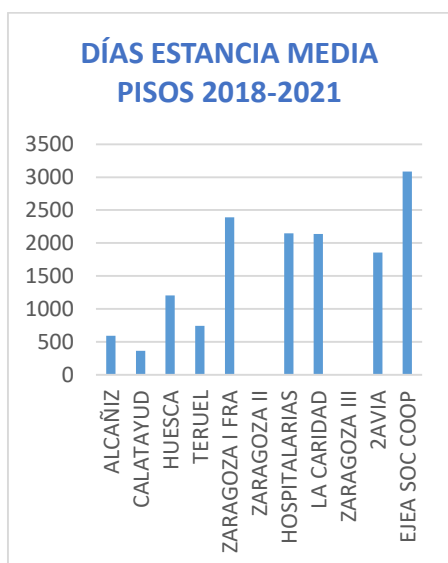
14. Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria, Sociedad Cooperativa
15. Cruz Roja Teruel
16. Cruz Roja Zaragoza
17. Centro Solidaridad de Zaragoza
18. Fundación Cruz Blanca
19. Fundación Guayente

Desde el inicio de la concertación en 2018 hasta junio de 2021, se han atendido e iniciado procesos de rehabilitación un total de 1321 personas de las que: 1058 han sido atendidas en procesos (CD (Centros de Día), CIL (Centros de Inserción Laboral), EASC (Equipos de apoyo social comunitario)), 200 personas en pisos y 63 personas en residencias de Salud Mental y de cuidados.

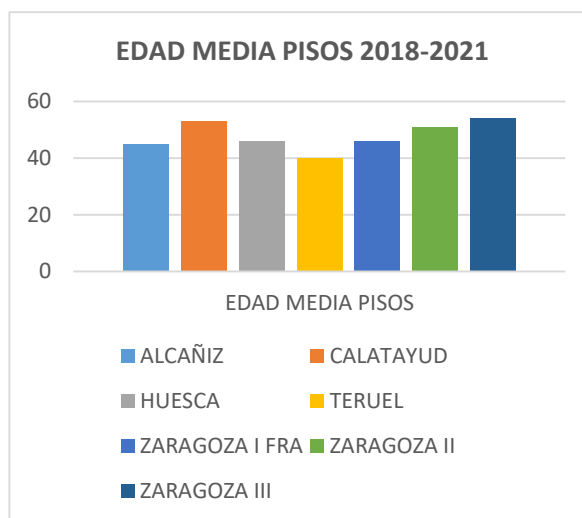
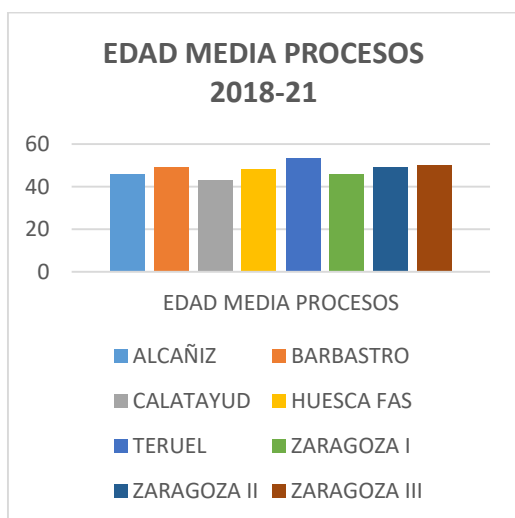


La estancia media de los pacientes atendidos en procesos de 2018 hasta junio de 2021 por cada recurso supera en la mayoría de ellos los mil días de estancia, con una mediana que ronda los 1221 días de estancia por proceso.

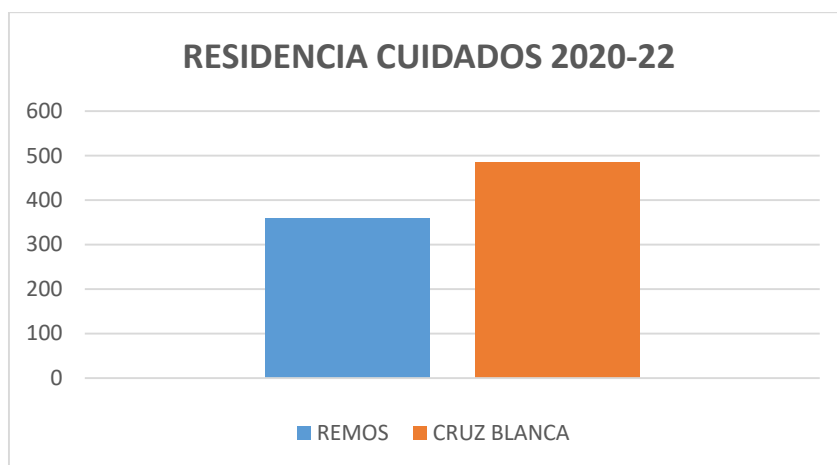
La estancia media en pisos supervisados de los pacientes atendidos de 2018 hasta junio de 2021 por cada recurso supera también los mil días de estancia en 5 de los 9 recursos de pisos en funcionamiento, con una mediana que ronda los 1853 días de estancia por proceso de pisos supervisados.



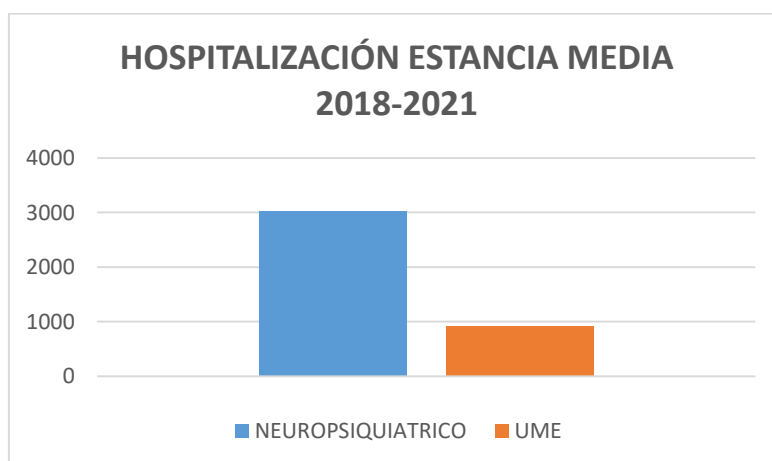
La edad media de los pacientes que acceden a los recursos de rehabilitación tanto en procesos como de pisos supera los 40 años, siendo este un dato que puede indicar, por una parte, el acceso tardío a los recursos de rehabilitación de Salud Mental, y de otra, la falta de datos sobre intervención rehabilitadora en pacientes con TMG en franjas de edad inferiores a la indicada.



Por lo que respecta a los pacientes que siguen proceso terapéutico en Residencia de Salud Mental su estancia media es de 3528 días quedando su mediana en 1568 días como el valor central del conjunto de datos de días de estancia. El cálculo de la estancia media de las Residencias de Salud Mental de cuidados básicos se ha realizado desde la fecha del inicio del convenio específico para este tipo de recursos, formalizado en marzo de 2020, contando con una estancia media de 663 días.



El número total de pacientes atendidos en recursos de hospitalización concertados desde 2018 hasta junio de 2021 asciende a 145. La estancia media en hospitalización de pacientes derivados a recursos de rehabilitación de UME y ULE correspondiente al periodo 2018 a junio de 2021, arroja una estancia media en UME de 921 días, quedando su mediana en 714 días, como el valor central del conjunto de datos de días de estancia. La estancia media en hospitalización en ULE supone 3029 días y en el cálculo del valor central del conjunto de datos aparece una mediana de 1568 días de estancia.

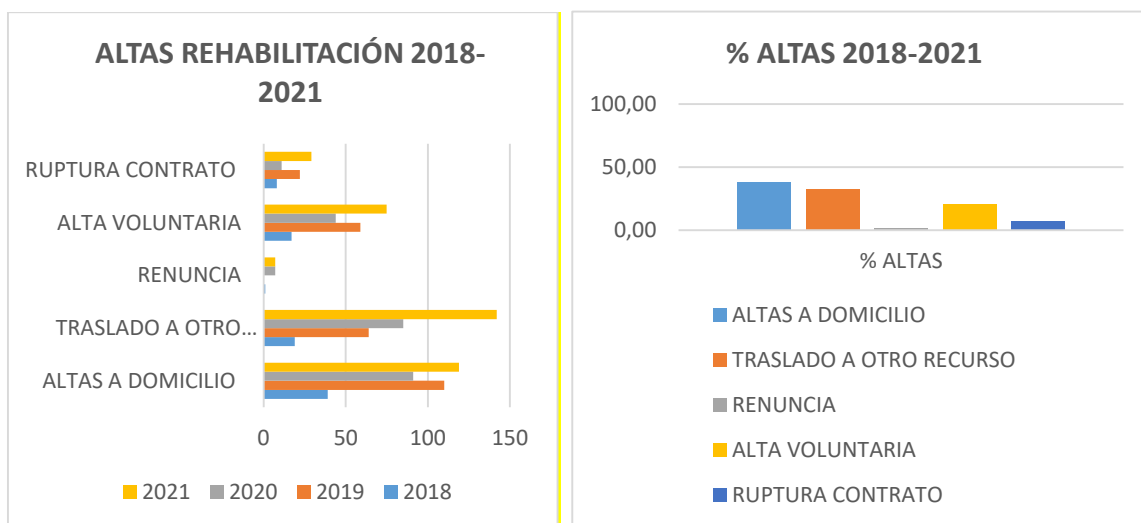


El índice de ocupación de los recursos de rehabilitación es prácticamente del 100%, lo que genera una detención del flujo de pacientes derivados para ingreso en los mismos, dificultando

la rotación de camas e incrementando la lista de espera, ocasionando tiempos de espera variables en función de las características del recurso solicitado. Es importante subrayar que la pandemia Covid ha generado un importante aumento de los tiempos de espera dado que en muchos recursos ha sido imprescindible mantener cuarentenas que han frenado la posibilidad tanto de dar altas, como de realizar ingresos.

LISTA DE ESPERA POR SECTOR Y MEDIA DE DÍAS DE ESPERA POR RECURSO									
MEDIA DE DÍAS DE ESPERA	SECTOR								
RECURSO	ALCAÑIZ	BARBASTRO	CALATAYUD	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA 1	ZARAGOZA 2	ZARAGOZA 3	Total general
CIL CIL APIP ACAM									229
PISOS 2AVIA									268
PISOS ASAPME TERUEL					419				419
PISOS EJE A SC							526		526
PISOS F AGUSTIN SERRATE		105		187					166
PISOS F REY ARDID CALATAYUD			151						151
PISOS F REY ARDID ZARAGOZA						333	391		436
PROCESOS 2AVIA								346	346
PROCESOS ASAPME HUESCA MONZON		172							172
PROCESOS ASAPME TERUEL					627				627
PROCESOS ASAPME ZARAGOZA							325	365	334
PROCESOS CARITAS SAN CARLOS							446		446
PROCESOS CRP SAN JUAN DE DIOS					511				511
PROCESOS EJE A SC MONCAYO								218	218
PROCESOS EL ENCUENTRO F LA CARIDAD							206	259	224
PROCESOS F ADUNARE							50	160	105
PROCESOS F AGUSTÍN SERRATE		63		255					228
PROCESOS F REY ARDID ZARAGOZA						291	260		290
PROCESOS PUNTO DE APOYO							187		187
RESIDENCIA CRUZ BLANCA HUESCA		217		350					306
RESIDENCIA SM EJE A SC SÁDABA						209	232		224
ULE NEUROPSIQUIATRICO NTRA SRA DEL CARMEN				613		666	434	301	484
UME F REY ARDID						611	343	778	506
PROCESOS ASAPME BAJO ARAGÓN	69								69
Total general	69	157	151	312	556	440	347	312	356

Del total de altas producidas durante el periodo analizado entre septiembre 2018 y junio de 2021, en total una cifra de 949, las altas terapéuticas a domicilio han supuesto el 37,87% del total. Este dato refleja una mejora de los resultados esperados, sin que de momento se cuente con más información ni herramientas de seguimiento estandarizadas que permita medir la influencia del tratamiento tras el alta. El resto de altas se desglosan en un 32,67% de pacientes trasladados a otro recurso, las altas voluntarias suponen un 20,55% y las rupturas del contrato terapéutico y renuncias suponen un 7,38% y un 1,58% respectivamente.



