

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

INFORME DE EVALUACIÓN INTERNA
PERIODO 2008-2013



JUNTA DE ANDALUCÍA

NOVIEMBRE 2014



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCIA

INFORME DE EVALUACIÓN INTERNA
Periodo 2008-2013

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
JUNTA DE ANDALUCÍA

Edición: Noviembre 2014

Redacción:

Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud
Escuela Andaluza de Salud Pública

Colaboración en la recogida de información:

Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud
Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental

Cubierta:

Juan José Pérez Rivas

Asesora Técnica Editorial:

Antonia Garrido Gómez



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

© 2014 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

EDITA: Servicio Andaluz de Salud

Avda. de la Constitución, 18

41001 Sevilla

Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 37

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

INDICE

PRESENTACIÓN	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRUCTURA DE SEGUIMIENTO E IMPLANTACIÓN	11
III. INFORME DE MONITORIZACIÓN Y EVALUACION DE INDICADORES CLAVE	17
1. Estructura de monitorización del II PISMA	17
2. Recogida de datos	19
3. Evaluación de indicadores clave del II PISMA	20
3.1. Evaluación global	20
3.2. Evaluación desagregada por indicadores clave	29
4. Conclusiones sobre la evaluación de los indicadores clave	58
IV. PRINCIPALES AVANCES DEL II PISMA	63
1. Información y comunicación en salud mental	63
2. Promoción de salud	67
3. Salud mental y género	71
4. Prevención y enfermedad mental	72
5. Red sanitaria, modelo organizativo y cartera de servicios	74
6. Apoyo social a personas con trastorno mental grave	77
7. Atención a la salud mental de la población andaluza	81
8. Atención a la salud mental de la infancia y adolescencia	85
9. Detección e intervención precoz de los trastornos psicóticos	86
10. Tratamiento intensivo en la comunidad para personas con trastorno mental grave	87
11. Atención específica a personas con trastornos de personalidad	88
12. Atención a la salud mental de las personas en riesgo o situación de exclusión social	88
13. Participación ciudadana y ayuda mutua	91
14. Epidemiología, evaluación y sistemas de información	93
15. Formación y desarrollo profesional, investigación y gestión del conocimiento	94
V. EVALUACIÓN CUALITATIVA	99

PRESENTACIÓN

El segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) fue muy ambicioso en sus objetivos, orientados desde el modelo de gestión clínica hacia la mejora de la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios prestados en la red de atención a la salud mental, entendiendo como claves el desarrollo de estrategias de formación, investigación y gestión del conocimiento. Objetivos que ha sido imposible alcanzar en su totalidad por las circunstancias conocidas de restricciones presupuestarias, fundamentalmente a partir del año 2011, y que han condicionando en los siguientes años algunas de las metas propuestas.

La coordinación de distintas líneas estratégicas por profesionales del ámbito asistencial, que no tuvieran la responsabilidad de la dirección de Unidades de Gestión Clínica (UGC), ha tenido resultados positivos: ha aportado el conocimiento de las necesidades reales de la población andaluza en relación a su salud mental y ha facilitado la vinculación al PISMA de profesionales que ejercen la labor asistencial en contacto con las personas atendidas. De esta manera, se propiciaba el desarrollo de un escenario complementario al ámbito de la gestión de las distintas UGC. Ahora bien, en un próximo III PISMA se deberá insistir en este aspecto como un área de mejora de carácter prioritario, propiciando la vinculación de todas las UGC con el fin de conseguir un desarrollo homogéneo del Plan en toda Andalucía.

El II PISMA apostaba claramente por la promoción y la prevención en salud mental, prestando una atención especial a la salud física de las personas con enfermedad mental. Además, incorporaba el enfoque de la recuperación, apostando por un cambio cualitativo muy importante al dar protagonismo a las personas usuarias que asumen la responsabilidad de su proyecto de vida. Asimismo, se proponía la participación activa de las personas usuarias y sus allegados en la elaboración, seguimiento y evaluación del propio Plan, formando parte de los distintos grupos de trabajo que lo desarrollan.

Planteó, también, el diseño de diferentes líneas estratégicas, muchas de las cuales están en avanzado desarrollo. El III Plan tiene como objetivo la implantación homogénea de aquéllas en toda la Comunidad Autónoma y la adaptación de las mismas al ámbito local, procurando la equidad entre UGC, tanto las pequeñas y ubicadas en ámbitos rurales, como las de mayor tamaño ubicadas en su mayoría en las capitales de provincia.

Muchas de las actuaciones realizadas han estado marcadas, como ya hemos dicho, por un contexto de restricciones presupuestarias, circunstancias adversas que han reforzado la creatividad de las y los profesionales para dar respuesta a nuevas demandas con los recursos disponibles, a la vez que se ha hecho evidente su compromiso con la sanidad pública a pesar de las dificultades.

Nuestro agradecimiento a las y los profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz y de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental y, muy especialmente, a las Asociaciones de personas usuarias y de familiares, sin cuyo concurso no habría sido posible alcanzar los objetivos del PISMA.

Sería injusto concluir esta presentación sin mencionar la labor de apoyo y asesoramiento al PISMA que ha realizado la Escuela Andaluza de Salud Pública durante estos años; la entrega y el compromiso apasionado de las personas que componen el Programa de Salud Mental del SAS; y la labor como Coordinador Adjunto de Eulalia Valmisa Gómez de Lara. A todos ellos nuestro reconocimiento y gratitud.

Rafael del Pino López y José Carmona Calvo

I.- INTRODUCCIÓN

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA) planteaba los siguientes fines:

1. Fomentar la salud mental de la población andaluza.
2. Proporcionar los servicios sanitarios y de apoyo social necesarios, y adecuar los existentes en función de las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias y favorecer su proceso de recuperación e inclusión social.

Para alcanzar estos fines, se proponían los siguientes objetivos generales:

1. Promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental en la población de Andalucía.
2. Fomentar hábitos de vida saludables en las personas con enfermedad mental y, especialmente, en quienes padecen un trastorno mental grave.
3. Reducir las desigualdades que, por condicionantes geográficos, socioeconómicos o de género, se producen en la atención a personas con problemas de salud mental.
4. Mejorar la calidad de la atención sanitaria y de apoyo social a las personas con enfermedad mental y a quienes proveen sus cuidados, garantizando la accesibilidad, la continuidad asistencial y una atención humanizada.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de su entorno, y velar por el cumplimiento de sus derechos.
6. Fomentar una mayor sensibilización social que contribuya a reducir el estigma de la enfermedad mental.
7. Fomentar la participación activa de colectivos de pacientes, familiares, profesionales y agentes comunitarios en cada una de las fases de desarrollo del Plan.
8. Desarrollar sistemas de información que permitan conocer la magnitud de los problemas de salud mental y la calidad de la atención prestada, para reorientar los servicios según las necesidades de la población.

Y de cara a la consecución de los objetivos propuestos, establecía un total de 15 estrategias, cada una de las cuales planteaba sus propios objetivos específicos y las actividades para alcanzarlos.

Para el seguimiento y evaluación de este II PISMA y en línea con el II Plan de Calidad de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, se planteó en 2009 un proceso de evaluación de la implantación de sus líneas estratégicas a través de un sistema de indicadores de monitorización para los principales objetivos y actuaciones propuestos.

En 2009 se diseñó el cuadro de indicadores clave, que serviría para valorar el avance del II PISMA. La fase de diseño cuidó los aspectos de participación de profesionales asistenciales, contando con en el Grupo Coordinador del II PISMA y con profesionales de referencia y responsables de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM).

En 2010, en una segunda fase de este proyecto se plantearon dos retos:

1. La evaluación de los resultados, obtenidos en 2009, para los indicadores seleccionados como marcadores del logro del II PISMA.
2. La valoración del proceso de recogida y explotación de datos, con la puesta en marcha y propuesta de acciones de mejora del sistema de monitorización. Para ello, se consideró la primera recogida como un pilotaje del sistema de evaluación que mejoraría la medición de los datos de 2010.

Con la última revisión, en 2010, se cerró el cuadro definitivo de indicadores clave de monitorización del II PISMA. Estos indicadores se recogieron en un catálogo de fichas de indicadores, cuyos resultados se plasmaron en los informes anuales de monitorización. En este último informe se resumen los resultados de los años 2009-2013.

Este documento incorpora, junto al informe de monitorización, otros tres apartados, presentando finalmente la siguiente estructura:

1. Un primer apartado que describe como ha avanzado la estructura de seguimiento e implantación del II PISMA;
2. El informe de monitorización se recoge en un segundo apartado, que revisa la evaluación de los indicadores claves. Este capítulo detalla la estructura de monitorización del II PISMA, ofrece los resultados de los indicadores y plantea orientaciones de mejora;
3. Un tercer apartado que resume, a partir de los datos de la monitorización, los principales avances del II PISMA en las diferentes líneas estratégicas.
4. Y finalmente, un recordatorio de las principales fortalezas y debilidades del II PISMA, señalados por los/as coordinadores/as de líneas estratégicas y los/as directores/as de UGC-SM.

II.- ESTRUCTURA DE SEGUIMIENTO E IMPLANTACIÓN

La estructura de dirección y coordinación del II PISMA ha sido la siguiente:

1. Grupo coordinador: Se compone de la Dirección del II PISMA (1 Director del PISMA y 6 referentes de líneas estratégicas en el Programa de Salud Mental (PSM) del Servicio Andaluz de Salud y 22 responsables de áreas estratégicas ligadas a las 15 líneas del PISMA (ver tablas 1 y 2). Esta estructura es la responsable de gestionar la implantación del II PISMA a nivel regional. En el seno de esta estructura de toma de decisiones, se orientan las mejoras, se priorizan objetivos en cada línea estratégica y se plantean acciones para el desarrollo de lo previsto en el Plan.
2. Referentes locales. Las personas que forman el grupo de referentes locales para las distintas líneas del II PISMA, son agentes de comunicación entre la Dirección del Grupo coordinador y el personal de cada UGC-SM y viceversa, en los temas que les competen.
3. En 2009, se solicitó a las UGC-SM la designación de referentes para agrupaciones de distintas líneas. En 2010 un total de 13 UGC-SM habían designado referentes para todas las líneas y 10 lo habían hecho parcialmente. Hay diferencias por líneas estratégicas, dependiendo de la dimensión y cobertura de las distintas UGC-SM. En 2011, esta red de referentes locales se vio incrementada en las líneas estratégicas de Género y Gestión del Conocimiento, que se mantuvieron en 2012 y 2013. En la tabla 3 se puede comprobar la distribución de referentes locales para cada línea.

Tabla 1. Coordinadores/as de las distintas líneas estratégicas

Línea (o área estratégica dentro de la línea)	Apellidos y Nombre	Entidad	UGC
1. Información y comunicación en salud mental	Bono del Trigo, M ^a Águila	Escuela Andaluza de Salud Pública	No corresponde
2.1. Promoción de salud mental en la población	Gil Romero, Margarita ¹	Unidad de Salud Mental Comunitaria de Camas	UGC-SM H V. Macarena
2.2. Promoción de la salud en personas con TMG	Padilla Obrero, Leonor	UGC-SM H. Reina Sofía. Coordinación de cuidados	UGC-SM H. Reina Sofía
3. Salud Mental y Género	Jiménez García Bóveda, Rosa	Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente (Sevilla Este)	UGC-SM H V. del Rocío
4. Prevención y enfermedad mental	Gil Romero, Margarita ¹	Unidad de Salud Mental Comunitaria de Camas	UGC-SM H V. Macarena
5. Red sanitaria, modelo organizativo y cartera de servicios	Ramírez Benítez, José Indalecio	Comunidad Terapéutica de Salud Mental. H. Puerto Real	UGC-SM H. Puerto Real
6. Apoyo social a personas con TMG	López Pardo, Andrés	Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)	No corresponde
7. Atención a la salud mental de la población andaluza	Graván Morales, María José	Unidad de Salud Mental Comunitaria Sanlúcar de Barrameda	UGC-SM H. Jerez
8. Atención a la salud mental de la infancia y adolescencia	Martínez de Salazar Arboleas, Alma	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Torrecárdenas	UGC-SM H. Torrecárdenas
9. Detección e intervención precoz de los trastornos psicóticos	Calderón Jiménez, Ana	Unidad de Salud Mental Comunitaria Zaidín	UGC-SM H. San Cecilio
10. Tratamiento intensivo en la comunidad para personas con TMG	de la Higuera Romero, Jesús	Unidad Rehabilitación de Salud Mental. H. Puerto Real	UGC-SM H. Puerto Real
11. Atención específica a personas con trastornos de la personalidad	Rueda Lizana, Mercedes	UGC-SM H. San Cecilio. Dirección	UGC-SM H. San Cecilio
12a. At. a la SM de personas en exclusión social: <i>Personas sin hogar</i>	González Aceituno, Pedro	Programa PISMES Hospital Reg. Málaga	UGC-SM H. Regional de Málaga
12b. At. a la SM de personas en exclusión social: <i>Inmigración</i>	Sayed Ahmad Beiruti, Nabil	Unidad de Salud Mental Comunitaria Roquetas	UGC-SM H. Torrecárdenas
12c. At. a la SM de personas en exclusión social: <i>Prisiones</i>	Guerrero Romero, Antonio José	Comunidad Terapéutica de Salud Mental V. de la Victoria	UGC-SM H. V. Victoria
12d. At. a la SM de personas en exclusión social: <i>Drogodependencia</i>	Ariza Conejero, María José	UGC-SM H. de Valme. Coordinación de cuidados	UGC-SM H. Valme
13. Participación ciudadana y ayuda mutua	Arévalo López, José Manuel	Federación usuarios/as de SM En Primera Persona	No corresponde
	Cuevas González, Concepción	FEAFES-Andalucía	No corresponde
14. Epidemiología, evaluación y sistemas de información	Carmona Calvo, José	Unidad de Salud Mental Comunitaria Jerez	UGC-SM H. Jerez
15.1. Formación y desarrollo profesional	Lorenzo López, Dolores	Hospital de Día de Salud Mental Valme (El Tomillar)	UGC-SM H. Valme
15.2. Investigación	Cervilla Ballesteros, Jorge	Unidad de Hospitalización de Salud Mental San Cecilio	UGC-SM H. San Cecilio
15.3. Gestión de conocimiento	Bordallo Aragón, Antonio	Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga-Centro	UGC-SM H. Regional Málaga

¹ La línea 2.1 (Promoción de la salud mental en la población) se aborda conjuntamente con la línea 4(Prevención y enfermedad mental) y por este motivo comparten coordinación.