Se cuenta con una lista de espera para estos recursos que de manera aproximada, ya que son cifras que varían semanalmente, refleja la siguiente tabla:

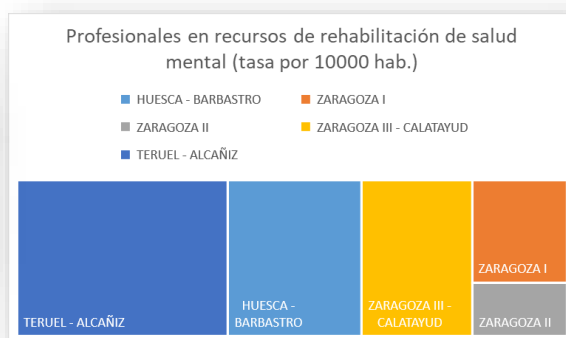
Lista de espera

Sector sanitario	Personas en lista de espera para recursos de rehabilitación en salud
ALCAÑIZ	2
BARBASTRO	14
CALATAYUD	13
HUESCA	39
TERUEL	21
ZARAGOZA I	29
ZARAGOZA I	2
ZARAGOZA II	78
ZARAGOZA III	43
Total	242



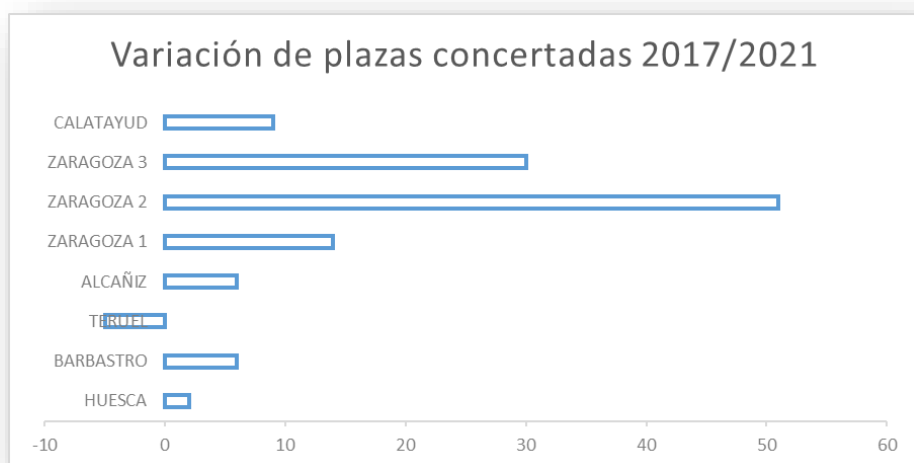
La ratio de profesionales del ámbito de la rehabilitación en Salud Mental por población es la reflejada en la siguiente tabla, matizando que los sectores Zaragoza I y II no tienen Centro de Rehabilitación Psicosocial y utilizan el ubicado en el sector Zaragoza III, motivo por el cual las ratios son inferiores.

SECTOR SANITARIO	PROFESIONALES RHB SM / 10000 hab.
HUESCA - BARBASTRO	6,68
ZARAGOZA I	3,1
ZARAGOZA II	1,63
ZARAGOZA III - CALATAYUD	5,52
TERUEL - ALCAÑIZ	10,54

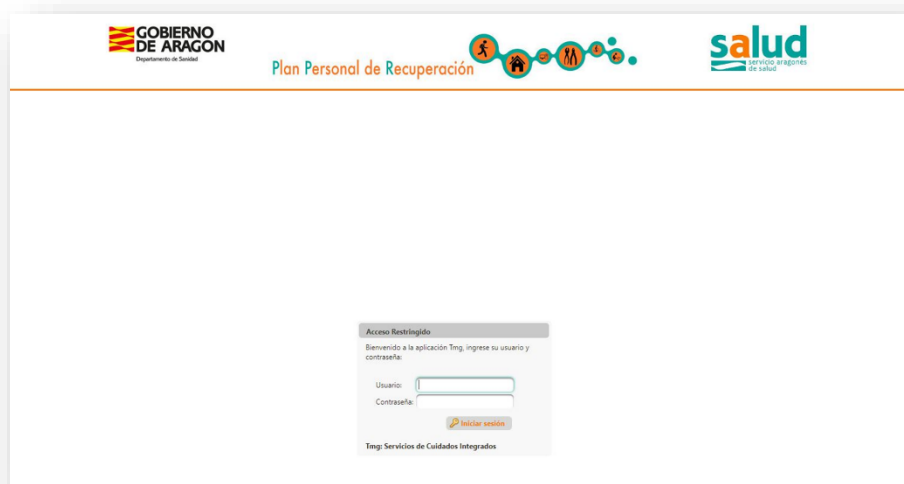


En los siguientes gráficos se puede observar el incremento de recursos que se ha producido en el ámbito de la rehabilitación en salud mental, quedando pendientes, y ya incluidos en presupuestos de este año, desarrollos de recursos en Jacetania y Bajo Cinca.

	TIPOLOGÍA	2017	ACTUAL	diferencia
HUESCA	PROCESOS	140	141	1
	PISOS	18	18	0
	RESIDENCIA	9	10	1
BARBASTRO	PROCESOS	41	50	9
	PISOS /RESIDENCIA	5	2	-3
TERUEL	PROCESOS	25	16	-9
	PISOS	0	4	4
ALCAÑIZ	PROCESOS	20	26	6
	PISOS	4	4	0
ZARAGOZA 1	PROCESOS	104	110	6
	PISOS	32	40	8
	MEDIA ESTANCIA	39	39	0
ZARAGOZA 2	PROCESOS	174	203	29
	PISOS	14	16	2
	LARGA ESTANCIA	40	60	20
ZARAGOZA 3	PROCESOS	73	80	7
	PISOS	39	53	14
	RESIDENCIA	36	45	9
CALATAYUD	PROCESOS	20	25	5
	PISOS	0	4	4
TOTAL		833	946	113



Se han desarrollado y se están implantando de manera progresiva diversos aplicativos informáticos para la gestión clínica y administrativa, y para la coordinación de la atención a la Salud Mental y su rehabilitación: Registro de Trastorno Mental Grave, Formulario para la derivación a rehabilitación, aplicación informática independiente para la entrada, actividad, seguimiento y alta en procesos rehabilitadores: Plan Personal de Recuperación (PPR).



Este aplicativo, PPR, recoge todas las derivaciones realizadas por los profesionales de Salud Mental hacia los procesos rehabilitadores necesarios para el usuario, posibilitando la creación individualizada de un plan de intervención que guía todo el itinerario rehabilitador. Permite generar informes de situación en cada estadio específico del proceso rehabilitador del paciente, que son compartidos con el profesional de referencia facilitando la continuidad asistencial, el trabajo en red y el alcance de los objetivos de recuperación. No obstante, este aplicativo está teniendo una implementación desigual, y se está trabajando en una versión 2.0 que mejore su usabilidad y la explotación de datos para asegurar su utilización por todos los recursos implicados.

CONCLUSIONES:

- Las acciones llevadas a cabo para la consecución de los objetivos marcados han sido, en líneas generales, útiles y beneficiosas. Han permitido desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, el tratamiento y el abordaje rehabilitador según criterios de ordenación y estándares reconocidos, posibilitando dar una adecuada respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes. Esta mejora en la respuesta se traduce en el aumento de 113 plazas diversificadas entre residencia de Salud Mental y de cuidados, UME, ULE y pisos supervisados.
- Desde el inicio de la concertación en 2018 hasta junio de 2021, se han derivado a rehabilitación según el dispositivo a 1466 personas atendidas a través de recursos de procesos (CD, CIL y EASC), pisos, residencias de Salud Mental y recursos de hospitalización de UME y ULE.
- Estos nuevos convenios llevan aparejado el desarrollo y la inclusión de todos los pacientes en el aplicativo PPR, y el desarrollo al 100% de indicadores de valoración inicial y de periodicidad semestral. A su vez, todos los pacientes incluidos en procesos rehabilitadores tendrán diseñado un plan de intervención individual.
- Aunque se ha podido medir que las altas terapéuticas a domicilio han supuesto un 37% del total de altas, de nuevo no ha sido posible conocer de manera estandarizada el resultado evolutivo a nivel de recuperación funcional vinculado a la mejoría clínica al alta de los recursos.

- Se pone de manifiesto la necesidad de introducir mecanismos de medición compartida que permitan acceder a resultados clínicos pero también de funcionalidad individual que faciliten retomar el itinerario personal tras las intervenciones terapéuticas realizadas, buscando la mejora de la calidad y la efectividad de la atención en rehabilitación.
- El desarrollo de los procesos de rehabilitación ha permitido recoger información sobre la estancia media en los dispositivos de la red, que arroja cifras de estancias por encima de los dos años. Superan los tiempos inicialmente esperados pero la influencia de la pandemia ha marcado de un modo notable la dilatación de las estancias.
- La edad media de los pacientes que acceden a los recursos de rehabilitación supera los 40 años, siendo este un dato que debe hacer reflexionar sobre el momento evolutivo de la enfermedad en el que se interviene terapéuticamente, siendo conscientes de que el debut de los trastornos mentales graves suele producirse en la adolescencia e inicio de la edad adulta y que la intervención precoz mejora el pronóstico. Esta franja etaria tan vulnerable es un periodo de oportunidad, en el que la intervención rehabilitadora puede transformar itinerarios vitales, evitando la cronificación y los abordajes tardíos. Ligada a esta realidad y a la necesidad de anticipar las intervenciones terapéuticas, los programas de los dispositivos deben adaptarse a estos perfiles más jóvenes, adaptándose a sus demandas.
- Se detecta la necesidad de poder obtener datos más concretos sobre las intervenciones realizadas en los recursos de rehabilitación en relación a los planes de intervención terapéuticos. La puesta en marcha de la nueva versión de PPR deberá permitir evaluar esta información, con la inclusión de indicadores diseñados con ese objetivo.

Proyecto 07

TRASTORNO MENTAL EN FASE AGUDA (PROGRAMA SUBAGUDOS).

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.8 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida. 2.12 Establecer comisiones y comités de profesionales para favorecer la coordinación profesional, la toma de decisiones consensuadas y disminuir la variabilidad de la práctica clínica y profesional.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Para complementar la red de recursos de hospitalización, que comprende unidades de corta, media y larga estancia, se puso en marcha en 2020 la Unidad de Media Estancia y Subagudos del CRP Ntra. Sra. del Pilar de Zaragoza, tras la remodelación de los edificios San Juan y salas entrepabellones de dicho centro.

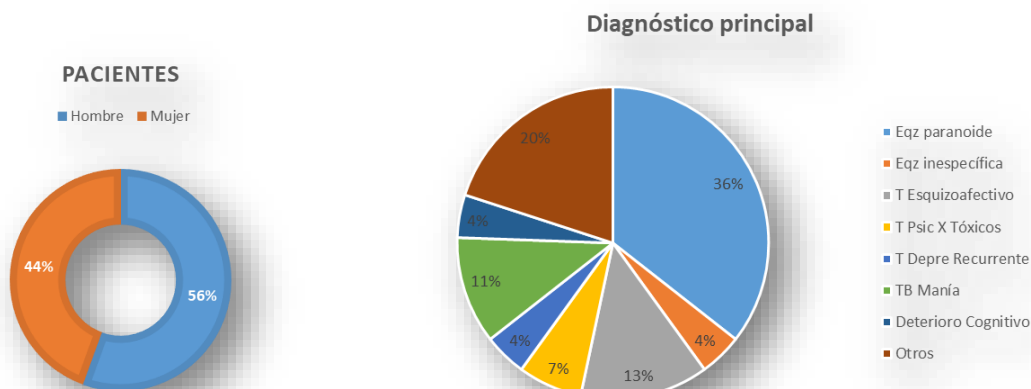
Se trata de una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria Intensiva con dos programas diferenciados y profundamente relacionados: Programa de Subagudos y Programa de Media Estancia.

El Programa de Subagudos, de ámbito provincial, viene a dotar de un espacio clínico continuista con el tratamiento que se realiza en las unidades de corta estancia, con el objetivo de alcanzar la estabilidad clínica en un espacio más flexible. Se incorpora un programa de rehabilitación intensiva, que trabaja aspectos básicos tales como la conciencia de enfermedad, la gestión del autocuidado, y la potenciación y mantenimiento de la autonomía personal, a lo largo de un ingreso de duración aproximada entre 2-4 meses. Para facilitar la inclusión de los pacientes en el Programa de Subagudos se ha diseñado desde Historia Clínica Electrónica un modelo específico de derivación, de tal forma que se facilitan los enlaces entre recursos y el tránsito del flujo de la información clínica.



PABELLÓN SAN JUAN DE DIOS
ALZADO SUR

En el período analizado, de un año desde su apertura, han ingresado 45 personas con una duración media de 64 días de estancia, con unas características descritas en los siguientes gráficos:



CONCLUSIONES:

- La puesta en marcha en 2020 la Unidad de Media Estancia y Subagudos del CRP Ntra. Sra. del Pilar de Zaragoza ha supuesto un importante avance en la atención en la continuidad en el tratamiento de pacientes cuya situación clínica y/o sociofamiliar precisa de una prolongación de abordaje intensivo en un entorno clínico en alta intensidad terapéutica.
- Las actuaciones previstas en el Plan que incluyen la implantación de criterios de inclusión y modelos de derivación estandarizados han posibilitado el ingreso de más de 45 personas en el Programa de Subagudos de tal forma que ha permitido la consolidación de su mejoría evitando recaídas y reingresos en Unidades de Corta Estancia. Los indicadores elaborados para medir sus acciones, aunque en situación incipiente, permiten concluir su alcance global y demuestran los beneficios de la puesta en marcha del recurso.
- Aunque se ha podido medir el número de ingresos, de nuevo no ha sido posible conocer la mejoría en resultados relacionados con la evolución de los pacientes al alta según escalas, herramientas acreditadas o criterios clínicos establecidos, poniéndose de manifiesto la necesidad de introducir mecanismos de medición cuantitativos y cualitativos que permitan impulsar la mejora de la calidad y la eficacia de la atención en rehabilitación.

Proyecto 08
PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A ADICCIONES.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.23 Integración plena de la atención y seguimiento de adicciones en la red de salud mental, manteniendo determinados recursos específicos (UASA, Comunidad Terapéutica) con programas de atención a las adicciones.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Para el abordaje de este Proyecto se ha participado junto con la Dirección General de Salud Pública en la elaboración del III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024. Fruto de ese trabajo en el que se contó con la participación y consenso de todos los profesionales de la red de asistencia y prevención de adicciones, se han establecido los principales objetivos y acciones a desarrollar en este ámbito alineados tanto con la Estrategia Nacional sobre Adicciones como con el Plan de Salud de Aragón 2030.

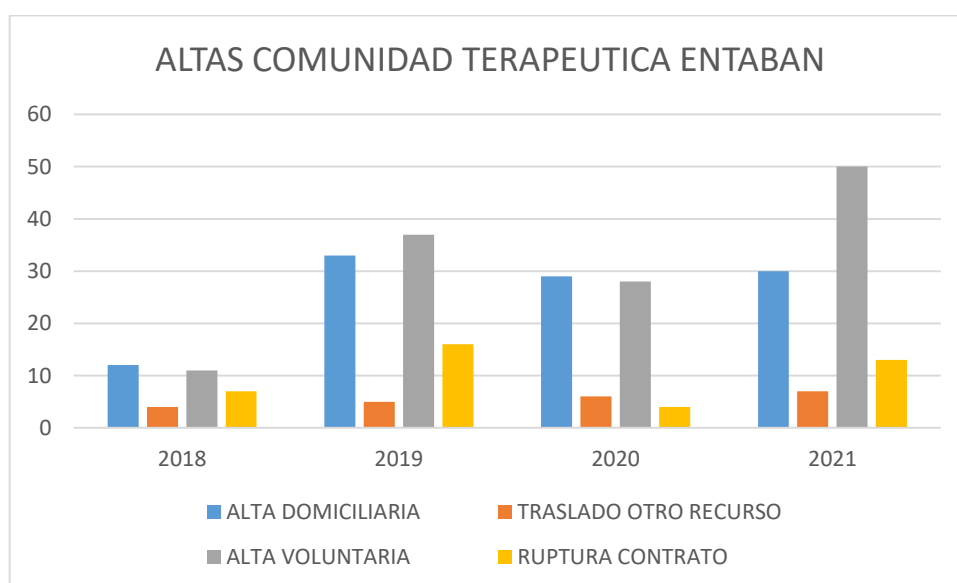
Uno de los objetivos descritos en dicho Plan de Adicciones se alinea con el objetivo contemplado en el Proyecto 8 y es el de integrar los recursos de atención a las adicciones en los órganos de coordinación de la red de Salud Mental. Para ello, la publicación de la Orden SAN/2193/2018, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón, ha permitido la integración las adicciones en la red de salud mental, posibilitando la participación plena y normalizada en las subcomisiones de sector de representantes de los recursos de asistencia a adicciones y permitiendo el acceso a la derivación a cualquier dispositivo de la red de rehabilitación que precisen los pacientes atendidos, acceso a historia clínica electrónica y otros aplicativos, entre otros pasos que deben continuar hacia la integración plena en la red de salud mental.

Para la consolidación de una red integrada de Salud Mental desde el Plan de Adicciones se han establecido los siguientes objetivos cuyo desarrollo permite comprobar el trabajo que se está realizando. Asimismo, identifica las necesidades que será necesario incardinar en el próximo plan de Salud Mental 2022-2025:

- Dotar a las unidades de atención y seguimiento de adicciones de los recursos necesarios para la atención a las adicciones de su población adscrita. Con los/las profesionales de las unidades de asistencia y seguimiento de adicciones se realizan reuniones y se mantiene una comunicación directa. Se han consensado los equipos profesionales, el modelo asistencial y la cartera de servicios de estas unidades / programas de asistencia a las adicciones.
- Establecer procedimientos permanentes de colaboración entre la red de Salud Mental y la red de programas especializados de adicciones, mediante la coordinación de las Direcciones Generales de Asistencia Sanitaria y Salud Pública. En este sentido, se mantiene un grupo de trabajo, con reuniones periódicas, con responsables de prevención de adicciones de la Dirección General de Salud Pública, para la mejora de intervenciones preventivas y de promoción de la salud, asistenciales y de registro de información.
- Incorporar intervenciones de detección precoz en Atención Primaria sobre consumo de drogas legales, como alcohol y tabaco, así como de prevención de efectos no deseados en la prescripción de fármacos psicoactivos con potencial adictivo.

- Asegurar la coordinación y colaboración entre la red de atención a las adicciones y los recursos sanitarios de los centros penitenciarios.

Uno de los recursos específicos de la red de adicciones es la Comunidad Terapéutica. Aragón cuenta en estos momentos con un único centro público concertado para la deshabituación de personas con problemas de adicciones en régimen intensivo. Con una disponibilidad de 45 plazas, desde septiembre de 2018 hasta 2021 se han dado un total de 292 altas de las cuales 104 son altas a domicilio, lo que representa que el 35,62% de personas derivadas a Comunidad Terapéutica han completado un proceso de deshabituación y cumplen criterios de mejoría clínica compatibles con el alta domiciliaria.



Por lo que respecta al tiempo de demora para ingreso en Comunidad Terapéutica desde su indicación es variable y fluctúa a lo largo de los meses, en su última revisión del mes de abril de 2022 el tiempo de espera medio era de un mes.

CONCLUSIONES:

- Las actuaciones llevadas a cabo para la puesta en marcha de este proyecto ponen de manifiesto que ya se ha iniciado el recorrido para la inclusión de adicciones en la red de Salud Mental, a través de la participación de los profesionales en las subcomisiones de sector y a la posibilidad de poder realizar derivaciones de forma bidireccional a recursos de la red. No obstante es preciso seguir avanzando en su plena inclusión.
- La puesta en marcha del Plan de Adicciones pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en las acciones programadas para continuar avanzando hacia:
 - El establecimiento de una cartera básica de servicios para el abordaje de los trastornos adictivos, el manejo de la emergencia de nuevos patrones adictivos, que requiere cambios en los diseños terapéuticos y en la capacitación de los

profesionales que dan cobertura a estos pacientes, así como una ampliación y diversificación de los recursos existentes.

- Perfilar los circuitos de derivación de pacientes, tanto dentro de la red de Salud Mental como desde fuera de la misma, compartiendo la información relativa a su funcionamiento con todos aquellos profesionales que pudieran estar implicados en la derivación.
 - Establecer canales de coordinación entre servicios sociales, educación y salud y todas aquellas entidades que intervienen en el tratamiento de las adicciones, de tal manera que se pueda propiciar tanto una detección precoz de los problemas como una continuidad asistencial en su tratamiento. Queda patente la necesidad de que los centros penitenciarios entren también dentro de los circuitos de derivación y tratamiento.
 - Mejorar la detección y el abordaje de aquellos menores en el periodo de máxima vulnerabilidad entre los 16-18 años que quedan fuera de los circuitos habituales de intervención.
- Aunque se ha podido verificar a través del indicador establecido que un 35,62% de personas derivadas a Comunidad Terapéutica han completado un proceso de deshabitación y cumplen criterios compatibles con el alta domiciliaria, de nuevo no ha sido posible medir la mejoría de resultados evolutivos relativos a la recuperación global de los pacientes en el momento del alta y tras ella según escalas, herramientas acreditadas o criterios clínicos establecidos, poniéndose de manifiesto la necesidad de introducir mecanismos de medición compartida que permitan conocer los resultados totales, vinculados a la mejora de la calidad y la eficacia de la atención en en los procesos de deshabitación.

Proyecto 09
GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INFANTOJUVENIL.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.18 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida. 2.20 Disponer las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluyan: atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial. 2.22 Atender al trastorno mental en la población de menores infractores con una mejora de la coordinación y cooperación entre Salud Mental, Centros de Prevención Comunitaria, Servicios Sociales, Educación y el Sistema de Justicia Juvenil.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

El desarrollo de la red para la atención a la Salud Mental de niños/as y adolescentes requiere el diseño de programas específicos de atención que deben ir aparajados con una suficiente dotación de profesionales que posibilite la puesta en marcha de los mismos. De esta manera, se han reforzado con diferentes categorías profesionales según características del recurso y población asignada, las USMIJ de diferentes sectores sanitarios. Estas acciones han supuesto un incremento del 42,20% de las plantillas, que en datos absolutos supone un aumento de 18,5 profesionales sobre los 44 previstos inicialmente en el Plan de Salud Mental 2017-2022, incremento aún insuficiente frenado por los dos años de prórroga presupuestaria nacional seguido de la pandemia COVID-19.

También se ha reforzado la red de atención de Infanto Juvenil con la puesta en funcionamiento del primer Hospital de Día de Salud Mental Infantojuvenil en Aragón, "Parque Goya", con la colaboración del Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Es un recurso suprasectorial que complementa la oferta ambulatoria y de hospitalización, con un formato asistencial diferente a las USMIJ, Centro de Día de Movera y hospitalización de corta estancia en Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Se trata de un dispositivo asistencial intensivo y de tiempo limitado, (mínimo de 3 meses a reevaluar pasado este tiempo) para niños y adolescentes con patologías mentales graves que provocan una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, pudiendo estar alteradas sus capacidades académicas o profesionales. Desde su apertura en febrero de 2019 hasta febrero de 2022 se han atendido un total de 105 menores, con una estancia media en el recurso de 6 meses, durante los cuales también se ha procurado una adecuada atención a la familia.

Este proyecto incluye como actuaciones específicas la realización de protocolos de actuación en relación a la coordinación de las USMIJ con Atención Primaria, centros escolares y servicios sociales, que no han sido desarrollados porque la implementación de otras actuaciones como la creación de la Comisión Autónoma de Salud Mental Infantojuvenil y de la Unidad de Coordinación de Salud Mental ha propiciado en gran medida la mejora de la coordinación general.

En los casos en los que se precisa de la intervención del Servicio de Protección a la Infancia del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, o estén sometidos a medidas judiciales, hasta la puesta en marcha de un órgano de coordinación, se trabajan de manera individualizada, cuando surgen necesidades no cubiertas o de manera parcial por los recursos y procedimientos habituales de la asistencia sanitaria.

En noviembre de 2020, se formó la Comisión Autonómica de Salud Mental Infantojuvenil según indica la ORDEN SAN/2193/2018, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. La Comisión se reúne, de forma ordinaria, con periodicidad bimensual y, de manera extraordinaria, cuando sea convocada por su Presidente, ajustándose su funcionamiento al régimen establecido con carácter general para los órganos colegiados.

En ella se estudian casos especialmente complejos, eventos reseñables de la situación asistencial, se comparte información sobre intervenciones, procedimientos y situación de los diferentes recursos y equipos profesionales y se asesora a la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Departamento de Sanidad.

CONCLUSIONES:

- Las actuaciones encaminadas al logro de los objetivos de este proyecto, pese a todas las dificultades presupuestarias, ha supuesto un incremento, aún insuficiente, de asignación de profesionales destinados a la atención de niños/as y adolescentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- La inauguración en 2019 del Hospital de Día de Salud Mental Infantojuvenil “Parque Goya” ha permitido aumentar la red de atención de dispositivos de salud mental infantojuvenil posibilitando, de esta manera, la disminución de la necesidad de ingreso en unidades de hospitalización de corta estancia, potenciando además el sostén y la continuidad asistencial con su USMIJ de referencia, a la par que mejora la coordinación con otros dispositivos y recursos de diversos ámbitos manteniendo la inclusión en su medio escolar y social.
- El programa de gestión de casos graves en infantojuvenil ha sido otra de las actuaciones que no ha sido desarrolladas, de tal forma que será necesario su abordaje de cara al diseño del nuevo Plan de Salud Mental desde un diseño centrado en la atención de primeros episodios de psicosis.
- La puesta en marcha de Comisión Autonómica de Salud Mental Infantojuvenil y de la Unidad de Coordinación de Salud Mental ha permitido el establecimiento de procesos tendentes a la mejora de la comunicación y coordinación de profesional de diferentes ámbitos proporcionando de esta manera una mejor atención a los menores, supliendo hasta el momento la puesta en marcha de protocolos específicos.