Tabla 2. Dirección del II PISMA. Referentes para la distintas las líneas en el Programa de Salud Mental

Líneas o áreas estratégicas	Apellidos y Nombre
1, 12.a, 12.b,12.c,13	Fernández Regidor, Gonzalo
2.2., 9, 10, 11	Huizing, Evelyn
6,12.d, 15.2	Valmisa Gómez de Lara, Eulalio J.
7, 8, 15.3	Conde Gil de Montes, M ^a Paz
Director II PISMA	del Pino López, Rafael
2.1, 4, 5, 14	García Cubillana de la Cruz, Pablo
3, 15.1	Rojo Villalba, Matilde

Tabla 3. Distribución del número de referentes locales en las UGC para cada línea estratégica del II PISMA

Línea estratégica	Nº de referentes locales 2013
Comunicación	17
Promoción de la salud mental	23
Promoción de la salud física en personas con trastorno mental grave (TMG)	23
Genero	24
Red sanitaria	19
Prevención	12
Apoyo social	14
Atención a población	13
Infancia adolescencia	13
Detección precoz psicosis	13
Tratamiento intensivo comunidad	11
Trastorno de personalidad	13
Sin hogar	13
Inmigración	13
Prisiones	13
Drogodependencia	13
Participación ciudadana	17
Sistemas de información	11
Formación	14
Investigación	14
Gestión conocimiento	22

III.- INFORME DE MONITORIZACIÓN Y EVALUACION DE INDICADORES CLAVE

Este apartado del informe recoge información sobre la estructura de criterios e indicadores de logros del II PISMA a fecha de marzo de 2014, la organización de la recogida de datos y los resultados de los indicadores de los años 2009 a 2013. Finalmente incorpora un apartado de conclusiones que valora los principales resultados.

1. Estructura de monitorización del II PISMA

En diciembre de 2009, recogiendo el punto de vista de profesionales, responsables de la red de Salud Mental y de la antiguamente denominada Consejería de Salud seleccionaron criterios que indicarían los distintos logros del II PISMA. Estos criterios priorizaban algunos objetivos y metas para ser seguidos de forma continuada e intensiva por la estructura de implantación y evaluación del II PISMA (grupo coordinador y referentes locales principalmente). La estructura de criterios de logros de II PISMA fue la siguiente (tabla 4).

Tabla 4. Estructura de criterios de logros del II PISMA

CRITERIOS	SUBCRITERIOS
1. Transferencia de fines y objetivos del PISMA 2008-2012 a servicios y profesionales	1. Compromiso de los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) para aplicar propuestas del II PISMA
2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	1. Realización de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental en población en general
	3. Realización de programas de promoción de la salud para personas con TMG
3. Inclusión de la perspectiva de género en Salud Mental	1. Formación en Perspectiva de Género y Salud Mental
4. Mejora de la dotación de recursos de la red de Salud Mental en Andalucía	1. Mejora de la dotación de recursos sanitarios
	2. Mejora de la dotación de recursos de apoyo social
5. Continuidad asistencial y coordinación intersectorial	1. Aseguramiento de la implantación de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) de Salud Mental como herramienta de continuidad asistencial
	2. Establecimiento de mecanismos de coordinación que aseguren la continuidad asistencial de pacientes incluidos en el PAI Trastorno Mental Grave (TMG)

CRITERIOS	SUBCRITERIOS
6. Mejora de procedimientos de atención a la Salud Mental	4. Unificación de sistemas de información: DIRAYA
7. Participación ciudadana	1. Aseguramiento de la participación ciudadana en el seguimiento del II PISMA
8. Investigación sobre Salud Mental	1. Realización de un estudio de prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo asociados en Andalucía
9. Formación y desarrollo profesional	1. Oferta formativa en el marco del PISMA
10. Accesibilidad	1. Planificación de actividades que faciliten el acceso a la red de Salud Mental de personas en riesgo/situación de exclusión

Los indicadores finalmente seleccionados para medir esa estructura de criterios fueron los siguientes (tabla 5).

Tabla 5. Indicadores de monitorización del II PISMA

Código	Nombre	Fuente de información
1.1.1	Coincidencia de los objetivos recogidos en los Acuerdos de Gestión Clínica de Salud Mental con las líneas estratégicas del II PISMA.	Base de datos. Servicios de Apoyo del SAS
2.2.1	Incorporación de contenidos de prevención de la enfermedad mental y de promoción de Salud Mental en el sistema educativo a través de Forma Joven.	Referente/responsable línea Secretaría Proyecto Forma Joven
2.3.1	Oferta de programas de promoción de hábitos de vida saludable dirigidos a personas con TMG.	Referente/responsable línea en UGC-SM
3.1.1	Profesionales sanitarios que han recibido formación en perspectiva de género y salud mental.	Entidades docentes + Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
4.1.1	Incremento de los recursos sanitarios de hospitalización de día en atención a la salud mental en Andalucía.	PSM SAS
4.2.1	Implantación de nuevos recursos de apoyo social destinados a personas con TMG en Andalucía.	FAISEM
5.1.2	Cobertura de planes cerrados de tratamiento (PCT) entre pacientes incluidos en el PAI Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (ADS).	Sistema de información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) y Diábaco (DIRAYA)
5.1.4	Cobertura de planes individualizados de tratamiento (PIT) entre pacientes incluidos en el PAI TMG.	SISMA- y Diábaco (DIRAYA)
5.2.2	Actividad de la Comisión Provincial Intersectorial: SAS, FAISEM y la antigua Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.	FAISEM
5.2.3	Actividad de la Comisión Trastorno Mental Grave (TMG): Atención Primaria (AP), Salud Mental (SM) y FAISEM.	Dirección UGC-SM
6.4.1	Uso del Sistema de Información DIRAYA en los dispositivos de salud mental.	Sistemas información SSPA
7.1.1	Creación y desarrollo de estructuras de participación ciudadana de Salud Mental a nivel de UGC-SM.	Dirección UGC-SM
8.1.1	Diseño, desarrollo y publicación de resultados de un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo asociados en Andalucía.	Convocatoria de financiación/Responsable proyecto
9.1.1	Desarrollo de la formación continuada en el marco del PISMA para profesionales de salud mental.	Entidades docentes

Código	Nombre	Fuente de información
10.1.1	Oferta de programas dirigidos a fomentar la accesibilidad a los servicios de salud mental de las personas con Trastorno Mental Grave en situación o riesgo de exclusión	Referente en UGC-SM/Dirección UGC-SM

2. Recogida de datos

A continuación (tabla 6) se detalla la estructura de recogida de datos del sistema de monitorización de indicadores clave:

Tabla 6. Estructura del sistema de recogida de información

Fuentes de información	Nº de indicadores	Agentes de recogida de datos	Nº de indicadores
Base de datos Servicios de Apoyo (SSAA) SAS	1	Responsable de la línea en el Programa de Salud Mental (PSM)	4
Responsable proyecto	1	Coordinador línea + Responsable PSM	8
Referente en UGC-SM / Dirección UGC-SM	4	SSAA SAS + Responsable PSM	2
Entidades docentes	2	FAISEM + Responsable PSM	1
PSM	1	Total	15
FAISEM	2		
SISMA-DIRAYA	2		
Sistemas información SSPA	1		
Convocatoria financiación	1		
Total	15		

La Escuela Andaluza de Salud Pública ha sido la entidad encargada del registro y análisis de datos de todos los indicadores y la Dirección del II PISMA el último agente de análisis y presentación de la información.

Cada año evaluado se ha revisado la base de datos mejorando los indicadores con las incidencias detectadas en la recogida de datos. De acuerdo con esa modificación, se enviaba a los agentes de recogida de datos una tabla de registro. Estos agentes cumplimentaban esa tabla y posteriormente se cerraba el informe de monitorización con los datos recibidos.

Cada año se han recogido los datos de los indicadores del año anterior (en 2010 los del 2009, en 2011 los de 2010, en 2012 los de 2011, en 2013 los de 2012), a excepción del indicador 1.1.1., denominado “metaindicador” que ha recogido datos del año en curso. La monitorización del II PISMA comienza con datos de 2009, puesto que en 2008 el panel de indicadores aún no estaba cerrado. Sin embargo hay indicadores que se diseñaron para ser evaluados a partir de 2010, por este motivo en 2009 hay datos de

11 indicadores de los 15 que completan el panel. Con la prórroga del II PISMA se cierra este último informe de monitorización con datos del año 2013, analizados en el primer trimestre 2014. No se van a recoger datos de 2014, puesto que se necesita cerrar en el primer trimestre del año “una foto” con la que analizar la situación para el planteamiento del PISMA 2015-2020.

Como sistema de monitorización, aparte de los datos anuales interesa analizar tendencias en el tiempo, repitiendo medidas de los mismos indicadores a lo largo del periodo de vigencia del Plan.

3. Evaluación de indicadores clave del II PISMA

3.1. Evaluación global

A continuación (tabla 7) se puede ver el grado de cumplimiento de los objetivos marcados para el periodo 2009-2013.

Tabla 7. Resumen de cumplimiento de objetivos de los indicadores medidos (2009-2013)

Cod.	Nombre	Obj. 2009	Cumplimiento	Obj. 2010	Cumplimiento	Obj. 2011	Cumplimiento	Obj. 2012	Cumplimiento	Obj. 2013	Cumplimiento
2.2.1	Incorporación de contenidos de prevención de la enfermedad mental y de promoción de salud mental en el sistema educativo a través de Forma Joven.	No evaluable	No evaluable	Diseñar 1 paquete formativo sobre promoción de la salud mental y/o prevención de la enfermedad mental en el programa Forma Joven.	Sí (Proyecto “Lo hablamos”)	Pilotar el paquete formativo sobre promoción de la salud mental y/o prevención de la enfermedad mental en al menos un Instituto de Educación Secundaria (IES) adscrito al programa Forma Joven (FJ) y ofertar esta actividad a los puntos de FJ.	Sí (En 2009 se realizó una edición de un taller de formación de formadores y en 2010, 34 cursos de formación en los distritos de AP con personal Forma Joven).	Implantación de la experiencia: Crear la red de Formación de formadores e iniciar la actividad en al menos el 20% de los IES adscrito al programa FJ.	Parcialmente: Se crea la red de formación antes de la fecha prevista (2010) pero sólo se ha iniciado la actividad en el 3,59% de los IES (existen problemas en el registro de la actividad).	Extensión de la experiencia: Iniciar la actividad en al menos el 20% de los IES adscrito al programa FJ.	No, se ha iniciado la actividad solo en el 3,87% de los IES (existen problemas en el registro de la actividad).
2.3.1	Oferta de programas de promoción de hábitos de vida saludable dirigidos a personas con TMG.	No evaluable	No evaluable	Primer semestre: Elaboración de un programa de “Promoción de hábitos de vida saludables en personas con TMG” a través de la coordinación de la línea estratégica del PISMA. Segundo semestre: El 50 % de las UGC-SM ofertará un programa de “Promoción de hábitos de vida saludables en personas con TMG” en al menos el 50% de las USMC adscritas a la UGC.	Parcialmente. En el 2010 se hizo el análisis de la situación. En 2011 se cerró el documento. Sí (84,62%)	El 70% de las UGC-SM ofertará un programa de “Promoción de Hábitos de Vida Saludables en personas con TMG” en al menos el 70% una de las USMC adscritas a la UGC.	Sí (92.3%)	El 90% de las UGC-SM ofertará al menos un programa de promoción de Hábitos de Vida Saludables en personas con TMG en al menos 90% de las USMC adscritas a la UGC	Sí (96,2%)	El 90% de las UGC-SM ofertará al menos un programa de promoción de Hábitos de Vida Saludables en personas con TMG en al menos 90% de las USMC adscritas a la UGC	Sí (96,2%)