Proyecto 10 ATENCIÓN TEMPRANA.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.21 Coordinación de forma regulada y sistemática con la red de Atención Temprana, Educación, y el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Las acciones previstas para dar cumplimiento al objetivo general de coordinación de forma regulada y sistemática con la red de Atención Temprana, Educación, y el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia a través de la puesta en marcha de protocolos específicos de intervención para la coordinación y el establecimiento de criterios clínicos diferenciados entre centros de Atención Temprana y centros sanitarios no han sido desarrolladas. No obstante, justificada la necesidad de coordinación efectiva y de acceso a una información compartida entre los diferentes ámbitos, y como parte de los procesos necesarios para dar respuesta a estas necesidades, desde la red de Salud Mental infantojuvenil se han realizado diferentes actuaciones para su respuesta.

Desde la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Departamento de Sanidad se participa regularmente en la Comisión Técnica de Asesoramiento del Programa de Atención Temprana del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales. En dicho órgano de coordinación también participa el Servicio de Equidad e Inclusión del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, y el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia.

Desde la Comisión Autonómica de Salud Mental de Infantojuvenil se ha manifestado la necesidad de formación de los profesionales de Salud Mental en el abordaje que desde Atención Temprana se lleva a cabo con los niños y niñas de 0 a 6 años como actuación específica que permita una mayor comprensión, análisis y seguimiento de niños y niñas que necesiten una intervención común. Con este objetivo se han realizado estancias docentes de facultativos de psiquiatría en formación en los Centros Base de Zaragoza.

Se está trabajando en facilitar mediante aplicativos informáticos los flujos de derivaciones al Programa y la información compartida entre los ámbitos social, sanitario y educativo.

CONCLUSIONES:

- A pesar de haber iniciado actuaciones para la consecución del objetivo propuesto, queda un amplio trabajo por desarrollar en esta área. Para llevar a cabo el establecimiento de criterios de derivación tanto a los servicios de Atención Temprana como a las Unidades de Salud Mental, es necesario conocer la situación actual de los servicios de pediatría y cómo abordan estas necesidades hasta el momento.
- El análisis de datos que reflejen la tipología y la incidencia de casos en los que es necesaria una intervención compartida ayudaría a desarrollar un abordaje más detallado acorde con la demanda. Así mismo, y debido a la existencia de procesos comunes entre Atención Temprana y las Unidades de Salud Mental, que a su vez precisan una intervención fundamental y constante por parte de pediatría, se considera fundamental el flujo de información y conocimientos entre las tres áreas siendo indispensable sostenerlo de un modo longitudinal.

Proyecto 11 PSICOGERIATRÍA.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.4 Incorporar a los programas de atención a los pacientes crónicos complejos, dependientes, paliativos, etc., aquellos cuidados de salud mental que sean necesarios para los pacientes y sus cuidadores. 2.15 Establecer procedimientos con servicios sociales para trabajar de manera coordinada, para las personas con edad avanzada y trastorno mental, con la finalidad de asignar los recursos más adecuados a cada caso.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

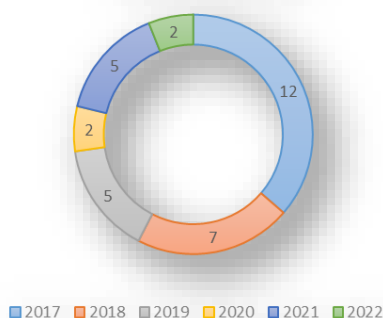
Una de las acciones clave del proyecto 11 es el desarrollo de programas de atención psicogerítrica que permitan establecer procedimientos con servicios sociales para trabajar de manera coordinada la atención de las personas mayores con problemas de salud mental, cuya finalidad es la de asignar los recursos más adecuados a cada caso. A tal fin, desde 2017 se viene realizando un trabajo colaborativo con el Servicio de Gestión de la Red de Centros y Fomento de la Iniciativa Social del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales. Consiste en facilitar, para aquellas personas mayores en situación de dependencia, con enfermedad mental grave estabilizada y que son atendidas en unidades de hospitalización de Psicogeriatría, que puedan ejercer el derecho de acceso a un recurso residencial adecuado a su situación biopsicosocial.

Las unidades de Psicogeriatría son dispositivos de hospitalización, ubicadas en los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Huesca, Teruel y Zaragoza, que prestan asistencia a personas mayores con enfermedad mental grave activa o en crisis, a través de la atención de equipos multidisciplinares. El propósito de estas Unidades es la recuperación funcional máxima del paciente y la estabilización clínica, sin que esto suponga un lugar de residencia permanente. Ha sido necesario arbitrar mecanismos de coordinación que posibiliten el tránsito de estas unidades a sus propios domicilios o a recursos residenciales tanto públicos como privados.

Así, esta tarea de coordinación emprendida en 2017 con el CRP Ntra. Sra. del Pilar de Zaragoza, ha permitido el trabajo con numerosas personas y familiares que se resume en las siguientes tablas.



Casos por año



En la actualidad se prosigue el trabajo desde el CRP Ntra. Sra. del Pilar, se ha iniciado con el CRP Sto. Cristo de los Milagros de Huesca y se iniciará con el CRP San Juan de Dios de Teruel. Este programa tiene el apoyo de la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Departamento de Sanidad y debe garantizar a través de la estrecha coordinación de los equipos multidisciplinares de los CRP y los distintos ámbitos de intervención el seguimiento clínico de las personas derivadas en ese tránsito y durante un tiempo prudencial, hasta la total adaptación en el ámbito residencial.

CONCLUSIONES:

- Las actuaciones realizadas para la consecución de la coordinación necesaria entre los Servicios Sociales y el Departamento de Sanidad con el objetivo asignar los recursos más adecuados a cada caso han posibilitado la implantación de programas de coordinación entre los ámbitos residenciales de personas mayores y los equipos multidisciplinares de los CRP. De esta manera, y mediante un trabajo de la integración en el ámbito comunitario se ha conseguido el aumento del número de altas a través del trabajo individualizado de todos aquellos aspectos biopsicosociales que puedan dificultar su integración y vinculación en comunidad y por otro, propiciar su mantenimiento tras el alta en el ámbito residencial evitando los retornos.
- Este abordaje ha demostrado ser útil y necesario, favoreciendo la atención prioritaria de las personas mayores con enfermedad mental a través de los recursos de la comunidad tanto en el ámbito residencial como domiciliario, es por ello necesario promover programas específicos de coordinación residencial desde los CRP.
- Así mismo, y pese a no contar con protocolos específicos de actuación (Atención Primaria, USM) para residencias y centros de día, ni de protocolos específicos para la atención de síntomas psiquiátricos y trastornos de conducta en pacientes con demencia, es necesario seguir trabajando en que la atención a las personas mayores con enfermedad mental se realice en el ámbito comunitario. Será preciso, de esta manera, propiciar la formación de los profesionales para mejorar el abordaje, diagnóstico, tratamientos y seguimiento personas mayores con enfermedad mental tanto en atención primaria, ambulatoria como hospitalaria (síndrome confusional, delirium y trastornos afectivos).

**Proyecto 12
COORDINACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE AGITADO.**

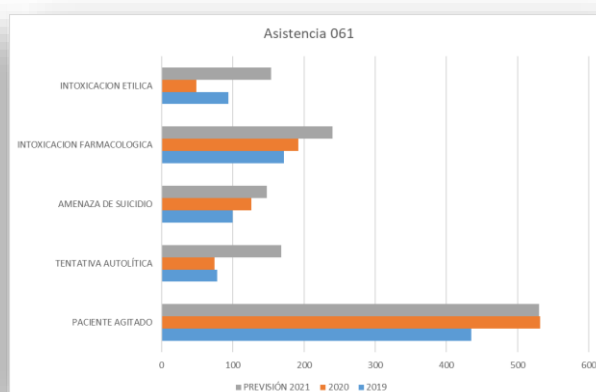
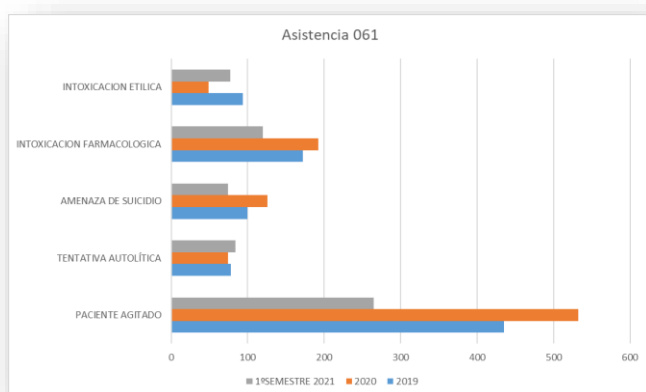
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE	2.10 Establecer procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y la dignidad de los usuarios, para las siguientes situaciones: Contención física, traslado del paciente agitado e intervenciones que precisen de consentimiento informado.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Con el fin de sentar las bases para una adecuada coordinación del proceso de atención a las personas con agitación psicomotriz que necesitan asistencia sanitaria urgente, a largo del año 2019 mediante un grupo de trabajado interdisciplinar se elaboró el Protocolo de Coordinación para la Atención y Traslado al Paciente Agitado. Dicho protocolo reúne el trabajo de los sectores sanitario, social, policial, judicial y fiscal. Puede ser consultado en el siguiente enlace: [01b14e3f-aa0c-0100-62d1-ea4751b202b1 \(aragon.es\)](https://01b14e3f-aa0c-0100-62d1-ea4751b202b1.aragon.es) dentro del apartado de la Estrategia de Salud Mental de la página web del Gobierno de Aragón.

La recogida de datos sobre la asistencia y traslado de pacientes con estado de agitación se realiza desde Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 Aragón, recurso sobre el que pivotan las acciones coordinadoras del Protocolo. En el actual Protocolo no es imprescindible la implicación de las Fuerzas de seguridad, sino que esto depende de la valoración de la necesidad por parte del CCU.

DIAGNOSTICO / SITUACIÓN	2019	2020	1ºSEMESTRE 2021
PACIENTE AGITADO	435	532	265
TENTATIVA AUTOLÍTICA	78	74	84
AMENAZA DE SUICIDIO	100	126	74
INTOXICACION FARMACOLOGICA	172	192	120
INTOXICACION ETILICA	94	49	77



Las cifras, estimativas por no tener los registros del año 2021 completo, hablan de un aumento en casi todas las categorías que pudiesen activar el protocolo para la asistencia y traslado del

paciente agitado. Estos datos se refieren a los casos atendidos, sin embargo, no hay un análisis externo sobre cómo se ha llevado a cabo el Protocolo y su funcionamiento.

CONCLUSIONES:

- Las acciones encaminadas a la consecución de la elaboración del protocolo han culminado en la publicación de un documento acreditado y consensado por todos los ámbitos de intervención ante situaciones de atención y traslado de pacientes agitados. De esta manera, este protocolo ha permitido establecer unas líneas de coordinación claras en las que cada ámbito de intervención está determinado lo que permite una mejor atención ante situaciones de demandas de intervención urgente.
- La difusión del Protocolo a través de la web del Gobierno de Aragón ha demostrado ser útil y beneficiosa permitiendo su accesibilidad y el conocimiento del documento tanto a los profesionales como a toda la población.
- Las cifras remitidas por el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 Aragón denotan un incremento en el último año de casi todas las categorías proclives a la activación del protocolo que nos atañe, a pesar de no tener los datos completos, se ve necesario el mantenimiento del protocolo y su necesaria revisión para acomodarlo a la evolución de dicho aumento.
- Sería necesario llevar a cabo un análisis externo de los casos en los que se ha activado el Protocolo y la evaluación de su aplicación y funcionamiento.

Proyecto 13
PROTOCOLO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	2.10 Establecer procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y la dignidad de los usuarios, para las siguientes situaciones: Contención física, traslado del paciente agitado e intervenciones que precisen de consentimiento informado.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Hasta la fecha no hay un protocolo consensuado común a todos los recursos referente al uso de contenciones. Cada unidad / hospital tiene el suyo propio, existiendo también diferencias en los detalles y pesos de la información, y los procedimientos para evitar el uso de las contenciones. Aun así, las líneas de actuación generales son similares, estando centradas en la realización adecuada de la contención y los cuidados asociados que precisa.

La acción para la generación de un protocolo común de contenciones no se ha puesto en práctica; desde diferentes organizaciones tanto internacionales como nacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Naciones Unidas en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el Informe del Relator Especial de Naciones Unidas, el Consejo de Europa, movimientos de usuarios y asociaciones de profesionales e iniciativas como el Manifiesto de Cartagena en España sugieren que las medidas coercitivas deben evitarse, abogando por su reducción o incluso por su eliminación. Es, por tanto, fundamental centrarse en programas de reducción de contenciones en lugar de unificar las indicaciones y diseño de estos procedimientos.