Cod.	Nombre	Obj. 2009	Cumplimiento	Obj. 2010	Cumplimiento	Obj. 2011	Cumplimiento	Obj. 2012	Cumplimiento	Obj. 2013	Cumplimiento
3.1.1	Formación en perspectiva de género y salud mental de profesionales sanitarios	Tendencia creciente de cursos	Sí	Tendencia creciente de cursos	Sí (1 en 2008, 2 en 2009, y 3 en 2010)	Tendencia creciente de cursos	Sí (1 en 2008, 2 en 2009, 3 en 2010 y 5 en 2011)	Tendencia creciente de cursos	No (1 en 2008, 2 en 2009, 3 en 2010, 5 en 2011 y 3 en 2012)	Tendencia creciente de cursos	No (1 en 2008, 2 en 2009, 3 en 2010, 5 en 2011, 3 en 2012 y 2 en 2013)
		Representación proporcional de disciplinas profesionales, género y UGC (%)	Parcialmente (% bajo de psiquiatras y hombres y UGC con poca o nula representación)	IDEM	Parcialmente (mejora la distribución por categoría y UGC, pero el % de hombres es menor aún que en 2009)	IDEM	Parcialmente (mejora la distribución por categoría, género y UGC, pero la presencia del personal en formación y de hombres es pequeña y siguen existiendo UGC donde la formación no llega).	IDEM	Parcialmente (mejora la distribución por categoría profesional, pero disminuye el % de hombres con respecto a 2011 y cae drásticamente la representación por UGC al desaparecer la oferta centralizada de cursos)	IDEM	Parcialmente (mejora la distribución por categoría profesional, pero disminuye drásticamente el % de hombres con respecto a 2012 y la representación por UGC al desaparecer la oferta centralizada de cursos)
4.1.1	Incremento de los recursos sanitarios de hospitalización de día de SM en Andalucía	Nº de HDSM nuevos ² = 2	Sí (4)	Nº de HDSM nuevos ² = 3	Sí (5)	Nº de HDSM nuevos ² = 4	Sí (5)	Nº de HDSM nuevos ² = 5	Sí (5)	Nº de HDSM nuevos ² = 5	Sí (5)
		Nº de plazas nuevas ² = 40	Sí (60)	Nº de plazas nuevas ² = 60	Sí (80)	Nº de plazas nuevas ² = 80	Sí (80)	Nº de plazas nuevas ² = 100	No (80)	Nº de plazas nuevas ² = 100	No (80)
4.2.1	Implantación de nuevos recursos de apoyo social destinados a personas con Trastorno Mental Grave (TMG) en Andalucía	Al finalizar el año existirán 200 plazas en centro de día	Sí (286)	Al finalizar el año existirán 450 plazas en centro de día	Sí (734)	Al finalizar el año existirán 760 plazas en centro de día	Sí (806)	Al finalizar el año existirán 1.150 plazas en centro de día	No (1.059)	Al finalizar el año existirán 1.150 plazas en centro de día	Sí (1.195)

² Nuevo/a: Se refiere a unidades o plazas creadas o generadas a partir de 2008. Todos los incrementos anuales se calculan a partir del nº que había en diciembre de 2007, por tanto los datos que aparecen en los objetivos son acumulativos.

Cod.	Nombre	Obj. 2009	Cumplimiento	Obj. 2010	Cumplimiento	Obj. 2011	Cumplimiento	Obj. 2012	Cumplimiento	Obj. 2013	Cumplimiento
5.1.2	Cobertura de Planes cerrados de tratamiento (PCT) entre pacientes incluidos en el PAI ADS	El 50% de los/as pacientes incluidos/as en PAI ADS derivados a Salud Mental tendrán su PCT	No (21,66%) ³	El 70% de los/as pacientes incluidos en PAI ADS derivados a Salud Mental tendrán su PCT.	No (26,25%) ³	El 85% de los/as pacientes incluidos en PAI ADS derivados a Salud Mental tendrán su PCT	Sí (97,98%) ⁴	El 95% de los/as pacientes incluidos en PAI ADS derivados a Salud Mental tendrán su PCT	Sí (97,22%)	El 97% de los/as pacientes incluidos en PAI ADS derivados a Salud Mental tendrán su PCT	Sí (97,81%)
5.1.4	Cobertura de Planes individualizados de tratamiento (PIT) entre pacientes incluidos en el PAI TMG	El 65% de los/as pacientes incluidos/as en PAI TMG tendrán su PIT	Sí (74,91%) ³	El 75% de los/as pacientes incluidos en PAI TMG tendrán su PIT.	Sí (83,62) ³	El 85% de los/as pacientes incluidos en PAI TMG tendrán su PIT.	Sí (92,98%)	El 95% de los/as pacientes incluidos en PAI TMG tendrán su PIT.	Sí (96,65%)	El 97% de los/as pacientes incluidos en PAI TMG tendrán su PIT.	Sí (98,07%)
5.2.2	Actividad de la Comisión Provincial Intersectorial SAS, FAISEM y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social	10 reuniones / año	No (Media: 8,3±1,4 reuniones / año)	IDEM	No, pero mejora sobre 2010 (Media: 9,63±1,06) reuniones / año	IDEM	No (Media: 9,63±1,72 reuniones/año)	IDEM	No (Media: 5,63±1,28 reuniones/año)	IDEM	No (Media: 8±1,75 reuniones/año)
		100% miembros en todas reuniones	Parcialmente (87,50% de las reuniones)	IDEM	Parcialmente (97,73% de las reuniones)	IDEM	Sí (100% de las reuniones)	IDEM	Sí (100% de las reuniones)	IDEM	Sí (100% de las reuniones)

³ Datos sólo de las USMC que continúan en SISMA (aproximadamente el 77 % en 2009 y 46 % en 2010).

⁴ Esta espectacular subida del porcentaje de PCT puede deberse al cambio en la fuente de datos desde la que se calcula este índice en 2011 (DIRAYA) frente a la fuente de años anteriores (SISMA, que al tratarse de un sistema de información en retirada podía haber estado ofreciendo datos por debajo de las cifras reales -infra registro-).

Cod.	Nombre	Obj. 2009	Cumplimiento	Obj. 2010	Cumplimiento	Obj. 2011	Cumplimiento	Obj. 2012	Cumplimiento	Obj. 2013	Cumplimiento
5.2.3	Actividad de la Comisión TMG: AP, SM y FAISEM	Media de 10 reuniones / año	Sí (11,30)	IDEM	Sí (12,38)	IDEM	Sí (11,23)	IDEM	Sí (10,5)	IDEM	Sí (10,6)
		100% miembros en todas reuniones	Parcialmente (83,5% de las reuniones)	IDEM	No, empeora (76,67% de las reuniones)	IDEM	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (92,8% de las reuniones)	IDEM	No, empeora (85,3% de las reuniones)	IDEM	No, empeora (81,1% de las reuniones)
6.4.1	Uso del Sistema de Información DIRAYA en los dispositivos de salud mental (modificado durante periodo de pilotaje)	El 70% Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) utilizan módulo citación ⁵ DIRAYA	No (47%)	El 80% de USMC utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	No (75%)	El 90% de USMC utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	Sí (91%)	El 95% de USMC utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	Sí (97%)	El 99% de USMC utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	Sí (99%)
				El 80% de USMI-J utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	No (50%)	El 90% de USMI-J utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	No (86%)	El 95% de USMI-J utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	No (86%)	El 99% de USMI-J utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	No (93%)

⁵ Se entiende que se usa el módulo de citación cuando, durante el periodo de tiempo determinado (diciembre) no sólo las primeras citas, sino también las sucesivas son gestionadas a través de dicho módulo.

Cod.	Nombre	Obj. 2009	Cumplimiento	Obj. 2010	Cumplimiento	Obj. 2011	Cumplimiento	Obj. 2012	Cumplimiento	Obj. 2013	Cumplimiento
6.4.1	Uso del Sistema de Información DIRAYA en los dispositivos de salud mental (modificado durante periodo de pilotaje)	El 30% de las consultas DIRAYA en las UGC-SM durante el mes de diciembre deben contar con Hojas de Seguimiento de Consulta (HSC) abiertas ⁶	Sí (33%)	El 50% de consultas DIRAYA en las UGC-SM durante el mes de diciembre debe contar con (HSC) abiertas. ⁷	No (35%)	El 60% de consultas DIRAYA en las UGC-SM durante el mes de diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (42%)	El 70% de consultas DIRAYA en las UGC-SM durante el mes de diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mantiene el resultados del año anterior (42%)	El 70% de consultas DIRAYA en las UGC-SM durante el mes de diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (45%)
		No se evalúa	No se evalúa	El 60% de consultas DIRAYA en las USMC durante el mes de diciembre debe contar con HSC abiertas.	No (35%)	El 70% de consultas DIRAYA en las USMC durante el mes de diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (42%)	El 80% de consultas DIRAYA en USMC en diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (46%)	El 80% de consultas DIRAYA en USMC en diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (48%)
				El 60% de consultas DIRAYA en las USMI-J en diciembre debe contar con HSC abiertas.	No (27%)	El 70% de consultas DIRAYA en las USMI-J en diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (29%)	El 70% de consultas DIRAYA en las USMI-J en diciembre debe contar con HSC abiertas.	No y empeora con respecto a años anteriores (26%)	El 70% de consultas DIRAYA en las USMI-J en diciembre debe contar con HSC abiertas.	No, aunque mejora los resultados de años anteriores (38%)

⁶ El objetivo se fijó en el 30% porque esta cifra se ve afectada por varios elementos que impiden que el porcentaje sea muy alto: no todas las citas requieren de hojas de seguimiento de consulta, ni todos los dispositivos usan el módulo clínico de DIRAYA.

⁷ Las consultas DIRAYA son consultas totales en el caso de los índices para las UGC-SM y consultas de personal facultativo para los índices de USMC y USMI-J.

Cod.	Nombre	Obj. 2009	Cumplimiento	Obj. 2010	Cumplimiento	Obj. 2011	Cumplimiento	Obj. 2012	Cumplimiento	Obj. 2013	Cumplimiento
7.1.1	Creación y desarrollo de estructuras de participación ciudadana de Salud Mental a nivel de Unidad de Gestión Clínica.	No evaluable	No evaluable	El 50% de la UGC-SM de Salud Mental han creado de una estructura de participación ciudadana.	Sí (76,92%)	El 75% de la UGC-SM de Salud Mental han creado de una estructura de participación ciudadana.	Sí (77%)	El 100% de la UGC-SM de Salud Mental han creado de una estructura de participación ciudadana.	Sí (100%)	El 100% de la UGC-SM de Salud Mental han creado de una estructura de participación ciudadana.	Sí (100%)
8.1.1	Diseño, desarrollo y publicación de resultados de un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en Andalucía	Haber elaborado el protocolo y obtenido financiación estudio para 1 provincia	Sí (Granada)	Haber elaborado protocolo estudio 8 provincias	Sí	Haber obtenido financiación para la recogida de datos en las 8 provincias	Sí	Haber realizado el trabajo de campo en 8 provincias	No	Informe o artículo	Sí (informe estudio piloto/en redacción primer artículo)
						Haber realizado el trabajo de campo de la primera provincia	Sí	Comienzo del análisis de datos	Parcialmente (análisis e informe de estudio en 1 provincia)	No evaluable	No evaluable
9.1.1	Desarrollo de la formación continuada en el marco del PISMA para profesionales de salud mental	Realizar el 100% de los cursos planificados	Sí	IDEM	Sí	IDEM	No (68,1%)	IDEM	No (73,9%)	IDEM	No (61,8%)
		Las disciplinas profesionales, el sexo y las UGC-SM están representadas	Sí	IDEM	Parcialmente (menos presencia de auxiliar de enfermería, monitor/a ocupacional, administrativo/a y celador/a)	IDEM	Parcialmente (menos presencia de administrativo/a y celador/a)	IDEM	Parcialmente (menos presencia de monitor/a ocupacional y administrativo/a)	IDEM	Parcialmente (menos presencia de auxiliar de enfermería, administrativo/a y celador/a)

Cod.	Nombre	Obj. 2009	Cumplimiento	Obj. 2010	Cumplimiento	Obj. 2011	Cumplimiento	Obj. 2012	Cumplimiento	Obj. 2013	Cumplimiento
10.1.1	Oferta de programas dirigidos a fomentar la accesibilidad a los servicios de salud mental de las personas con Trastorno Mental Grave en situación o riesgo de exclusión	No evaluable	No evaluable	El 30 % de las UGC implantará al menos 1 programa de atención destinado a uno de los colectivos en riesgo de exclusión en la UGC	Sí (61,5%)	El 60 % de las UGC implantará al menos 1 programa de atención destinado a uno de los colectivos en riesgo de exclusión en la UGC	Sí (61,5%)	El 95 % de las UGC implantará al menos 1 programa de atención destinado a uno de los colectivos en riesgo de exclusión en la UGC	No, lo cumple el 80,8%	El 95 % de las UGC implantará al menos 1 programa de atención destinado a uno de los colectivos en riesgo de exclusión en la UGC	No, lo cumple el 84,6%

En cuanto al indicador 1.1.1., a continuación (tabla 8) se describe su grado de cumplimiento en el periodo 2010-2013.