Para poder recoger información de la aplicación de esta intervención, además de un registro de la información básica por sus implicaciones asistenciales y legales, como proceso necesario en la consecución de procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y la dignidad de los usuarios, se ha elaborado un formulario de cumplimiento obligatorio dentro de la Historia Clínica Electrónica y un Manual para facilitar su uso. Este registro está también al alcance de centros residenciales de mayores y personas con discapacidad, a través de la plataforma SirCovid.

En el formulario de Contención Física se detalla todo el procedimiento incluyendo inicio, mantenimiento y retirada además de tenerse en cuenta la realización de *debriefing* con la persona afectada y el equipo, dando así un espacio para la deliberación enfocada a la prevención de situaciones similares futuras y para el cuidado emocional de las personas implicadas (profesionales y usuarios/as).

Los datos obtenidos de los registros desde su puesta en marcha en la segunda mitad de 2021 son los que se encuentran a continuación, no siendo estos referidos exclusivamente a unidades/plantas de salud mental.

CENTRO	NÚMERO
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR	6
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	1
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ	110
HOSPITAL DE ALCAÑIZ	44
HOSPITAL DE BARBASTRO	9
HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTÍN	8
HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA	1
HOSPITAL OBISPO POLANCO	144
HOSPITAL ROYO VILLANOVA	26
HOSPITAL SAN JOSÉ	106
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	17
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	2
Total general	474

En relación a la formación sobre uso de contenciones, existe la misma situación, habiéndose realizado diferentes ediciones de diversos cursos relacionados con la contención y llevados a cabo por diferentes equipos.

CONCLUSIONES:

- Las contenciones físicas son una medida controvertida por los dilemas éticos y legales que pueden conllevar, junto con los efectos adversos que pueden provocar no sólo a nivel físico sino también a nivel emocional tanto para usuarios/as como para profesionales. En el uso de las contenciones el foco sigue estando en la realización de éstas de acuerdo a protocolos centrados en la adecuada contención y los cuidados asociados, siendo necesario el redireccionamiento hacia las intervenciones dirigidas a la disminución de su utilización.
- La puesta en marcha del Registro de Contenciones es útil y apropiado al permitir tener un reporte de información unificada y transparente de carácter cuantitativo y también cualitativo.
- El poder contar con los datos del número de contenciones realizado, el tiempo de duración de las mismas y un análisis de la situación con el *debriefing* da lugar a la posibilidad de establecer indicadores de resultados a la hora de llevar a cabo programas para la reducción de contenciones. También ofrece espacios reflexivos para la prevención de situaciones similares en momentos futuros, asegurándonos así de establecer procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y dignidad de los/as usuarios/as.
- Además, se hace necesaria la posibilidad de depurar los datos según servicios para detectar las necesidades específicas de las Unidades de Salud Mental, que nos permitan favorecer la reducción de estos eventos.

Proyecto 14
SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECÍFICAS: PERSONAS SIN HOGAR, PERSONAS JUDICIALIZADAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.24 Coordinar con servicios sociales y entidades la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental para su atención más adecuada. 2.25 Coordinar la atención a personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal, asegurando la continuidad asistencial y la equivalencia de cuidados con el resto de la población. 2.26 Adaptar los procesos asistenciales y de rehabilitación a personas con trastorno mental grave en situación de riesgo de exclusión social.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

La Unidad de Coordinación de Salud Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria ha asumido la gestión de muchas de las situaciones que, por su carácter excepcional o por no recibir respuesta desde los cauces habituales, precisan de una coordinación expresa y resolutiva con otros medios ya sea el ámbito judicial, los Servicios Sociales o Instituciones Penitenciarias.

De esta manera, en aquellos procesos en los que los usuarios/as que presentan problemas de salud mental tienen medidas judiciales (autorizaciones de ingreso, medidas de cumplimiento de tratamiento en centros, medidas privativas de libertad, etc.), desde esta Unidad de Coordinación se entra en contacto con el juzgado de referencia para organizar, junto con los servicios sanitarios implicados, la derivación y/o seleccionar el centro que más se ajuste a las necesidades detectadas.

Este procedimiento agiliza notablemente la tramitación de cada caso individual, generando colaboraciones satisfactorias entre los dos ámbitos en beneficio de los usuarios.

De igual manera, los casos de personas en situación de exclusión social, personas sin hogar, de personas con discapacidad intelectual u otra circunstancia que les haga subsidiarios de intervención desde el ámbito de los Servicios Sociales, además de su enfermedad mental, se canalizan a través de esta Unidad de Coordinación, valorando caso a caso, de forma colaborativa con las administraciones implicadas.

CONCLUSIONES:

- Las actuaciones realizadas para la consecución de la necesaria coordinación que requieren las intervenciones de los casos más complejos, con colaboraciones directas entre las distintas administraciones, son de gran utilidad pese a no haberse generado ningún protocolo específico de actuación; los procesos colaborativos entre Servicios Sociales, los diferentes juzgados de la Comunidad Autónoma e Instituciones Penitenciarias mejoran la adecuación de los recursos a las necesidades de cada caso, disminuyendo los tiempos de espera, simplificando los recorridos asistenciales y minimizando el sufrimiento individual y familiar.
- A nivel de la coordinación específica con Instituciones Penitenciarias no se ha conseguido desarrollar el protocolo de derivación interinstitucional de usuarios. Sigue siendo considerada una necesidad, dada la vulnerabilidad de estos usuarios y la necesidad de apoyar los recorridos terapéuticos en puntos clave del posible recorrido penitenciario.

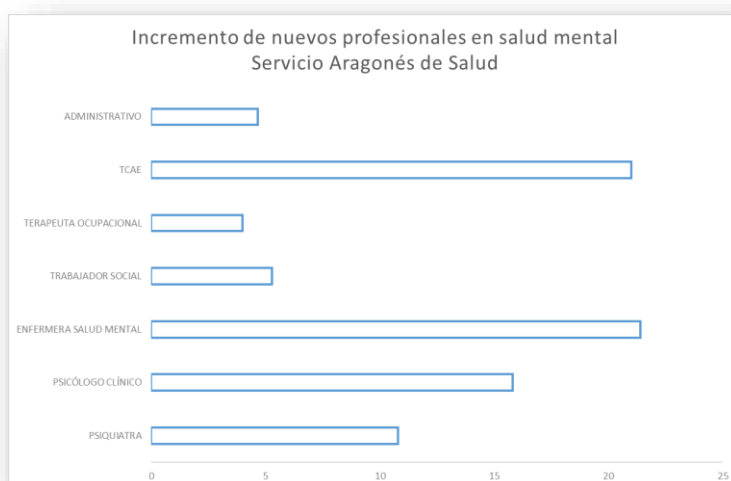
Asimismo, mejorar los canales de comunicación facilitaría el abordaje conjunto, siendo otra de las apuestas a futuro.

- La acción prevista para el estudio de la puesta en marcha de una unidad específica para ingreso de pacientes con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta asociados no se ha materializado, siendo necesario continuar trabajando en sistemas de gestión con ámbitos de intervención sanitario y social que posibiliten la adecuada atención de este grupo de personas.

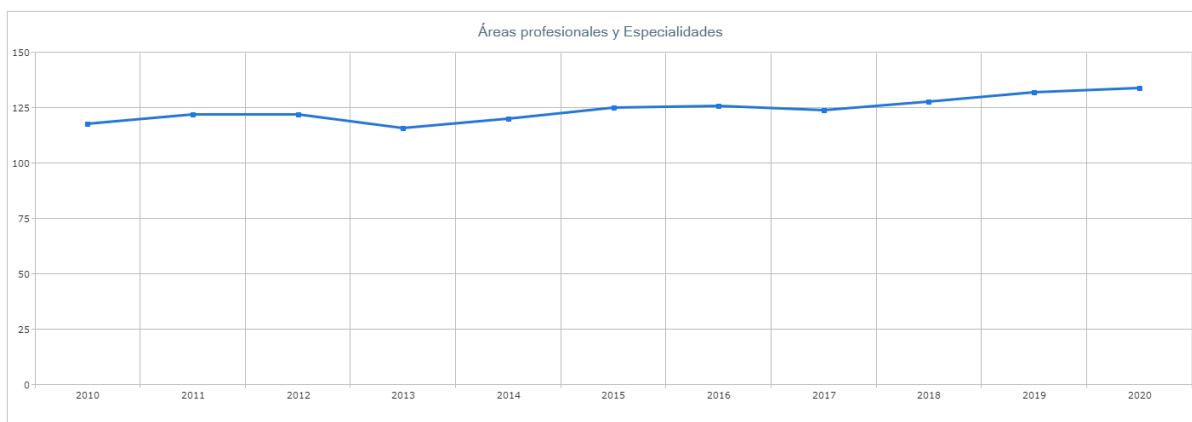
Proyecto 15 SUFICIENCIA DE RECURSOS.	
Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 2</p> <p>Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.</p>	<p>2.8 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida.</p> <p>2.9 Desarrollar e implantar procesos de rehabilitación e inserción adaptados a las características de cada persona. Con objetivos y metas concretas y que permitan valorar el logro de resultados.</p> <p>2.10 Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos que permita su identificación, intervención temprana, abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias. Debe apoyarse en los profesionales con dedicación al programa de seguimiento de casos de Trastorno Mental Grave.</p> <p>2.13 Disponer en las Unidades de Salud Mental de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluya la atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento, para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial.</p> <p>2.18 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y recuperación en población infantojuvenil según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida.</p> <p>2.19 Implantar los recursos y dispositivos necesarios para que ningún menor tenga que salir necesariamente fuera del territorio de la Comunidad Autónoma.</p> <p>2.20 Disponer las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluyan: atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial.</p>

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Se han realizado nuevas contrataciones de profesionales en recursos de Salud Mental del Servicio Aragonés de Salud, dotando a las nuevas unidades puestas en marcha del personal necesario (remodelación de la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, apertura del Hospital de Día Infantojuvenil Parque Goya, creación de la USMIJ del sector Calatayud, creación de la UME-Subagudos del CRP Ntra. Sra. del Pilar). Asimismo, se han incrementado las plantillas en determinadas unidades ya existentes que precisaban refuerzo en los activos sanitarios. En la siguiente tabla se resume la variación positiva de Recursos Humanos:

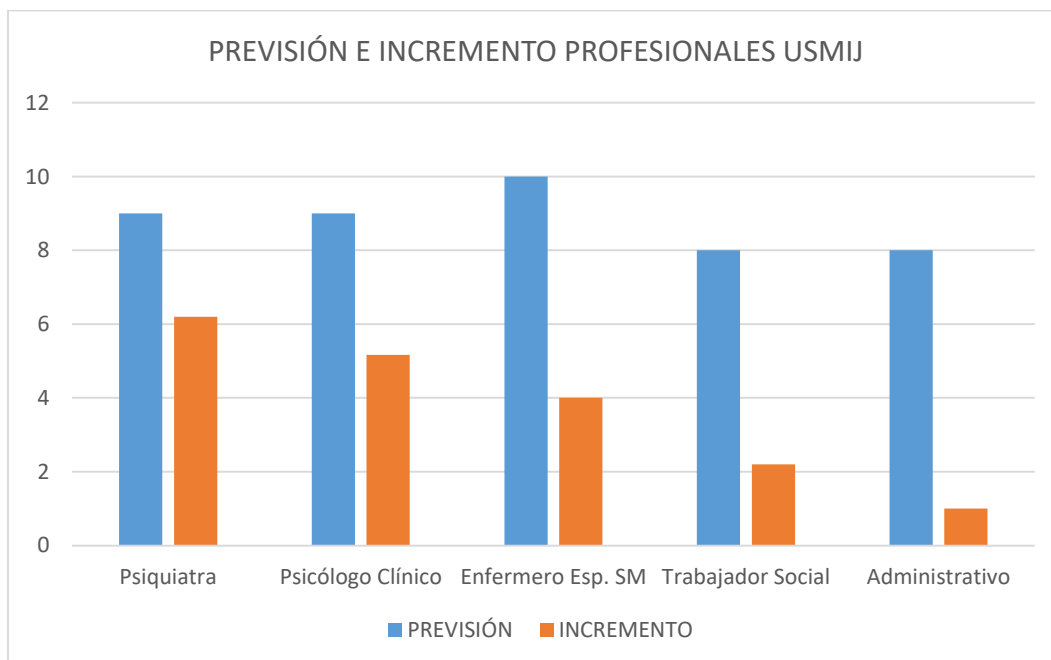


Valores absolutos por categoría profesional. Variación de 2017 a 2021. (fuente Departamento de Sanidad)