Tabla 8. Cumplimiento del indicador de transferencia de prioridades del II PISMA

Cod.	Nombre	Objetivo 2010	Cumplimiento	Objetivo 2011	Cumplimiento	Objetivo 2012	Cumplimiento	Objetivo 2013	Cumplimiento
1.1.1	Coincidencia de los objetivos recogidos en los Acuerdos de Gestión Clínica de Salud Mental con las líneas estratégicas del II PISMA	Un 95% de UGC-SM incluyen en sus AGC el 100% de los objetivos planteados por el PISMA y propuestos por la Dirección Gerencia del SAS	No, lo cumple el 31 % de UGC-SM (el % medio de objetivos incluidos en los AGC es del 67 %)	IDEM	No, lo cumple el 69 % de UGC-SM (el % medio de objetivos incluidos en los AGC es del 83 %)	IDEM	No, lo cumple el 42 % de UGC-SM (el % medio de objetivos incluidos en los AGC es del 64 %)	IDEM	No, lo cumple el 40 % de UGC-SM (el % medio de objetivos incluidos en los AGC es del 73 %)

En relación al cumplimiento anual de objetivos recogidos en los indicadores evaluados, incluyendo el metaíndice, los resultados se resumen en la tabla 9:

Tabla 9. Cumplimiento de objetivos recogidos en los indicadores de monitorización del II PISMA

	2009		2010		2011		2012		2013	
Nº de objetivos propuestos	16		25		25		25		24	
Objetivos alcanzados totalmente	10	62%	12	48%	15	60%	8	32%	10	42%
Objetivos alcanzados parcialmente	3	19%	4	16%	2	8%	4	16%	2	8%
Objetivos no alcanzados	3	19%	9	36%	8	32%	13	52%	12	50%

3.2. Evaluación desagregada por indicadores

Coincidencia de los objetivos recogidos en los Acuerdos de Gestión Clínica de Salud Mental con las líneas estratégicas del II PISMA (Indicador 1.1.1)

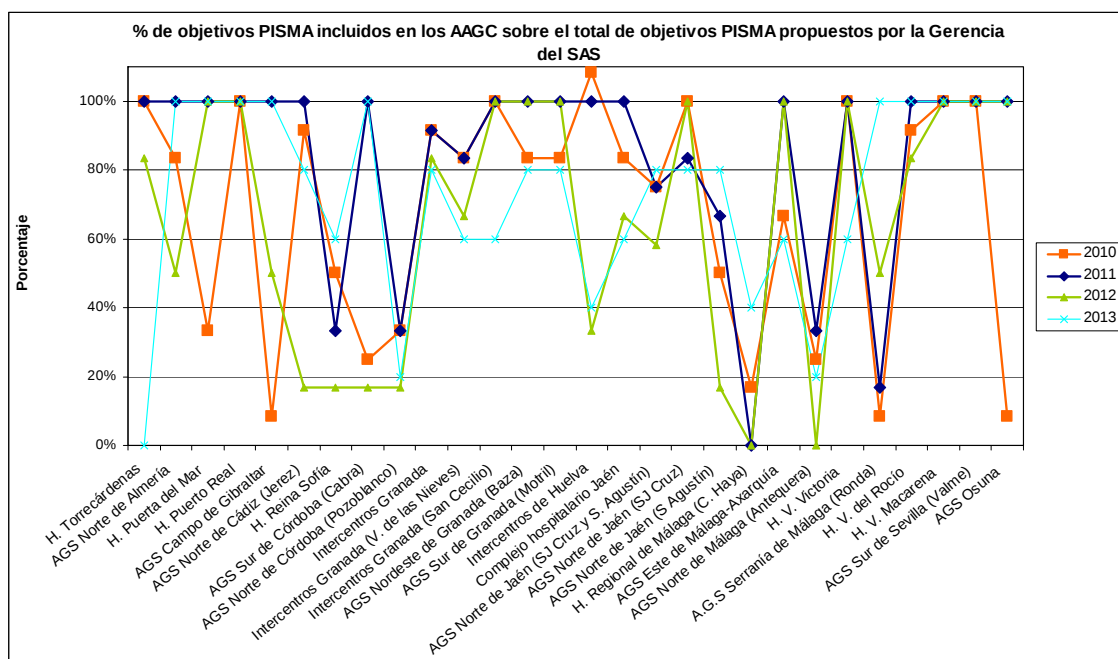
Para favorecer la **implantación de estrategias** del PISMA en los dispositivos de Salud mental, a partir de 2010, la Gerencia del SAS ofertó a las Direcciones Gerencias de Hospitales o Áreas de Gestión Sanitaria un listado de objetivos ligados al Plan Integral que podían ser incluidos en los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) de las UGC-SM. En este contexto, para medir la adhesión a las prioridades del II PISMA, se decidió evaluar el compromiso que cada UGC-SM adquiriría, a través de la inclusión en sus AGC de los objetivos PISMA propuestos anualmente por la Gerencia del SAS.

Para evaluar el compromiso con los objetivos PISMA en cada AGC, se decidió medir el **porcentaje**⁸ de objetivos PISMA incluidos en cada AGC sobre el total de objetivos PISMA especificado por la Gerencia del SAS anualmente.

A continuación (figura 1) se presenta la distribución por UGC-SM, del porcentaje de objetivos relacionados con prioridades del II PISMA que incluyen las distintas UGC-SM en sus acuerdos de gestión.

⁸ Se modifica la fórmula propuesta inicialmente debido a que el número de “objetivos PISMA” propuestos por la Gerencia varía anualmente; también lo hace el número de objetivos de cada AGC y en esta situación no era posible valorar, de forma fiable, el compromiso con las prioridades del PISMA a través de la medición del porcentaje de objetivos ligados al PISMA sobre el total de objetivos de cada AGC.

Figura 1. Distribución por UGC-SM del % de objetivos relacionados con el II PISMA incluidos en los Acuerdos de Gestión Clínica de los años 2010-2013⁹



En la tabla 10 se recoge la evolución del porcentaje de UGC-SM que incluyen el 100% de objetivos PISMA en sus AGC, así como el % medio de objetivos PISMA incluidos.

Tabla 10. Evolución del porcentaje de UGC-SM que cumplen el criterio de inclusión de objetivos PISMA en sus Acuerdos de Gestión Clínica.

	2010	2011	2012	2013
Objetivo	95 % de UGC-SM	95 % de UGC-SM	95 % de UGC-SM	95 % de UGC-SM
% Obtenido	31 %	69 %	42 %	40 %
Media en % de objetivos PISMA incluidos en los AGC de las UGC-SM	67 %	83 %	64 %	73 %

Aunque hay muchas diferencias entre UGC-SM¹⁰, en general, en 2011 se consigue mayor nivel de compromiso con los objetivos PISMA. En 2010 se debe considerar que se propusieron 12 objetivos, lo que hizo que muchas UGC-SM seleccionaran un número alto de los 12 considerados (2 UGC-SM seleccionaron 11 y 5 seleccionaron 10).

El tipo de objetivos vinculados al II PISMA incluidos en los AGC de las UGC-SM, durante los años 2010-2013, se presentan en las tablas 11-14.

⁹ En 2013 se integran los datos de las UGC-SM de H. San Juan de la Cruz y H. San Agustín por su unificación en el Área de Gestión Clínica Norte de Jaén.

¹⁰ Algunas UGC-SM aumentan considerablemente el % de objetivos PISMA en los AGC, mientras otras lo reducen ostensiblemente.

Tabla 11. Presencia de objetivos PISMA en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2010 de las UGC-SM

Objetivos PISMA AGC 2010 (12 objetivos)	Nº de UGC	% de UGC
Incrementar el número de pacientes incluidos en el PAI TMG con Plan Individualizado de Tratamiento (PIT)	25	96 %
Reuniones de la Comisión TMG: AP-SM-FAISEM	20	77 %
Reuniones de la Comisión Provincial Intersectorial SAS-FAISEM-CIBS	19	73 %
Programa de Salud Mental dirigido a Infancia y Adolescencia en la UGC.	19	73 %
Comisión de Participación Ciudadana	19	73 %
Programa de promoción de hábitos de vida saludable en TMG	18	69 %
Plan Cerrado de Tratamiento (PCT) de pacientes incluidos en el PAI ADS	17	65 %
Accesibilidad a los servicios de SM en TMG en situación o riesgo de exclusión	14	54 %
Programa de detección e intervención precoz de los trastornos psicóticos	13	50 %
Programa de tratamiento intensivo en la comunidad en TMG	13	50 %
Plan de Mejora del Ambiente Terapéutico en la UHSM	12	46 %
Implantar una Guía de Práctica Clínica en área de variabilidad identificada	11	42 %

Tabla 12. Presencia de objetivos PISMA en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2011 de las UGC-SM

Objetivos PISMA AGC 2011 (6 objetivos)	Nº de UGC	% de UGC
Incrementar el nº de pacientes en PAI TMG con PIT	25	96 %
Actualización del censo de pacientes con TMG	22	85 %
Incrementar el nº de pacientes en PAI ADS con PCT	21	81 %
Generar espacios de coordinación entre los dispositivos de salud mental que prestan atención a la Infancia y Adolescencia en el ámbito de la UGC-SM	21	81 %
Generar espacios de cooperación con AP en el marco del PAI ADS	20	77 %
Generar los espacios de coordinación necesarios para la implantación de un programa de detección e intervención precoz de los trastornos psicóticos.	20	77 %

Tabla 13. Presencia de objetivos PISMA en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2012 de las UGC-SM

Objetivos PISMA AGC 2012 (6 objetivos)	Nº de UGC	% de UGC
Incrementar el nº de pacientes en PAI TMG con PIT	23	88 %
Diseño y puesta en marcha de un programa intersectorial de prevención de trastornos mentales dirigido a un colectivo específico de población infantil y/o adolescente en situación de riesgo ¹¹	19	73 %
Las USMC trabajarán estrechamente con el SOAE de FAISEM para agilizar las incorporaciones de pacientes TMG a programas laborales.	16	62 %
Diseño y puesta en marcha de un programa de sensibilización para profesionales sanitarios sobre el estigma de las personas con enfermedad mental en relación a su salud general	15	58 %
Mejora de la efectividad de las intervenciones desde una perspectiva de la práctica clínica basada en la evidencia.	14	54 %
Puesta en marcha de una estrategia de mejora de la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios de Salud mental	13	50 %

¹¹ Hijos de personas con TMG y/o drogodependencias, menores de familias disfuncionales atendidas en los Servicios Sociales, menores con enfermedades somáticas crónicas ...

Tabla 14. Presencia de objetivos PISMA en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2013 de las UGC-SM

Objetivos PISMA AGC 2013 (5 objetivos)	Nº de UGC	% de UGC
Incrementar el número de pacientes incluidos en el PAI TMG con Plan Individualizado de Tratamiento (PIT)	22	88 %
Incrementar el número de pacientes incluidos en el PAI ADS con Plan Consensuado de Tratamiento (PCT).	19	76 %
Impulsar la implantación del PAI TEA mediante el establecimiento de cauces de coordinación entre las USMIJ (o referente de Salud Infantil a nivel de USMC) y los CAITs de referencia.	17	68 %
Elegir, conjuntamente con el/la Delegado/a Provincial de FAISEM, uno de estos dos objetivos: 1) Asegurar la toma de decisiones compartidas sobre cambios o utilización de nuevos recursos de apoyo social. 2) Mejora de la atención	15	60 %
Potenciar el protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias.	17	68 %

En esas tablas se puede comprobar cómo el esfuerzo en la elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento para pacientes con TMG es el objetivo más suscrito por las UGC- SM en los años evaluados.

Otros objetivos relacionados con el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (PAI TMG) le siguen en el orden de presencia en los años 2010 y 2011. En 2012 cobran relevancia los aspectos de intervención en poblaciones de riesgo (infancia y/o adolescencia en riesgo, población inmigrante...) y en 2013 los objetivos relacionados con otros PAI como el de Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (ADS) o el de Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Incorporación de contenidos de prevención de la enfermedad mental y de promoción de salud mental en el sistema educativo a través de Forma Joven. (Indicador 2.2.1)

Este indicador ha seguido el desarrollo de iniciativas de promoción de la salud mental a través de Forma Joven. En el periodo evaluado las iniciativas en este sentido, se han desarrollado en torno al programa de sensibilización *LO HABLAMOS. Sensibilización sobre salud mental en las aulas*. La definición y el programa se pueden consultar en el siguiente enlace: <http://www.1decada4.es/adolescenciayestigma>

Centrándonos pues, en la implantación de LO HABLAMOS, este indicador ha tenido diferentes objetivos para cada año. En la tabla 15 se resumen estos objetivos.

Tabla 15. Cumplimiento de objetivos sobre desarrollo de iniciativas de promoción de la salud mental a través de Forma Joven

Año	Objetivo	Cumple	Observaciones
2010	<i>Diseñar 1 paquete formativo sobre promoción de la salud mental y/o prevención de la enfermedad mental en el programa Forma Joven</i>	Sí	El programa formativo <i>Lo hablamos</i> fue diseñado en 2009.
2011	<i>Pilotar el paquete formativo sobre promoción de la salud mental y/o prevención de la enfermedad mental en al menos un Instituto de Educación Secundaria (IES) adscrito al programa Forma Joven (FJ) y ofertar esta actividad a los puntos de FJ</i>	Sí	En 2009 se realizó una edición de un taller de formación de formadores y en 2010, 34 cursos de formación en los distritos de AP con personal Forma Joven. ¹²
2012	<i>Implantación de la experiencia: Crear la red de Formación de formadores</i>	Sí (antes de fecha)	El desarrollo de las estrategias de formación de formadores/as en 2010 ha permitido la creación de una red de formadores/as.
	<i>Iniciar la actividad en al menos el 20% de los IES adscrito al programa FJ</i>	No evaluable	El sistema de registro de las actividades de Forma Joven no permite registrar esta intervención específica, por lo que no se ha podido evaluar este indicador
2013	<i>Iniciar la actividad en al menos el 20% de los IES adscrito al programa FJ</i>	No evaluable	El sistema de registro de las actividades de Forma Joven no permite registrar esta intervención específica, por lo que no se ha podido evaluar este indicador

¹² Estas actividades formativas implican la aplicación del paquete formativo *Lo hablamos*, en institutos de secundaria, como parte del trabajo práctico del alumnado.

Oferta de programas de promoción de hábitos de vida saludable dirigidos a personas con Trastorno Mental Grave (TMG) (Indicador 2.3.1)

En la tabla 16 se revisa el cumplimiento de los objetivos vinculados a este indicador.