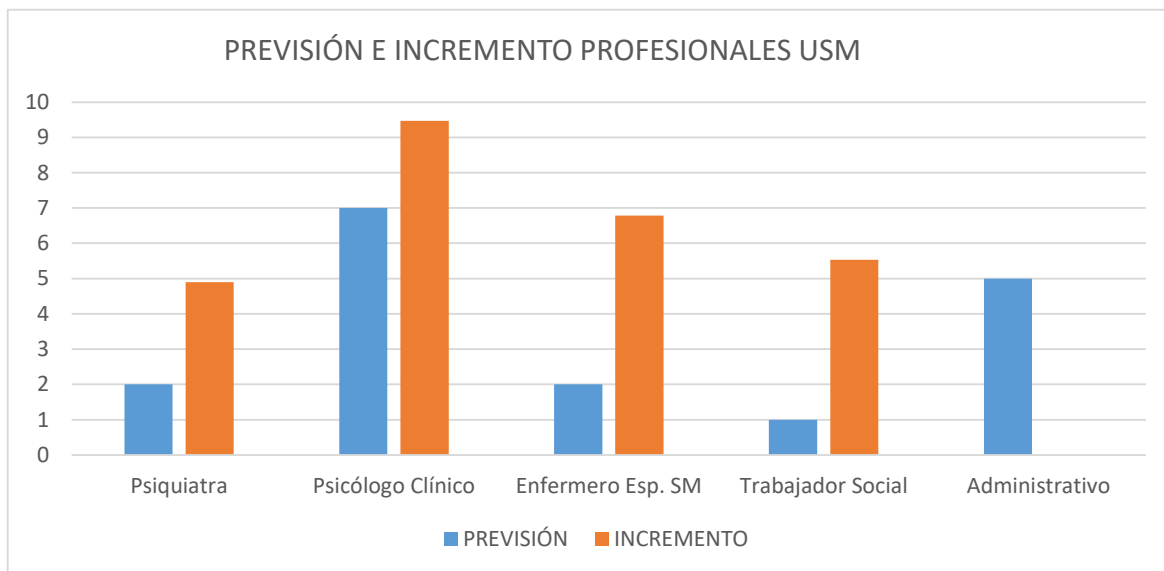


Valores absolutos anuales por categoría profesional Médico Psiquiatra en el Servicio Aragonés de Salud (fuente M^o Sanidad)

En cuanto a suficiencia de recursos previstos para completar las plantillas tanto de USMIJ como de las USM hasta alcanzar los ratios que se fijaban como mínimos en el plan anterior, los datos de cobertura indican que las USMIJ se han visto reforzadas con un incremento de plantilla que representa el 42,20% de la previsión incluida en el Plan de Salud Mental 2017-21.



Por lo que respecta a las USM los datos de cobertura indican que las plantillas se han visto reforzadas con un incremento que representa el 156% de la previsión incluida en el Plan de Salud Mental 2017-21.



CONCLUSIONES:

- Las actuaciones realizadas para la consecución de los objetivos han permitido iniciar la ampliación de las plantillas tanto de las USMIJ como de las USM. Este incremento, aún insuficiente y frenado por los dos años prórroga presupuestaria nacional y la influencia de la pandemia COVID-19, ha permitido la mejora parcial de la cobertura de profesionales que deberá continuar hasta alcanzarse la adecuación de ratios y estándares de calidad.
- Se han completado las acciones previstas con la puesta en marcha de la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, la apertura del Hospital de Día Infantojuvenil Parque Goya, la creación de la USMIJ del sector Calatayud y la creación de la UME-Subagudos del CRP Ntra. Sra. del Pilar, que ha supuesto una mejora importante en la dotación de recursos en sus prestaciones y en su adecuación a las mismas de los equipos profesionales. Aún quedan pendientes incrementos asociados al aumento de camas en hospitalización infantojuvenil, a la creación de un recurso de media estancia infantojuvenil, a la puesta en marcha de la atención comunitaria con programa de gestión de casos y de primeros episodios psicóticos, a la mejora de los programas y recursos dirigidos a pacientes con TMG complejos/refractarios, así como al abordaje de pacientes con discapacidad intelectual y patología psiquiátrica.

Proyecto 16 ESPACIO COLABORATIVO PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE TRABAJO COMPARTIDO.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.15 Establecer procedimientos con servicios sociales para trabajar de manera coordinada, para las personas con edad avanzada y trastorno mental, con la finalidad de asignar los recursos más adecuados a cada caso. 2.16 Implantar procedimientos de coordinación local con la oferta de servicios sociales, incluyendo aquellas prestaciones que correspondan a estos pacientes. 2.22 Atender al trastorno mental en la población de menores infractores con una mejora de la coordinación y cooperación entre Salud Mental, Centros de Prevención Comunitaria, Servicios Sociales, Educación y el Sistema de Justicia Juvenil. 2.24 Coordinar con servicios sociales y entidades la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental para su atención más adecuada. 2.25 Coordinar la atención a personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal, asegurando la continuidad asistencial y la equivalencia de cuidados con el resto de la población. 2.26 Adaptar los procesos asistenciales y de rehabilitación a personas con trastorno mental grave en situación de riesgo de exclusión social.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

El establecimiento de un espacio de coordinación y trabajo productivo específico con aquellos ámbitos tanto de Servicios Sociales, Educación, Justicia, entidades, etc, en los que exista la necesidad de hacer converger acciones de trabajo conjuntas, tanto para la resolución de cuestiones puntuales de coordinación asistencial como para aquellas en las que es requiera la realización de procesos o protocolos de trabajo y/o proyectos comunes, se ha visto superado tanto por la puesta en marcha de la Unidad de Coordinación Autonómica de Salud Mental como por la generalización y normalización en el uso de las nuevas tecnologías de comunicación.

Desde la Unidad de Coordinación Autonómica de Salud Mental, se han establecido los procesos de coordinación para la atención de aquellas situaciones en las que los procedimientos exceden la habitual coordinación y cooperación entre los equipos asistenciales de la red de Salud Mental y otros ámbitos, de tal forma que se pueda asegurar la continuidad asistencial y las prestaciones sanitarias que necesite cada ciudadano/a.

Por todo esto, el formato proyectado de una plataforma de gestión documental para compartir documentos o para establecer comunicación con otros ámbitos como el social, judicial o educativo, por ejemplo, está superado cuatro años después con una frecuente coordinación técnica y el uso de aplicativos informáticos que proporciona el Gobierno de Aragón.

CONCLUSIONES:

- La creación “ad hoc” de un espacio específico para la comunicación, colaboración y coordinación para el desarrollo de procesos de trabajo compartido no se ha puesto en marcha tal y como se establece en el proyecto 16 del Plan de Salud Mental 2017-2021. Será necesario seguir trabajando en la realización de proyectos específicos en los que confluyan necesidades de diferentes ámbitos de intervención y sea preciso compartir recursos para dar respuestas adecuadas y eficientes.

Proyecto 17 ESTIGMA.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	3.2 Asegurar la participación de usuarios y familiares en procesos de planificación y desarrollo de estrategias en salud mental. 3.5 Adecuar los procedimientos administrativos para las hospitalizaciones, y el acceso a recursos comunitarios y de rehabilitación, según criterios habituales en otras áreas de la salud. 3.6 Formar en materia de prevención y lucha contra la estigmatización de la salud mental, para profesionales sanitarios. 3.7 Asegurar la sensibilización en la lucha contra el estigma de la administración pública y colaborar con iniciativas en otros ámbitos (educativo, social, laboral, judicial, medios de comunicación, etc.). 3.8 Asegurar un trato no discriminatorio por enfermedad mental en cualquier ámbito del sistema sanitario público. 3.9 Colaborar con intervenciones para la sensibilización sobre el estigma de la enfermedad mental dirigidas a población general.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Actualmente el registro de la opinión de los/as usuarios/as y de las decisiones compartidas puede llevarse a cabo en la HCE, sin existir un registro específico que permita su auditoría. Dentro de la Plataforma de Recuperación de Salud Mental, en la que los usuarios/as que se encuentran recibiendo asistencia de algún equipo de los recursos de rehabilitación están registrados, se incluyen los apartados específicos de valoración de las necesidades desde el punto de vista de el/la usuario/a y de la familia.

Antes de la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental 2022-2025 se lanzó una campaña para estimular la participación de los/as usuarios/as fomentando la aportación de su visión y experiencia en su proceso de recuperación. Los carteles fueron enviados a todos los recursos de salud mental de la red para su divulgación. A lo largo de casi tres meses se han recibido algo más de 90 entradas.

La elaboración del nuevo Plan de Salud Mental 2022-2025 partió también con un evento participativo a través del LAAAB (Laboratorio de Aragón-Gobierno Abierto) donde por medio de talleres online se daba entrada a la participación donde intervinieron asociaciones de familiares y usuarios de manera independiente.

La atención a las familias y cuidadores/as y el apoyo de las mismas se encuentra dentro de un abordaje basado en el plan individualizado, dependiendo del modelo de atención de cada recurso.

El Consejo Asesor de Salud Mental es un órgano asesor en materia de salud mental que dentro de sus vocalías incluye la participación de asociaciones representativas de familiares y usuarios/as que pueden contribuir en la función de sensibilización de la sociedad y potenciación de políticas sociales que eviten su exclusión social. Entre el año 2017 y 2021 se llevaron a cabo 4 convocatorias, menos de las que estaban planificadas en un principio debido a la pandemia de Covid-19.

En cuanto en tanto a la sensibilización contra el estigma de la enfermedad mental, el Fórum de entidades aragonesas de salud mental (FÓRUM) con la colaboración de las administraciones (Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Ayuntamiento de Zaragoza, y Escuela de Salud) lleva a cabo una campaña Aragón sin Estigma: [Aragón sin estigma \(fadesaludmental.es\)](http://fadesaludmental.es)

Dentro de esta campaña se han realizado proyectos de sensibilización dirigidos a la población en general, al colectivo escolar y al colectivo universitario. Se han elaborado a su vez un vídeo: “Aragón sin estigma, ahora más que nunca” realizado con motivo de la pandemia, el folleto “El estigma mental es cuestión de todos”, el folleto “Aragón sin estigma en la escuela”, un cuestionario de autoevaluación sobre conocimientos sobre la enfermedad mental, una encuesta para jóvenes y otra para universitarios.

Además, dentro de la campaña, desde el año 2019 se acuerda celebrar el Día Mundial de la Salud Mental de forma unitaria utilizando el eslogan “Aragón sin estigma”, incluyéndose cada año un mensaje diferente en función de las circunstancias: “Aragón sin estigma, construyendo la igualdad” en el año 2019; “Aragón sin estigma, ahora más que nunca” en 2021 y “Aragón sin estigma, es hora de avanzar” en 2022.

Sigue estando pendiente la elaboración de programas anuales consensuados con la Administración para la realización de intervenciones múltiples, coordinadas y sostenidas en el tiempo.

CONCLUSIONES:

- La participación de los/as usuarios/as de una forma activa es un campo aún pendiente, a pesar de la existencia de algunos canales para ello. Su representación de manera independiente aún es muy escasa, siendo necesario por parte de las instituciones y de los propios profesionales fomentar el empoderamiento de las personas a las que se atiende para que sientan que su participación en sus propios procesos es fundamental. Y, por lo tanto, es necesario mantener y ampliar los diferentes canales de participación en la actividad clínica habitual.
- La sensibilización y concienciación sobre la Salud Mental es un elemento dinámico que precisa de un impulso constante sobre diferentes sectores y sobre la población general, para abordar y reestructurar patrones de creencias generados y mantenidos a lo largo del tiempo, con el objetivo de fomentar un conocimiento más realista y saludable sobre este ámbito.

Proyecto 18	
SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 4 Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL	4.1 Disponer de una historia clínica electrónica, única y compartida por todos los profesionales de salud mental. 4.2 Disponer de un registro de pacientes con TMG. 4.3 Acceso de los profesionales autorizados de salud mental a la prescripción electrónica. 4.4 Disponer de un sistema informático de seguimiento para la planificación, seguimiento y evaluación de los pacientes en procesos de rehabilitación. 4.5 Disponer de cuadros de mando con información clínica que permitan establecer prioridades y conocer sus resultados para cada Unidad asistencial.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

El desarrollo de herramientas informáticas relacionadas con el trabajo del día a día en Salud Mental está centrado en el uso de la Historia Clínica Electrónica, la agenda de actividad en HP-HISS, la Interconsulta Virtual, el registro de Trastorno Mental Grave y la Plataforma del Plan Personal de Recuperación. Todos estos sistemas de información se han llevado a cabo según estaba establecido en el Plan de salud Mental 2017-2021.

Tal y como ya se ha desarrollado en la evaluación del Proyecto 5, el Registro de TMG se ha puesto en marcha, aunque su cumplimentación es desigual dentro de los distintos sectores sanitarios. El sistema de información de agendas con actividad estandarizada permite regular la planificación de la actividad diaria de los/as profesionales, proporciona información de la demanda existente y permite que otros especialistas involucrados puedan saber si se mantiene un seguimiento clínico, facilitando un abordaje integral. Todas las consultas de las Unidades de Salud Mental están agendadas en el aplicativo HP-HIS salvo la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Sagasta.

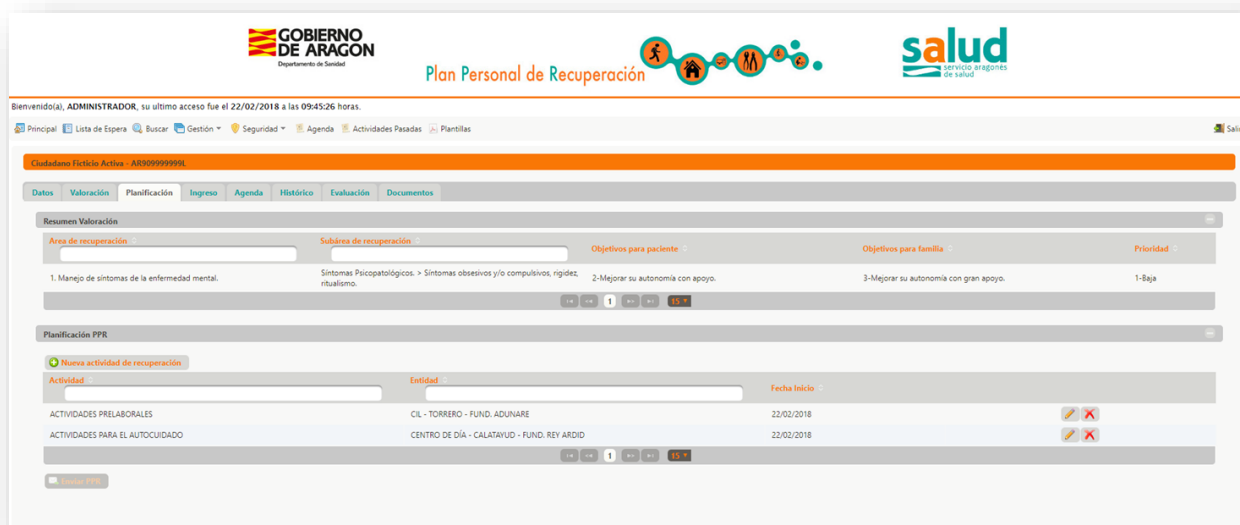
La plataforma del Plan Personal de Rehabilitación (PPR) ha sido elaborada con el fin de informatizar el proceso de derivación y los planes personales de recuperación de los/as usuarios/as, siendo estos accesibles a los recursos rehabilitadores que intervengan y a los equipos referentes de las USM, existiendo una vinculación entre PPR e HCE.

Tienen acceso a la plataforma los/as profesionales que trabajan en los diferentes recursos rehabilitadores tanto desde el entorno del Servicio Aragonés de Salud como desde un acceso remoto protegido, autorizando accesos personalizados con la cobertura legal sobre protección de datos e información sensible.

Se ha realizado un cambio de enfoque a partir del cual las valoraciones, planificaciones y evaluaciones de los planes personales de recuperación de las personas que reciben tratamiento rehabilitador se llevan a cabo desde el recurso que proporciona dicho tratamiento. La evaluación de dichos planes se realiza en diferentes períodos de tiempo dependiendo del tipo de recurso. Todos los recursos rehabilitadores de la Comunidad Autónoma tienen acceso a la Plataforma y todas las personas que reciben tratamiento rehabilitador están registradas en ella. Los informes que se generan en dicha plataforma son accesibles a través de la HCE.

La derivación a un recurso de rehabilitación en Aragón puede llevarse ya a cabo de manera electrónica desde HCE por medio de un formulario específico, pudiéndose consultar el informe clínico y social de derivación en un solo documento accesible desde HCE al igual que desde el

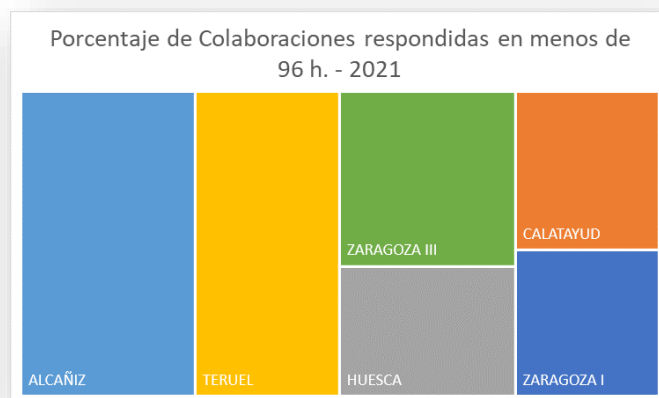
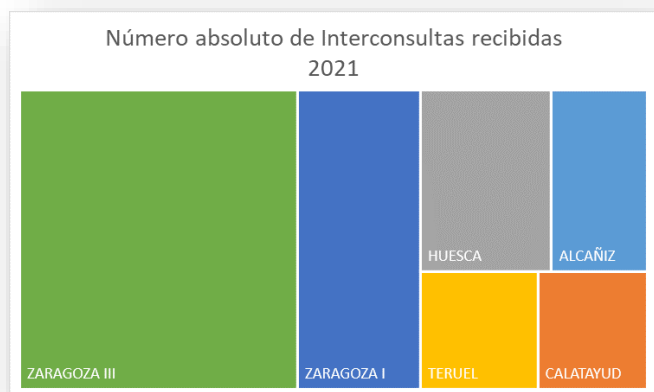
PPR. Hasta el momento se realiza al completo desde los sectores de Barbastro, Calatayud y Zaragoza I.



Durante el año 2018/19 se llevó a cabo formación presencial con respecto a las herramientas informáticas, la cual se vio afectada por los efectos de la pandemia COVID-19 adaptándose así al ámbito informático. Actualmente dicha formación es permanentemente accesible a través de la plataforma de Autoformación a través del siguiente enlace: [Curso: Herramientas Informáticas Específicas para el Trabajo en Salud Mental \(aragon.es\)](https://aragon.es)



A lo largo de los últimos cuatro años, tanto el uso de Historia Clínica Electrónica como el de Interconsulta Virtual en el ámbito de la Salud Mental se ha extendido ampliamente entre la mayoría de los sectores sanitarios, así como a una parte de la red concertada. Como se puede observar en la infografía, a pesar de que tanto la Historia Clínica Electrónica como la Interconsulta Virtual están disponibles, hasta el momento, el sector II no hace uso de ellas de manera homogénea y desde el sector Barbastro no se utiliza la Interconsulta Virtual.



CONCLUSIONES:

- El uso informatizado de los datos de manera unificada permite una mejor coordinación entre los diferentes recursos de la red de Salud Mental. Cuando la información de los usuarios/as es accesible a los/as profesionales de los diferentes dispositivos que pueden estar involucrados en su atención, se favorece la continuidad asistencial y la operatividad del sistema.
- La informatización permite a su vez valorar la pertinencia de las actuaciones, conocer los resultados de programas y proyectos y suministrar información transparente y útil para diferentes profesionales y para la población según las necesidades.
- Es, por lo tanto, fundamental que toda la red finalice el proceso de instauración de los métodos de trabajo al ámbito informático de tal forma que posibilite una mejor atención y seguimiento de los pacientes, permitiendo además proporcionar datos fiables para una evaluación de resultados.

Proyecto 19 ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.14 Definir la cartera de servicios de todos los dispositivos de salud mental y de sus equipos, facilitando su conocimiento a la población general. 2.7 Mejorar y consolidar la coordinación con el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia, Departamentos de Orientación de Educación y los Centros de Prevención Comunitaria.
Línea Estratégica 5 Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.	5.1 Regular la red de Unidades de Atención a la Salud Mental y Adicciones en Aragón. 5.2 Establecer para cada proceso asistencial los límites, actuaciones y resultados de cada Unidad. 5.3 Regular las comisiones y comités profesionales para la toma de decisiones clínicas y de atención a los pacientes. 5.4 Disponer de Acuerdos Clínicos con todas las Unidades que participan en los procesos de atención a los pacientes.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

Las acciones diseñadas para dar cumplimiento a este proyecto están incluidas en lo establecido en la Orden SAN/2193/2018, de 6 noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón. En esta Orden se describe y regula la organización asistencial de Salud Mental en Aragón a través de la inclusión de aquellos dispositivos de coordinación de la red sanitaria de Salud Mental implicados en los procesos asistenciales para personas con problemas de salud mental y adicciones.

Con esta Orden se establecen las figuras y órganos colegiados necesarios para llevar a efecto una adecuada organización de la red de Salud Mental. De esta manera, en la Orden se establecen las funciones y, en su caso, la composición de la Unidad de Coordinación Autonómica de Salud Mental, del Coordinador Autonómico de Salud Mental, de la Comisión Autonómica de Salud Mental, de las Subcomisiones de Salud Mental, de la Comisión Autonómica de Salud Mental Infantojuvenil, así como de la organización asistencial y procesos asistenciales, las Unidades Clínicas de Salud Mental y el Plan Personal de Recuperación.

Se derogó, por tanto, la Orden de 27 de junio de 2008, de la Consejería de Salud y Consumo, por la que se regulaba, en el Sistema de Salud de Aragón, el funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación.

En la web del Gobierno de Aragón, en su página: <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-salud-mental>, están disponibles y accesibles a la ciudadanía, los documentos:

- Plan Salud Mental Aragón 2017 - 2021 (PDF, 5 MB)
- Recursos de Salud Mental por provincias de Aragón 2021 (PDF, 460 KB)
- Recursos de Salud Mental con población y centros de referencia 2021 (PDF, 593 KB)
- Recursos de Salud Mental, centros y unidades de referencia 2021 (PDF, 540 KB)
- Protocolo de coordinación para la atención y traslado del paciente agitado (PDF, 1,1 MB)

- Todos aquellos protocolos, materiales divulgativos, guías, etc., que se están generando mediante la implementación de la Estrategia para la Prevención del Suicidio.

La puesta en marcha de la Unidad de Coordinación de Salud Mental, adscrita a la Dirección General de Asistencia Sanitaria según lo establecido en el Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, faculta a la Unidad para la prestación de múltiples funciones, entre las que se encuentra la colaboración con otras administraciones. Esto ha permitido el desarrollo de mecanismos de coordinación reglados, permitiendo el trabajo directo de los técnicos y responsables para facilitar la atención global, el diseño de intervenciones individualizadas y la designación de recursos específicos en aquellos casos en los que están implicados los diferentes Departamentos.

Las Unidades Clínicas de Salud Mental, según su dependencia funcional y organización, tienen sus Acuerdos de Gestión, como compromiso entre la Administración y los profesionales para la mejora de la calidad asistencial e innovación.

CONCLUSIONES:

- Las actuaciones realizadas para la puesta en marcha de este proyecto se sustentan en la publicación de la Orden SAN/2193/2018, de 6 noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Todos los indicadores establecidos para la medición de las acciones propuestas en la puesta en marcha de este proyecto se han desarrollado, lo que ha permitido establecer la organización prevista para el ejercicio por el Departamento de Sanidad de las competencias que le son propias, referidas a la atención de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón y su coordinación necesaria con el Servicio Aragonés de Salud.
- Aunque el trabajo desarrollado para la realización de este proyecto ha permitido la creación de las estructuras previstas para la mejora de la coordinación e intervención en Salud Mental, es necesario seguir trabajando en la introducción de los mecanismos de medición necesarios para la obtención de datos que permitan analizar el trabajo y los resultados, facilitando la introducción de las mejoras necesarias.

Proyecto 20 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	3.1 Ofrecer formación a los profesionales de Salud Mental para que favorezcan la toma de decisiones, la autonomía de los pacientes y aseguren el apoyo a los derechos de los usuarios
Línea Estratégica 5 Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.	5.5. Diseñar en colaboración con el IACS un programa de formación e investigación asequible a todos los profesionales.

ACTUACIONES REALIZADAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

El desarrollo del Plan de Salud Mental ha permitido potenciar la formación continuada ofertada anualmente a los profesionales sanitarios para favorecer la actualización permanente de conocimientos. A tal efecto, se han realizado varias acciones formativas para dar soporte a los proyectos del Plan de Salud Mental 2017-21.

Se ha llevado a cabo el curso “Hacia la recuperación, un cambio en el modelo asistencial” acreditado y certificado por Formación Continuada, en el que se ha formado a 30 profesionales, 25 Enfermeras especialistas en salud mental, 4 facultativos especialistas de área (psiquiatría) y 1 facultativo especialista de área (psicología), con una duración de 50 horas y obteniendo un grado de satisfacción de 8,42.

También se ha llevado a cabo formación continua para el manejo de aplicaciones de los sistemas de información, esta vez a través de la Plataforma de Autoformación, permitiendo que los profesionales tengan disponible la formación sobre el curso Herramientas Informáticas específicas en Salud Mental. Esta actividad ha tenido gran aceptación y participación, siendo cursada por 142 profesionales de diferentes áreas de Salud Mental.