Tabla 16. Cumplimiento de objetivos sobre oferta de programas de promoción de hábitos de vida saludable dirigidos a personas con Trastorno Mental Grave (TMG)

Año	Objetivo	Cumple	Observaciones
1 ^{er} semestre 2010	<i>Elaboración de un programa¹³ de "Promoción de Hábitos de Vida Saludable en personas con TMG" a través de la coordinación de la línea estratégica del PISMA</i>	Parcialmente	En el 2010 se hizo el análisis de la situación. En 2012 se cerró un documento con orientaciones para la promoción de salud en personas con TMG ¹⁴
2 ^o semestre 2010	<i>El 50% de las UGC ofertará un programa de "Promoción de hábitos de vida saludable en personas con TMG" en al menos el 50% de las USMC adscritas a la UGC</i>	Sí (84,62%)	22 de las 26 UGC-SM ofertan un programa de hábitos de vida saludable en más de la mitad de las USMC que tienen adscritas.
2011	<i>El 70% de las UGC-SM ofertará un programa de "Promoción de Hábitos de vida saludable en personas con TMG" en al menos el 70% una de las USMC adscritas a la UGC.</i>	Sí (92,30%)	24 de las 26 UGC-SM ofertan un programa de hábitos de vida saludable en más del 70% de las USMC que tienen adscritas.
2012	<i>El 90% de las UGC-SM ofertará al menos un programa de promoción de Hábitos de Vida Saludables en personas con TMG en al menos 90% de las USMC adscritas a la UGC</i>	Sí (96,2%)	25 de las 26 UGC-SM ofertan un programa de hábitos de vida saludable en más del 70% de las USMC que tienen adscritas
2013	<i>El 90% de las UGC-SM ofertará al menos un programa de promoción de Hábitos de Vida Saludables en personas con TMG en al menos 90% de las USMC adscritas a la UGC</i>	Sí (96,2%)	25 de las 26 UGC-SM ofertan un programa de hábitos de vida saludable en más del 70% de las USMC que tienen adscritas

En relación al indicador sobre oferta de programas de promoción de hábitos de vida saludable a personas con TMG, como se puede ver en la figura 3, se ha ido extendiendo la oferta y superando ampliamente los objetivos marcados. Así en 2010, aunque la mayoría de las UGC-SM (20) ofertaban el programa en todas sus USMC,

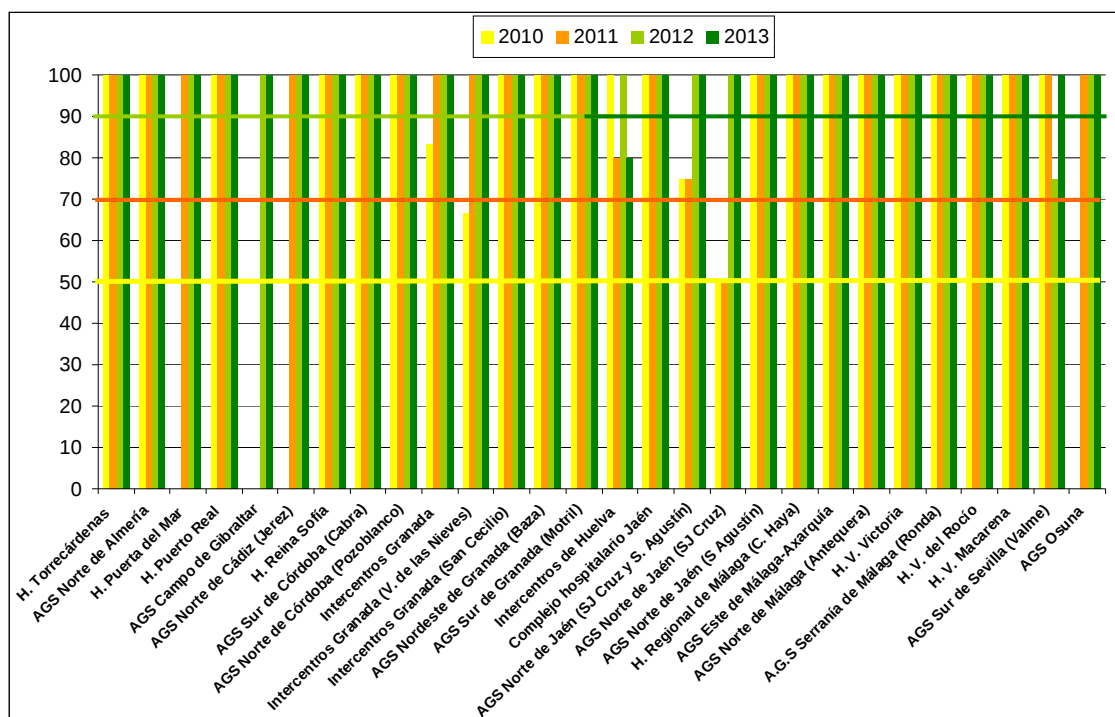
¹³ Se exigió que fuesen programas estructurados de al menos 4 sesiones y como mínimo con los siguientes temas: alimentación, tabaquismo y actividad física. Dirigido a un mínimo de 5 pacientes en formato grupal. Un mínimo de 20 pacientes deberán beneficiarse a lo largo del año en cada USMC. Se deberá utilizar al menos 1 instrumento de evaluación. Aunque también se contabilizaba la remisión de pacientes a programas de hábitos de vida saludable que se llevan a cabo en Atención Primaria.

¹⁴ En el 2010 se empezó hacer el análisis de la situación que culminó con un documento de análisis de situación y recomendaciones sobre Promoción de la salud en personas con TMG en 2011. En 2012 se finalizó un segundo documento con orientaciones y herramientas para poner en marcha intervenciones de promoción de salud en pacientes con TMG. En espera de estos documentos se cerraron en 2010 las exigencias mínimas para los programas de promoción a ofertar desde las USMC que se recogen en la nota anterior.

todavía quedaban 3 UGC que no la ofertaban en ninguna¹⁵. Sin embargo, en 2013, sólo una USMC ha dejado de ofertar, temporalmente, el programa por problemas en la plantilla¹⁶.

La evolución de la distribución del porcentaje de USMC que ofertan el programa en cada UGC-SM a lo largo del periodo estudiado, se refleja en la figura 2.

Figura 2. Distribución del porcentaje de unidades de salud mental comunitaria que ofertan programas de hábitos de vida saludable en cada Unidad de Gestión Clínica 2010-2013



¹⁵ Aunque las USMC de la UGC-SM Campo de Gibraltar no ofertan el programa porque hasta 2011 lo hacían desde la URSM.

¹⁶ La USMC de La Palma del Condado no ha podido ofertar convenientemente un programa que sí se ofertó en 2012, puesto que el personal responsable del programa no está en activo en 2013.

Profesionales sanitarios que han recibido formación en perspectiva de género y salud mental (Indicador 3.1.1)

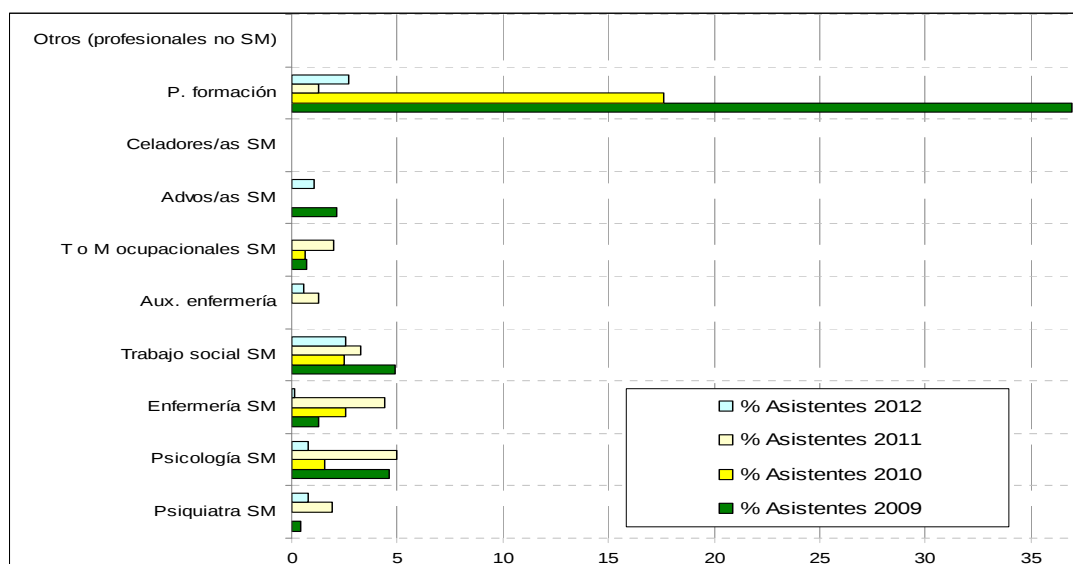
En la tabla 17 se recogen detalles sobre los cursos de género y salud mental acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), en cada uno de los años evaluados del II PISMA:

Tabla 17. Evolución de la distribución anual del número y alumnado de los cursos acreditados por la ACSA de Género y Salud mental (2009-2012)

	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de cursos	2	3	5	3	2
Nº de alumnos/as	59	45	101	35	25

En la figura 3 se puede consultar el perfil del alumnado de estos cursos por categoría profesional de los años 2009-2012¹⁷. En 2012 no se cuenta con datos desagregados del alumnado del curso de la UCG-SM del H. San Agustín de Linares.

Figura 3. Evolución de la distribución por categoría profesional (en %) del alumnado de los cursos de Género y Salud mental (2009-2012)¹⁸



Como se puede ver en la figura anterior, en 2009, dentro de la red de Salud Mental, destaca la asistencia de profesionales de Psicología Clínica (4,65% del personal de esta

¹⁷ No se cuenta con datos de las características del alumnado en el año 2013.

¹⁸ Los porcentajes se han calculado sobre los datos de plantilla y de personal en formación de la red de salud mental. Los datos de categorías ajenas a la red de salud mental se calcularon sobre las cifras ofrecidas por el SAS en su página Web.

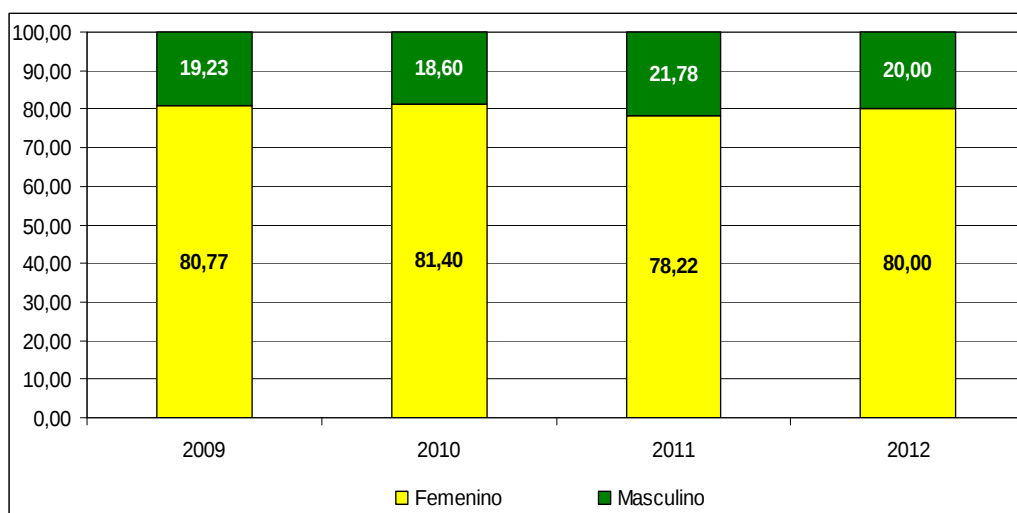
especialidad en la red de SM) y Trabajo Social (4,92%). En 2010, Enfermería (2,52%) es la categoría más representada, seguida por Trabajo Social (2,46%) y Psicología Clínica (1,54%). En 2011 Psicología Clínica (4,92%) y Enfermería (4,42%) son las categorías más representadas y en 2012 Trabajo social (2,54%).

A la vista de los datos de 2010 se planteó como reto reforzar la presencia de perfiles profesionales de la red de Salud Mental como Psiquiatría, así como de personal de Atención Primaria (AP) y otros colectivos en los que es relevante el manejo de contenidos sobre Género y Salud Mental.

En general, en 2011, la mayor y más diversificada oferta de plazas mejora la presencia en todas las categorías de interés. En 2012 a pesar de la caída en el número de plazas en formación sobre Género y Salud Mental la participación por categoría profesional ha sido diversa.

Por sexo, la presencia de hombres en los cursos se mantiene en una cifra cercana al 20% en el periodo de 2009 a 2012 (ver figura 4). La red de Salud Mental está feminizada¹⁹, no obstante, la representación femenina en los cursos de Género y Salud Mental, en los años estudiados, es mucho mayor a la proporción esperada.

Figura 4. Evolución de la distribución por sexo (%) del alumnado de los cursos de Género y Salud mental (2009-2012)



Y por último, en la tabla 18 se incluye el número de alumnos/as en cursos acreditados de Género y Salud Mental en función de la UGC-SM.

¹⁹ Aproximadamente 66 % de mujeres frente a 34% de hombres según datos de una consulta nominativa en la BDU realizada en agosto de 2010.

Tabla 18. Nº de profesionales por UGC-SM que asiste a los cursos acreditados de Género y Salud Mental (2009-2013)²⁰

UGC-SM	2009	2010	2011	2012	2013
H. TORRECARDENAS	1	1	2	12	-
A.G.S. NORTE DE ALMERIA (Huercal-Overa)	-	1	-	-	-
H. PUERTA DEL MAR	-	-	-	-	-
H. PUERTO REAL	-	1	2	-	-
A.G.S. CAMPO DE GIBRALTAR	-	-	-	-	-
A.G.S. NORTE DE CADIZ (Jerez)	1	-	2	-	25
H. REINA SOFIA	-	2	1	-	-
A.G.S. SUR DE CORDOBA (Cabra)	1	1	3	-	-
A.G.S. NORTE DE CORDOBA (Pozoblanco)	-	-	2	-	-
INTERCENTROS GRANADA (V. de las Nieves y S. Cecilio)	2	3	3	-	-
A.G.S. NORDESTE DE GRANADA (Baza)	1	-	1	-	-
A.G.S SUR DE GRANADA (Motril)	-	1	1	-	-
INTERCENTROS PROVINCIA DE HUELVA	-	-	3	-	-
COMPLEJO HOSP. DE JAEN	-	11	26	-	-
A.G.S. NORTE DE JAEN (S. J. Cruz y S. Agustín)	1	1	2	15	-
H. REGIONAL DE MALAGA	4	5	1	-	-
A.G.S. ESTE DE MALAGA-AXARQUIA	-	1	13	-	-
A.G.S NORTE DE MALAGA (Antequera)	-	1	1	-	-
H. V. DE LA VICTORIA	2	2	3	-	-
A.G.S SERRANIA DE MALAGA (Ronda)	-	-	-	-	-
H. V. DEL ROCIO	39	13	-	-	-
H. V. MACARENA	1	-	1	-	-
A.G.S. SUR DE SEVILLA (Valme)	-	-	2	-	-
A.G.S OSUNA	-	-	-	-	-
OTROS	6	1	32	-	-
TOTAL	59	45	101	35	25

²⁰ Los datos de la UGC-SM Torrecárdenas incluyen a los del Área Integrada de Gestión de Salud Mental de la E. P. Hospital de Poniente de Almería. En 2012 se unen las UGC-SM de los hospitales San Agustín de Linares y San Juan de la Cruz de Úbeda. A finales de 2013 también se unen las UGC-SM de los hospitales V. de las Nieves y S. Cecilio, ambos de Granada. En el apartado de "Otros" se incluyen profesionales de Atención Primaria y del Programa de Salud Mental de los Servicios de Apoyo del SAS.

Incremento de los recursos sanitarios de hospitalización de día en atención a la salud mental en Andalucía (Indicador 4.1.1.)

Este indicador escogió el seguimiento de la hospitalización de día como indicador clave del reforzamiento de recursos de orientación comunitaria. Se eligió este indicador entre los otros posibles (ver el incremento de recursos sanitarios previstos en el II PSIMA en la tabla 36) al considerarse un dispositivo en expansión en áreas comarcales. En la tabla 19 se puede comprobar cómo ya en 2012 se consigue el objetivo de incremento de dispositivos, aunque sin llegar al objetivo de número de plazas a finales de 2013. Las limitaciones presupuestarias de los últimos años han imposibilitado la apertura de dos Hospitales de Día previstos (Huelva y Villamartín).

Tabla 19. Evolución de la creación de recursos y plazas de hospitalización de día.

		2009	2010	2011	2012	2013
Dispositivos	<i>Objetivo</i>	2	3	4	5	5
	Obtenido	4	5	5	5	5
Plazas	<i>Objetivo</i>	40	60	80	100	100
	Obtenido	60	80	80	80	80

En la tabla 20 se pueden conocer más detalles sobre el tipo de recursos generados.

Tabla 20. Detalle sobre hospitales de día y plazas creadas de diciembre 2007 a diciembre de 2013

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental	Denominación	Año de apertura	Plazas nuevas
H. Virgen de la Victoria	El Cónsul	2008	20
A.G.S. Norte de Málaga (Antequera)	Antequera	2008	20
A.G.S. Nordeste de Granada (Baza)	Guadix	2009	20
H. Torrecárdenas	Torrecárdenas	2009	0 ²¹
A.G.S. SUR DE CORDOBA (Cabra)	Cabra	2010	20

²¹ El HD de Torrecárdenas no incorpora nuevas plazas, surge del desdoblamiento de la Unidad de Rehabilitación que realizaba funciones de hospitalización parcial con 20 plazas.

Implantación de nuevos recursos de apoyo social destinados a personas con Trastorno Mental Grave en Andalucía (Indicador 4.2.1.)

Aunque el II PISMA plantea un aumento del número plazas en recursos diversos dirigidos a personas con TMG, este indicador se concretó en la evaluación de los centros de día²² gestionados por FAISEM. Se escogieron los centros de día por ser el recurso más innovador para dar soporte a la vida cotidiana en la comunidad de estas personas. En la tabla 21 se puede ver la evolución en los años de vigencia del II PISMA y el cumplimiento de objetivos.

Tabla 21. Evolución de centros de día y plazas creados desde diciembre de 2007 hasta diciembre 2013

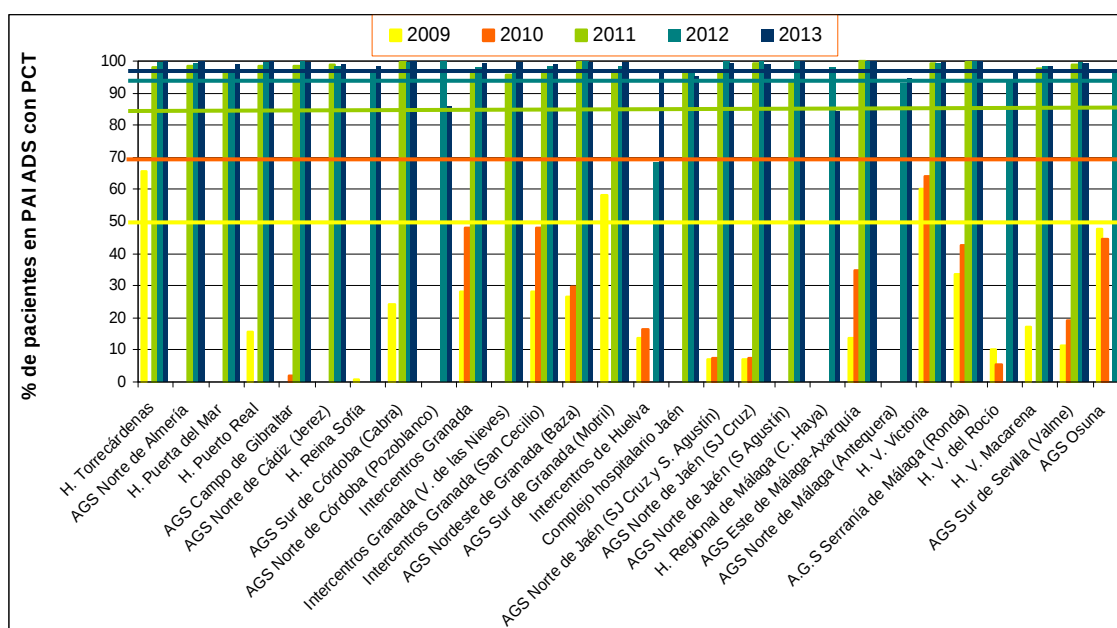
		Nº de centros de día	Nº de plazas en centros de día	Nº de plazas de estancias diurnas	Nº de plazas en programa de centros de día (centros de día + estancias diurnas)	
		Obtenido	Obtenido	Obtenido	Objetivo	Obtenido
2008	Nuevo	1	40	-	-	40
	Total	1	40	-	-	40
2009	Nuevo	2	47	199	-	246
	Total	3	87	199	200	286
2010	Nuevo	13	377	71	-	448
	Total	16	464	270	450	734
2011	Nuevo	1	72	-	-	72
	Total	17	536	270	760	806
2012	Nuevo	9	253	-	-	253
	Total	26	789	270	1.150	1.059
2013	Nuevo	2	136	-	-	136
	Total	28	925	270	1.150	1.195

²² Se trata de un programa de soporte diurno para personas con enfermedad mental grave que, de 9:00h a 17:00h, oferta actividades ocupacionales regladas, actividades sociales formalizadas, actividades de autonomía personal - con el desarrollo de actividades de la vida diaria (AVD) e independencia social-, manutención (con posibilidades de desayuno, comida y merienda) y transporte. Este programa integra, administrativamente, plazas en unidades físicas nuevas, denominadas *centros de día* (destinados, según el Sistema de atención a la dependencia, a personas que por su gravedad y necesidad de atención continuada, no pueden ser atendidas por su entorno familiar durante el día, o aquellas que debido a su discapacidad no pueden integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado) con plazas de *estancias diurnas* (destinadas, según el catálogo de prestaciones para personas con discapacidad, a la atención, en régimen de media pensión, de personas con discapacidad tan grave que dependan de otra para las actividades de la vida cotidiana y no puedan ser atendidas por su unidad familiar durante el día).

Cobertura de planes cerrados de tratamiento -PCT- entre pacientes incluidos en el PAI Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (Indicador 5.1.2.)

La figura 5 muestra las diferencias entre UGC-SM para los años de la evaluación. Si asumimos los datos a pesar de contar con información parcial²³, en la figura podemos observar como sólo alguna unidad de gestión supera el objetivo de 2009. En 2010, aunque algunas unidades han mejorado sensiblemente, ninguna alcanza el objetivo de 2010. Sin embargo en 2011, según los datos registrados en DIRAYA, todas las UGC-SM que aportan datos válidos, superan el objetivo marcado. Con datos DIRAYA de las 26 UGC-SM, se mantienen buenos niveles de cumplimiento en 2012 (superan el objetivo 23 UGC-SM) y 2013 (lo superan 21 UGC-SM).

Figura 5. Evolución de la distribución del porcentaje de pacientes incluidos en el PAI ADS que cuentan con PCT según UGCSM (2009-2013)²⁴



²³ En el 2009 contamos con datos de 20 de las 26 UGC-SM (76,92%). En 2010 disminuye el número de UGC-SM que vuelcan sus datos en SISMA (12/26: 46,15%) por lo que sus datos no se incluyen en el análisis. Además, en 2009 algunas de las UGC-SM incluidas no cuentan con los datos de todas las USMC (sin datos de las USMC Huércal Overa, Albox, Cádiz, San Fernando, Jerez, Sanlúcar de Barrameda, Villamartín, Montoro, Cartuja, Santa Fe, Atarfe, Málaga Norte, Málaga Centro, Antequera y Macarena Centro. En 2011 contamos con los datos similares a los de 2009 y mejores que los de 2010 (19/26: 73,07%). En 2011 la mayor parte de los datos aportados provienen de DIRAYA y suministrados por DIABACO. En ese año no se ofrecen datos de 7 UGC-SM (Norte de Málaga, H. Regional de Málaga, H. Reina Sofía, H. Virgen del Rocío, Norte de Córdoba, Osuna e Intercentros de Huelva) porque el número de pacientes ADS censados no superan el límite establecido para dar por válido este indicador, o bien, no había datos registrados en DIABACO.

²⁴ Hasta 2010 no se ofrecen los valores de las UGC-SM que han volcando sus datos en DIRAYA y no en SISMA. DIABACO no permitía detectar aún el uso de los PCT y PIT. A partir de 2011 se ofrecen valores de UGC-SM que se hayan volcado en DIRAYA y a través de DIABACO permite detectar el uso de los PCT y PIT.

En la tabla 22 se resume el porcentaje medio de pacientes incluidos/as en el PAI ADS, derivados a Salud Mental, que cuentan con su PCT y se compara con el objetivo propuesto para ese año.

Tabla 22. Evolución de distribución del % promedio de pacientes en el PAI ADS con PCT

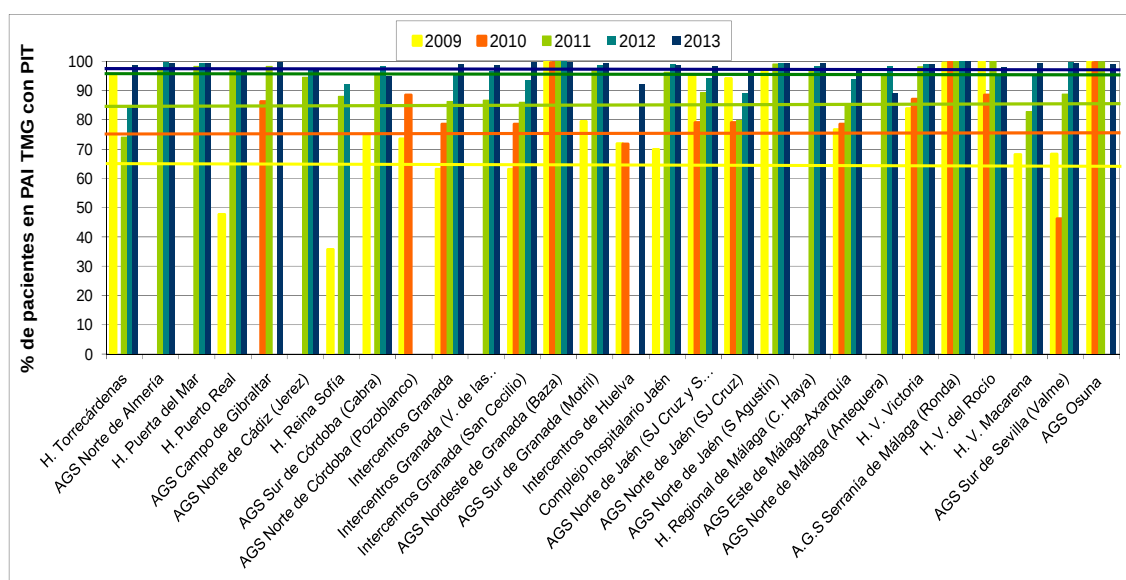
	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Objetivo</i>	50 %	70 %	85 %	95 %	97 %
% Obtenido	21,66 %	26,24 %	97,98 %	97,22 %	97,81 %

Para los años 2009 y 2010 no se cumplen los objetivos marcados aunque, debido a la ausencia de datos de DIRAYA, la información disponible no da una idea clara de la evolución de este indicador hasta el año 2010. A partir de 2011 se cumple el objetivo marcado.