Además, todos los profesionales de entidades concertadas que trabajan a través de conciertos con la administración han recibido formación presencial y/o mediante material audiovisual específica sobre el uso del aplicativo Plan Personal de Recuperación.

La formación acreditada específica ofertada desde el Servicio Aragonés de Salud y desde otras instancias como colegios profesionales, asociaciones científicas y el IACS ha propiciado que desde el año 2016 hasta septiembre de 2021, se hayan realizado un total de 102 acciones formativas, tanto en la modalidad presencial, como a distancia y mixta, con 4081 participaciones.

Para colaborar con las iniciativas en materia de formación sanitaria especializada con las Unidades Docentes, se ha iniciado un proceso para la reacreditación de Unidades Formativas para la formación de especialistas en psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, pasando a estar acreditadas como Unidades Docentes Multiprofesionales, que incluyan a residentes en formación MIR, PIR y EIR.

Con este paso se pretende una formación de los profesionales bajo la misma Unidad Docente, que anticipe su posterior desempeño profesional en equipos en el ámbito de la Salud Mental, y además consolidar y ampliar la oferta de plazas para la formación especializada.

CONCLUSIONES:

- Las actuaciones realizadas para llevar cabo este proyecto han permitido ampliar la oferta formativa desde el Departamento de Sanidad en colaboración con la ofertada desde el Servicio Aragonés de Salud en materia de Salud Mental, como refuerzo a las líneas estratégicas que impulsa el Plan de Salud Mental 2017-21.
- La introducción de la metodología de autoformación, con una oferta de cursos específica, ha permitido mejorar de manera notable el alcance de la formación y su flexibilidad, posibilitando que los/las profesionales la adapten a su disponibilidad.
- Por lo que respecta a las iniciativas en materia de investigación, no se han podido obtener los datos necesarios para evaluar estas actuaciones. Se ha constatado que desde los diferentes sectores se realizan actividades investigadoras concretas, en colaboración con distintos ámbitos. Es necesario seguir trabajando en potenciar la investigación en materia de Salud Mental, así como estimular la formación y capacitación de sus profesionales.

CONCLUSIONES GENERALES

El análisis evaluativo de los diferentes proyectos descritos en el Plan de Salud Mental 2017-2021, permite la extracción de una serie de conclusiones incluidas en forma de **necesidades** y agrupadas en relación a las diferentes líneas estratégicas en las que han sido detectadas. Estas conclusiones deberán ser trasladadas al nuevo Plan de Salud Mental de tal forma que este instrumento de planificación vehiculice las necesidades detectadas e incluya las actuaciones pertinentes que permitan dar una respuesta adecuada.

Línea Estratégica 1

Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Línea Estratégica 2

Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA

- Necesidad de unificación en atención primaria de criterios clínicos para el seguimiento de personas con determinados tratamientos farmacológicos, con patología crónica asociada o con riesgo de complicaciones físicas asociadas a estilo de vida y otros condicionantes.
- Necesidad de poder utilizar la interconsulta virtual para la derivación a las unidades de psicopatología permitiendo a su vez el intercambio de información entre servicios, estableciéndose criterios de derivación.
- En cuanto a la formación a los/as profesionales de Atención Primaria en detección de problemas de salud mental y uso sistemático de herramientas de cribaje específicas, será necesario propiciar la realización de actividades formativas sobre salud mental en adultos, en infantojuvenil, y salud mental perinatal.
- Necesidad de unificar un criterio a la hora de crear un episodio de contacto en Historia Clínica Electrónica para posibilitar una recogida de datos unificada basada en diagnósticos.

Línea Estratégica 2

Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA

- Es necesario dar continuidad a la implantación del diseño realizado con participantes de todos los sectores sanitarios para la puesta en marcha en las USM del programa de Gestión de Casos de TMG.
- Necesidad de perfeccionar la cumplimentación homogénea del Registro de TMG dado que se observa que el registro no refleja la realidad adecuadamente debido a la no coincidencia de los datos de la población de referencia y las cifras estimadas de pacientes atendidos en consulta con diagnóstico de TMG.
- Necesidad de introducir elementos / indicadores para posibilitar la medición de la mejoría de resultados evolutivos de pacientes según escalas o criterios clínicos establecidos tras las intervenciones realizadas en cualquier dispositivo de salud mental.
- Necesidad de introducir mecanismos de medición compartida que permitan la mejora de la calidad y la eficacia de la atención en rehabilitación y recuperación.
- La puesta en marcha del Plan de Adicciones pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en las acciones programadas para continuar avanzando hacia:
 - El establecimiento de una cartera básica de servicios para el abordaje de los trastornos adictivos, la emergencia de nuevos patrones adictivos requiere cambios en los diseños terapéuticos y en la capacitación de los profesionales que dan cobertura a estos pacientes, así como una ampliación y diversificación de los recursos existentes.
 - Perfilar los circuitos de derivación de pacientes, tanto dentro de la red de Salud Mental como desde fuera de la misma, compartiendo la información relativa a su funcionamiento con todos aquellos profesionales que pudieran estar implicados en la derivación.
 - Establecer canales de coordinación entre servicios sociales, educación y salud y todas aquellas entidades que intervienen en el tratamiento de las adicciones de tal manera que se pueda propiciar tanto una detección precoz de los problemas como una continuidad asistencial en su tratamiento. Necesidad de que los Centros penitenciarios entren también dentro de los circuitos de derivación y tratamiento.
 - Necesidad de mejorar la detección y el abordaje de aquellos menores en el periodo de máxima vulnerabilidad entre los 16-18 años que quedan fuera de los circuitos habituales de intervención.
 - Necesidad de medir la mejoría de resultados evolutivos relativos a la recuperación global de los pacientes en el momento del alta y tras ella según escalas, herramientas acreditadas o criterios clínicos establecidos, poniéndose de manifiesto la necesidad de introducir mecanismos de medición compartida que

permitan conocer los resultados totales, vinculados a la mejora de la calidad y la eficacia de la atención en los procesos de deshabitación.

- Necesidad de crear como recursos y programas específicos de intervención en Infantojuvenil, la unidad residencial terapéutica, el diseño e implementación del programa de primeros episodios, y la ampliación de camas para corta estancia de salud mental infantojuvenil. Todos estos recursos mejorarían notablemente la asistencia sanitaria de salud mental a niños, niñas y adolescentes.
- La inclusión del programa de gestión de casos graves en el área Infanto Juvenil ha sido otra de las actuaciones que no ha sido desarrollada en las USMIJ será necesaria de cara al diseño del nuevo Plan de Salud Mental desde un abordaje centrado en la atención de primeros episodios de psicosis.
- Necesidad de un análisis de datos que refleje la tipología y frecuencia de casos en los que las intervenciones compartidas con Atención Temprana son necesarias ayudando a desarrollar un abordaje más detallado acorde con las necesidades de coordinación.
- Necesidad de establecimiento de criterios de derivación tanto a los servicios de atención temprana como a las unidades de salud mental, siendo necesario conocer la situación actual de los servicios de pediatría y cómo abordan esta demanda hasta el momento.
- Es necesario seguir trabajando en que la atención a las personas mayores con enfermedad mental se realice en el ámbito comunitario, será preciso de esta manera, propiciar la formación de los profesionales para mejorar el abordaje, diagnóstico, tratamientos y seguimiento de personas mayores con enfermedad mental tanto en atención primaria, USM, como hospitalaria (síndrome confusional, delirium y trastornos afectivos).
- Necesidad de continuar trabajando en sistemas de gestión con ámbitos de intervención sanitario y social que posibiliten la adecuada atención a las personas con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta asociados.
- Necesidad de mejorar la implementación de recursos en el camino a la suficiencia, en concreto el aumento de camas en hospitalización infantojuvenil, a la creación de un recurso de media estancia infantojuvenil, a la puesta en marcha de la atención comunitaria con programa de gestión de casos y de primeros episodios psicóticos, mejora de los programas y recursos dirigidos a pacientes con TMG complejos/refractarios, así como el estudio de la puesta en marcha de una unidad para pacientes con discapacidad intelectual y trastorno mental grave, todo ello con el consecuente aumento de plantilla hasta la adaptación de ratios y estándares de calidad.
- Necesidad de establecer una coordinación específica con Instituciones Penitenciarias de tal forma que pueda desarrollarse un protocolo o actuaciones de derivación interinstitucional de usuarios regladas que permitan apoyar los recorridos terapéuticos en puntos clave del posible recorrido penitenciario. Asimismo, mejorar los canales de comunicación facilitaría el abordaje conjunto, siendo otra de las apuestas a futuro.

Línea Estratégica 2

Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA

Línea Estratégica 4

Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL

- Necesidad de propiciar la implantación de la interconsulta de manera bidireccional entre Atención Primaria y Atención Especializada, además de entre diferentes servicios de especializada
- Necesidad de reducir la arbitrariedad a la hora de establecer controles periódicos de la salud física que está en función del recurso donde el paciente esté siendo atendido, pudiendo dar lugar a una diferenciación en la detección de alteraciones de parámetros físicos. Esta necesidad puede ser satisfecha con la elaboración de un protocolo para el seguimiento de la salud física que debe estar vinculado a la existencia de un TMG sin que esto deba estar ligado a que la persona esté siguiendo un proceso de rehabilitación.
- La implementación de sistemas de videoconferencia es un elemento necesario que permitiría la comunicación individual y grupal entre los profesionales de los diferentes ámbitos de actuación tanto sanitarios como pertenecientes a otros sistemas de protección, supliendo los desplazamientos entre los diferentes centros y mejorando en definitiva la coordinación.

Línea Estratégica 2

Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA

Línea Estratégica 3

Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

Línea Estratégica 4

Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL

- Necesidad de introducir mecanismos de medición compartida que permitan acceder a resultados clínicos, pero también de funcionalidad individual que faciliten retomar el itinerario personal tras las intervenciones terapéuticas realizadas, buscando la mejora de la calidad y la efectividad de la atención en rehabilitación.
- Necesidad de anticipar las intervenciones terapéuticas lo antes posible lo que requiere una mejora de los programas y de los dispositivos que deben ajustarse a estos perfiles más jóvenes, adaptándose a sus demandas.
- Se detecta la necesidad de poder obtener datos más concretos sobre las intervenciones realizadas en los recursos de rehabilitación en relación a los planes de intervención terapéuticos. La puesta en marcha de la nueva versión de PPR deberá permitir evaluar esta información, con la inclusión de indicadores diseñados con ese objetivo.

Línea Estratégica 3

Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

- Sería necesario llevar a cabo un análisis externo de los casos en los que se ha activado el Protocolo del Paciente Agitado y la evaluación de su aplicación y funcionamiento.
- Necesidad de redireccionar las intervenciones relacionadas con las contenciones dirigiéndolas a propiciar su disminución. La formación deberá estar dirigida a su vez hacia modelos basados en estrategias de reducción de contenciones y abordajes alternativos.
- En relación a las contenciones se observa la necesidad de depurar los datos según servicios para detectar las necesidades específicas en recursos de salud mental para llevar a cabo una reducción de estos eventos.
- Es necesario por parte de las instituciones y de los propios profesionales fomentar el empoderamiento de las personas a las que se atiende para que sientan que su participación en sus propios procesos es fundamental. Y, por lo tanto, es necesario mantener y ampliar los diferentes canales de participación en el día a día.
- Necesidad de seguir trabajando en pro de la igualdad y en contra de la estigmatización asociada a la enfermedad mental a través de la sensibilización y concienciación sobre la salud mental, siendo estas un elemento dinámico que necesita de un constante trabajo en diferentes sectores y en la población general para trabajar sobre las creencias que se han generado y mantenido a lo largo del tiempo.

Línea Estratégica 4

Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL

- Es preciso que toda la red de salud mental finalice el proceso de instauración de los métodos de trabajo al ámbito informático de tal manera que posibilite una mejor atención y seguimiento de los pacientes y además permita proporcionar datos fiables para una evaluación de resultados.

Línea Estratégica 2

Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA

Línea Estratégica 5

Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.

- Será necesario seguir trabajando en la introducción de los mecanismos de medición necesarios de las estructuras previstas en la Orden SAN/2193/2018 para la mejora de la coordinación e intervención en salud mental, para la obtención de datos que permitan analizar el trabajo y los resultados para introducir las mejoras necesarias.

Línea Estratégica 3

Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

Línea Estratégica 5

Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.

- Necesidad de continuar favoreciéndose la investigación desde el Departamento de Sanidad, canalizándose las propuestas a través de las entidades que prestan apoyo, fundamentalmente el IACS, y promocionar la investigación conjunta entre Atención Primaria y Salud Mental seguir trabajando en potenciar la investigación en materia de salud mental así como la formación de sus profesionales.
- Es importante continuar impulsando la formación de los profesionales, fomentando la accesibilidad a dicha formación desde cualquier sector e impulsar la formación bidireccional entre profesionales que pueden trabajar con los usuarios/as de salud mental desde diferentes ámbitos como Atención Primaria y Atención Especializada.