Cobertura de planes individualizados de tratamiento -PIT- entre pacientes incluidos en el PAI Trastorno Mental Grave (Indicador 5.1.4.)

Los datos ofrecidos para el cálculo del PIT en 2009 y 2010 también se circunscriben a SISMA e incorporan datos DIRAYA a partir de 2011, igual que en el caso anterior. De nuevo, asumiendo el sesgo de contar con información parcial y con dos sistemas de información distintos como fuente para los datos, en la figura 6 se muestran las diferencias entre UGCS-M y se puede comprobar que muchas unidades superan el objetivo marcado para cada año.

Figura 6. Evolución de la distribución del porcentaje de pacientes incluidos en el PAI TMG que cuentan con PIT según UGCSM (2009-2013)²⁵



En la tabla 23 se resume el porcentaje medio de pacientes incluidos en el PAI TMG que cuentan con un PIT y se compara con el objetivo propuesto para ese año.

²⁵ En 2009 y 2010 no se ofrecen los valores de las UGC-SM que han volcando sus datos en DIRAYA y no en SISMA porque los registros eran muy recientes e inconsistentes. DIABACO no permitía en estos años detectar aún el uso de los PCT y PIT. En 2011 la mayor parte de los datos aportados provienen de DIRAYA y son suministrados por DIABACO. Sin embargo, se ha calculado el porcentaje de PIT en pacientes con TMG mezclando datos de DIRAYA y SISMA en el caso de la UGC-SM de Campo de Gibraltar y la UGC-SM del H.de Valme. La UGC-SM de Osuna aporta, aún en 2011, datos SISMA. Por otro lado, los datos de 2 UGC-SM no se han recogido (Intercentros de Huelva y Norte de Córdoba) por no cubrir la tasa mínima de pacientes TMG censados para medir este indicador o no disponer de datos para poder evaluar este indicador). En 2012 no se pueden evaluar las UGC-SM Campo de Gibraltar, Huelva, Norte de Córdoba y Osuna porque aún coexisten SISMA y DIRAYA y sus datos son inconsistentes. Por el mismo motivo, en 2013 no se pudo evaluar la UGC-SM Norte de Córdoba.

Tabla 23. Evolución de la distribución del porcentaje promedio de pacientes incluidos en el PAI TMG con PIT

	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Objetivo</i>	65 %	75 %	85 %	95 %	97 %
% Obtenido	74,91 %	83,62 %	92,88 %	96,65 %	98,07 %

En los años evaluados se superan los objetivos marcados. Sin embargo la falta de datos de un importante número de UGC-SM (en 2010 más de la mitad no tiene datos en SISMA) y los cambios en los sistemas de registro de datos (de SISMA a DIRAYA), no da una idea clara de la evolución de este indicador a lo largo de estos años.

Actividad de la Comisión Provincial Intersectorial SAS-FAISEM y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (Indicador 5.2.2)

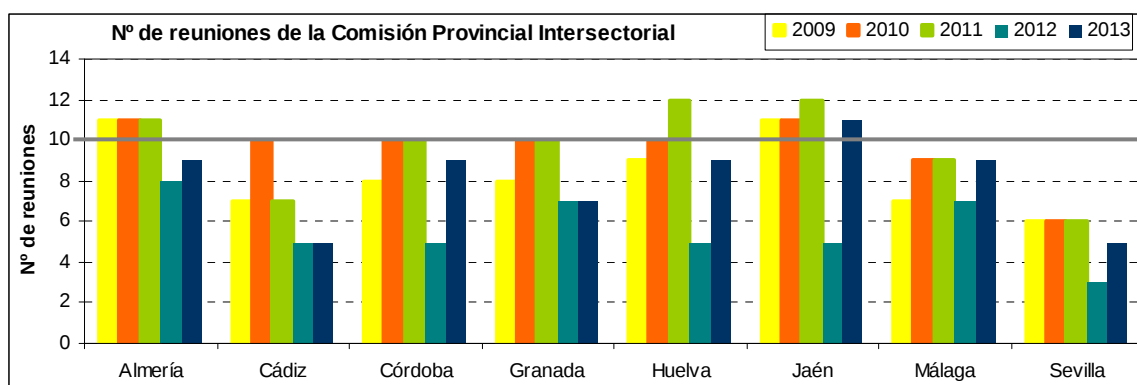
Como indicador de coordinación intersectorial se analiza el funcionamiento de las Comisiones provinciales intersectoriales. En la tabla 24 se resumen los resultados en los índices vinculados a este indicador.

Tabla 24. Cumplimiento de objetivos de funcionamiento de las Comisiones provinciales intersectoriales

		2009	2010	2011	2012	2013
Frecuencia media de reuniones anuales	<i>Objetivo</i>	10	10	10	10	10
	Obtenida	8,30	9,63	9,63	5,63	8,00
Porcentaje de reuniones con asistencia del 100% de sus miembros	<i>Objetivo</i>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Obtenido	87,50 %	97,73 %	100 %	100 %	100 %

Las Comisiones provinciales se están reuniendo con una periodicidad menor a lo marcado en el objetivo. Aunque mejoró la frecuencia de reuniones en 2010 y 2011, disminuyó bastante durante 2012 para recuperarse en 2013. En la figura 7 se pueden consultar las diferencias entre provincias y años y cuántas de estas comisiones superan el objetivo de las 10 reuniones anuales. Las diferencias reflejadas en esta figura hacen pensar en la necesidad de adaptar este objetivo a las necesidades y prioridades de las distintas UGC-SM y provincias en los distintos momentos del año.

Figura 7. Evolución de la distribución del número de reuniones anuales de las Comisiones provinciales intersectoriales (2009-2013)



En cuanto al nivel de asistencia, como medida de buen funcionamiento de las comisiones, decir que, tanto en 2009 como en 2010, 7 de las 8 comisiones consiguen el

100% de asistencia y en 2011, 2012 y 2013, todas las comisiones alcanzan la plena asistencia²⁶.

²⁶ En 2009 la Comisión de Cádiz no consiguió, en ninguna reunión, que asistiera un miembro en particular y en 2010 la Comisión de Jaén ha tenido una asistencia parcial en 2 de las 11 reuniones que ha mantenido. No hay información disponible sobre la asistencia en 2012.

Actividad de la Comisión Trastorno Mental Grave: Atención Primaria - Salud Mental - FAISEM (Indicador 5.2.3.)

En este apartado se evalúa la continuidad asistencial y la coordinación intersectorial en el marco de la atención a personas con TMG, a través de un indicador de funcionamiento de las Comisiones de TMG. Estas comisiones operan en el ámbito geográfico de cada UGC-SM. En la tabla 25 se recoge la distribución por años del número de comisiones TMG constituidas y el número medio de reuniones/año mantenidas por dichas comisiones.

Tabla 25. Evolución del cumplimiento de objetivos de funcionamiento de las comisiones de TMG

		2009	2010	2011	2012	2013
Frecuencia media de reuniones/año	<i>Objetivo</i>	10	10	10	10	10
	Obtenida	11,30	12,38	11,23	10,50	10,60
Nº de comisiones		23	26	26	26	26
Porcentaje de reuniones con asistencia del 100% de sus miembros	<i>Objetivo</i>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Obtenido	83,50 %	76,67 %	92,80 %	85,30 %	81,10 %

Hasta 2011 aumenta la frecuencia media de reuniones, incrementándose el número de comisiones que cumplen el objetivo de 10 reuniones anuales (13 comisiones en 2009, 21 en 2010 y 22 en 2011), para disminuir después (18 comisiones en 2012 y 15 en 2013).

El porcentaje de reuniones con el 100% de asistencia (nivel de asistencia medio), se mantiene cercano al 80% durante todo el periodo evaluado, mejora en 2011 para volver a descender los años posteriores.

En consonancia con esas oscilaciones el porcentaje de Comisiones TMG que consiguen que a todas sus convocatorias respondan el 100% de sus miembros crece hasta 2011 para caer posteriormente. El número de Comisiones que no consiguen el 100% de asistencia mejora hasta 2012 para volver a empeorar en 2013 (5 en 2009, 4 en 2010, 2 en 2011 y 2012 y 5 en 2013). La falta de asistencia sistemática de Atención Primaria en algunas UGC-SM es uno de los motivos fundamentales por los que no se consigue la plena asistencia a las reuniones, siendo esta una de las áreas de mejora en la implantación del PAI TMG.

Uso del Sistema de Información DIRAYA en los dispositivos de salud mental (Indicador 6.4.1.)²⁷

Este indicador evalúa la implantación de DIRAYA en los dispositivos de Salud Mental a través de una serie de índices de valoración relacionados, por un lado, con el uso del módulo de citación de este sistema de información y, por otro, con el módulo clínico.

La tabla 26 resume la evolución de los indicadores de valoración del uso del módulo de citación de DIRAYA en los años evaluados.

Tabla 26. Evolución de los índices de uso del módulo de citación de DIRAYA

		2009	2010	2011	2012	2013
Porcentaje de USMC que utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	<i>Objetivo</i>	50 %	80 %	90 %	95 %	99 %
	Obtenido	47 %	75 %	91 %	97 %	99 %
Porcentaje de USMI-J que utilizan el módulo de citación de DIRAYA (primeras y sucesivas)	<i>Objetivo</i>	No se evalúa	80 %	90 %	95 %	99 %
	Obtenido	No se evalúa	50 %	86 %	86 %	93 %

Según estos datos facilitados por INFHOS, ha aumentado el número de Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) que usan el módulo de citación, tanto para las primeras citas como para sucesivas (36 en 2009; 58 en 2010; 70 en 2011; 75 en 2012; y 76 en 2013)

Se produce un aumento continuado en el tiempo de USMC que se incorporan al uso del módulo de citación, con un crecimiento especialmente intenso en los tres primeros años. Se ha pasado de una situación en la que usaban dicho módulo menos de la mitad de las USMC a otra en la que sólo queda una unidad por utilizar ese módulo. En las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMI-J) el importante aumento en el uso del módulo de citación se ha quedado cerca de conseguir el objetivo final.

En la tabla 27 se presentan los índices de uso del módulo clínico de DIRAYA en los años evaluados. Se recogen para cada tipo de Unidad dos datos: 1) el porcentaje de hojas de

²⁷ Este indicador evalúa la mejora de procedimientos de atención a la Salud Mental, a través de la mejora de los sistemas de registro y explotación de la información asistencial (citación y registro de datos de la historia clínica). Interesaba evaluar tanto el funcionamiento en los dispositivos de segundo como en los de tercer nivel, pero el acceso a datos desagregados de uno y otro nivel es complicado, bien porque no aparecen desagregados o bien porque aún no se ha accedido a determinados módulos de DIRAYA en el tercer nivel. Por este motivo, durante el pilotaje el indicador propuesto inicialmente se modificó y se centró en evaluar el avance en los dispositivos de atención ambulatoria como Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) o en la Unidad de Gestión Clínica, agrupando los distintos dispositivos.

seguimiento de consulta del personal facultativo especialista de área (FEA) y 2) el porcentaje de hojas de seguimiento de consulta de todo el personal de la Unidad.

Tabla 27. Evolución de los índices de uso del módulo clínico de DIRAYA

		2009	2010	2011	2012	2013
Porcentaje de hojas de seguimiento de consulta sobre el total de consultas atendidas en diciembre por las UGC-SM	<i>Objetivo</i>	30%	50%	60%	70%	70%
	FEA	Sin datos ²⁸	46%	59%	65%	69%
	Total	33%	35%	42%	42%	45%
Porcentaje de hojas de seguimiento de consulta sobre el total de consultas atendidas en diciembre USMC	<i>Objetivo</i>	No se evalúa	60%	70%	80%	80%
	FEA	No se evalúa	46%	59%	65%	69%
	Total	No se evalúa	35%	42%	46%	48%
Porcentaje de hojas de seguimiento de consulta sobre el total de consultas atendidas en diciembre USMI-J	<i>Objetivo</i>	No se evalúa	60%	70%	80%	80%
	FEA	No se evalúa	36%	38%	34%	51%
	Total	No se evalúa	27%	29%	26%	38%

Estos índices pretendían medir el registro de datos de los/as pacientes atendidos en el módulo clínico de DIRAYA²⁹. En 2009, solo se pudo calcular 1 de los 3 índices, porque el sistema de información no permitía desagregar por dispositivos.

Según los datos de INFHOS y DIABACO, se observa como aumentan progresivamente las hojas abiertas en relación a las consultas registradas en el mes de diciembre en el módulo de citación de DIRAYA, a excepción de la inflexión en las USMI-J en 2012. Sin embargo, el aumento no permitió superar los objetivos marcados, salvo el inicial para las UGC-SM. Una de las posibles explicaciones a estos resultados está relacionada con la calidad de las fuentes de información, consideradas como una de las áreas que precisan de mejoras importantes³⁰.

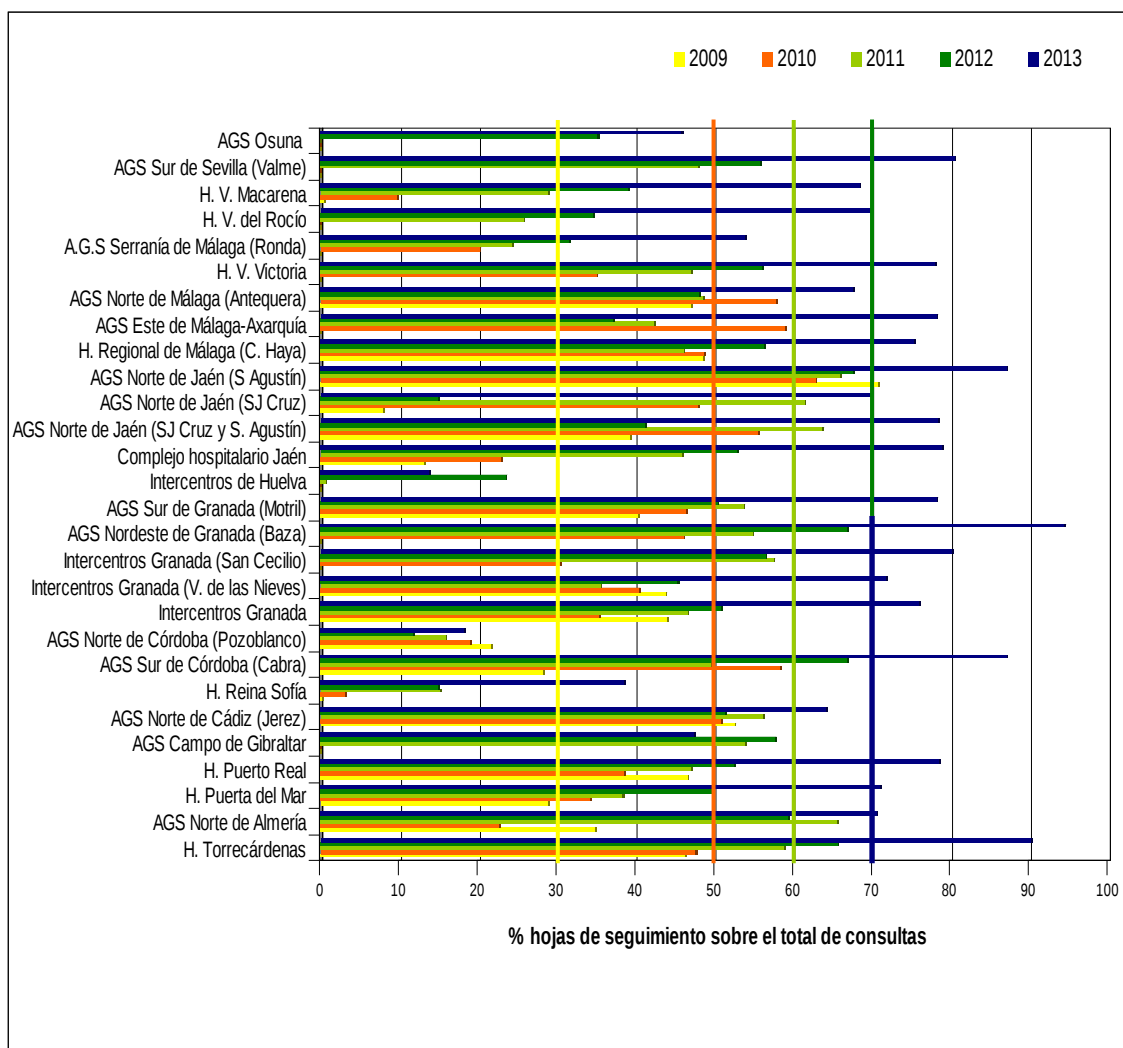
Los resultados del módulo clínico también son heterogéneos entre UGC-SM (incluso sin tener en cuenta aquellas que se habían incorporado recientemente a DIRAYA y que suelen tener valores más bajos). Esa distribución se puede ver en la figura 8.

²⁸ En 2009 los sistemas de información no permitían desagregar entre las consultas del personal facultativo de área (FEA) y las de todo el personal.

²⁹ Se consideró que para medir el grado en que un dispositivo de Salud Mental registra los datos de sus pacientes en el módulo clínico de DIRAYA, era necesario conocer el porcentaje de hojas de seguimiento de consultas sobre el total de consultas DIRAYA de un periodo de tiempo determinado (diciembre).

³⁰ Por ejemplo, la actividad grupal no se registra en las hojas de seguimiento de consulta en la mayoría de los casos, siendo esta una actividad asistencial bastante extendida en la red de salud mental.

Figura 8. Distribución por UGCSM del porcentaje de hojas de seguimiento de consulta sobre el total de consultas DIRAYA de diciembre, 2009-2013



Creación y desarrollo de estructuras de participación ciudadana de Salud Mental a nivel de Unidad de Gestión Clínica (Indicador 7.1.1.)

Este indicador pretende evaluar la participación activa de pacientes y familiares en la UGC-SM. Esta participación se mide a través de la creación y la actividad de estructuras que canalicen la contribución de estas personas³¹. En la tabla 28 se pueden consultar los resultados de este indicador. En todo el periodo de desarrollo del II PISMA se han superado los objetivos marcados, consiguiendo a partir de 2012 que todas las UGC-SM hayan creado una Comisión de Participación Ciudadana.

Tabla 28. Resultados del indicador de participación ciudadana en las UGC-SM

		2010 ³²	2011	2012	2013
Porcentaje de UGC.SM que han creado una Comisión de Participación Ciudadana	Objetivo	50 %	75 %	90 %	100 %
	Obtenido	76,92 %	77 %	100 %	100 %

³¹ Las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC-SM deben estar integradas, como mínimo, por profesionales de la unidad y representantes del movimiento asociativo de personas usuarias y familiares de su área de influencia (en 2012 y en base a la Resolución SA 0077/12 de la Dirección Gerencia del SAS, sobre participación ciudadana en las UGC, se han de incorporar dos ciudadanos/os de su área de influencia, elegidos al azar). Se considerará que se ha creado una estructura de participación cuando exista un documento (acta de constitución de la Comisión de Participación Ciudadana de la UGC-SM) en el que se definan los miembros de la comisión, sus responsables, sus funciones y la periodicidad de las convocatorias (que por defecto debería de ser como mínimo semestral).

³² Este indicador comienza a medirse a partir de 2010, puesto que en 2009 se estaba elaborando el documento para la creación de las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC-SM.

Diseño, desarrollo y publicación de resultados de un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo asociados en Andalucía. Estudio epidemiológico sobre Salud Mental en la Comunidad Andaluza (Indicador 8.1.1.)

Como respuesta a la necesidad de conocer la prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo asociados en Andalucía, se planteó la necesidad de realizar un estudio a nivel autonómico. Se ofrecen datos de este indicador hasta finales de 2013.

El indicador se marcó objetivos anuales con el fin de conseguir que en 2012 se pudieran tener datos de dicho estudio. En la tabla 29 se resumen los objetivos marcados para cada año y los resultados obtenidos.

Tabla 29. Resultados en indicadores sobre conocimiento de prevalencia de trastornos mentales

Año	Objetivo	Cumple	Observaciones
2009	<i>Elaboración protocolo estudio piloto</i>	Sí	Presentación de estudio piloto a convocatoria de investigación biomédica en septiembre de 2009.
	<i>Financiación para 1 provincia</i>	Sí	Financiado estudio piloto: 23 de diciembre ³³ .
2010	<i>Elaboración protocolo estudio 8 provincias</i>	Sí	Presentación de estudio regional a convocatoria de proyectos de investigación de excelencia en diciembre de 2010.
2011	<i>Financiación recogida de datos en 8 provincias</i>	Sí	Financiado estudio regional en febrero 2011 ³⁴ .
	<i>Trabajo de campo del pilotaje</i>	Sí	Finalizado trabajo de campo estudio piloto en julio 2011.
2012	<i>Trabajo de campo en 8 provincias</i>	No	El trabajo de campo del estudio regional aún no ha comenzado; se espera desarrollarlo entre el último trimestre de 2012 y finales de 2013
	<i>Comienzo análisis de datos y elaboración de informe o artículo</i>	No	Finalizado análisis e informe de estudio piloto.
2013	<i>Informe o artículo</i>	Sí	Finalizado trabajo de campo y análisis de estudio regional y en proceso de redacción de informe y artículos con resultados. Redactado informe estudio piloto.

³³ Estudio en provincia de Granada: Resolución: [Resolución de 23 de diciembre](#) de 2009, de la Secretaría General de Calidad y Modernización mediante la que se hacen públicas las subvenciones para la financiación de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía (BOJA nº 13, 2010). Número de expediente: PI-0322/2009. Investigador principal: Jorge Cervilla Ballesteros. Título del proyecto: Estudio Epidemiológico Sobre Salud Mental en la Comunidad Andaluza: Proyecto PISMA-Ep (Fase de Pilotaje en la Provincia de Granada). Centro de investigación: Hospital San Cecilio. Presupuesto del proyecto: 47.866,92 €.

³⁴ Estudio 8 provincias: Resolución: [Resolución de 25 de febrero](#) de 2011 de la Secretaría General de Universidades, Investigación y Tecnología por la que se conceden incentivos a proyectos de investigación de excelencia de las universidades y organismos de investigación de Andalucía. Modalidad proyectos de promoción general del conocimiento. Número de expediente: CTS-6682. Investigador principal. Jorge Cervilla Ballesteros. Título del proyecto: Estudio epidemiológico sobre salud mental PISMA-EP: Un estudio andaluz incluido en la iniciativa World mental health survey. Centro de investigación: Universidad de Granada. Presupuesto del proyecto: 143.539,50 €.

Desarrollo de la formación continuada en el marco del PISMA para profesionales de salud mental (Indicador 9.1.1.)

En relación a la formación como vehículo para orientar la práctica asistencial en línea con el modelo comunitario y las estrategias del II PISMA, se valoran varios elementos. El primer índice³⁵ que se evalúa es el número de ediciones de cursos planificados para profesionales de salud mental relacionados con prioridades del II PISMA. En la tabla 30 se resumen los principales datos relativos a este índice.

Tabla 30. Evolución de la oferta de cursos relacionados con objetivos del II PISMA

		2009	2010	2011	2012	2013
Nº de ediciones de cursos planificados ³⁶ en el marco del II PISMA		52	61	69	46	34
Nº de ediciones de cursos realizados en el marco del II PISMA		52	61	47	34	21
Porcentaje de cursos realizados sobre el total de cursos planificados	Objetivo	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Obtenido	100 %	100 %	68,1 %	73,9 %	61,8 %
Nº de plazas ocupadas en los cursos de formación		1.217	1.050	1.280	749	446

Otro aspecto que analiza este indicador es la presencia en actividades de formación de profesionales de las distintas UGC-SM (tabla 31). Encontramos que a la formación asisten profesionales del 100% de UGC-SM, excepto en 2011 y 2013 en Serranía de Málaga y en 2013 en Norte de Almería, ambas de reducido tamaño, que no cuentan con ningún profesional en la oferta formativa de dichos años.

Existen UGC-SM con mayor participación en la formación en determinados años pero se compensan con otros años de baja participación. En 2013 y teniendo en cuenta los datos de plantilla, se produce una homogeneización en las tasas de participación entre UGC-SM. Es reseñable también el importante número de profesionales en la categoría “Otros” para los años 2010 y 2011, que tiene que ver con la presencia de alumnado ajeno a la red de salud mental del SAS, es decir, Atención Primaria, FAISEM, Servicios Sociales, Educación, Justicia, Asociaciones, etc.

³⁵ Este indicador incorpora, exclusivamente, la formación continuada del SAS y los cursos concertados con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), pero no incluye la oferta propia de las Áreas Hospitalarias o Áreas de Gestión Sanitaria, que entre los/as destinatarios/as incluyan a profesionales de la red de Salud Mental.

³⁶ Estos cursos incluyen todas las actividades formativas con cargo a los presupuestos del año en curso (independientemente de su fecha de realización).

Tabla 31. Evolución del nº de plazas ocupadas por UGC-SM de la oferta formativa 2009-2013³⁷

UGC-SM	2009	2010	2011	2012	2013
H. TORRECARDENAS	55	31	67	38	12
A.G.S. NORTE DE ALMERIA (Huércal-Overa)	5	8	3	3	-
H. PUERTA DEL MAR	6	7	6	3	4
H. PUERTO REAL	66	15	44	17	17
A.G.S. CAMPO DE GIBRALTAR	8	3	17	5	4
A.G.S. NORTE DE CADIZ (Jerez)	58	17	46	29	20
H. REINA SOFIA	38	27	68	40	39
A.G.S. SUR DE CORDOBA (Cabra)	15	26	27	48	19
A.G.S. NORTE DE CORDOBA (Pozoblanco)	4	5	7	6	6
INTERCENTROS GRANADA (V. de las Nieves y S. Cecilio)	115	49	103	96	36
A.G.S. NORDESTE DE GRANADA (Baza)	10	15	15	45	7
A.G.S SUR DE GRANADA (Motril)	21	10	21	11	7
INTERCENTROS PROVINCIA DE HUELVA	17	18	36	27	20
COMPLEJO HOSP. DE JAEN	38	40	40	27	9
A.G.S. NORTE DE JAEN (S. J. Cruz y S. Agustín)	22	15	22	21	5
H. REGIONAL DE MALAGA	116	43	43	22	14
A.G.S. ESTE DE MALAGA-AXARQUIA	15	16	19	7	4
A.G.S NORTE DE MALAGA (Antequera)	8	10	5	4	1
H. V. DE LA VICTORIA	61	34	77	40	45
A.G.S SERRANIA DE MALAGA (Ronda)	2	2	-	1	-
H. V. DEL ROCIO	111	40	68	86	54
H. V. MACARENA	49	21	30	13	5
A.G.S. SUR DE SEVILLA (Valme)	94	17	33	23	20
A.G.S OSUNA	10	2	2	2	1
OTROS	273	579	481	135	97
TOTAL	1.217	1.050	1.280	749	446

Un tercer elemento de este indicador explora a quién llega la oferta formativa por categoría profesional de la red de profesionales de salud mental del SAS (tabla 32). En el periodo evaluado se ofrece formación a todas las categorías profesionales, salvo en 2010 y 2011 para la categoría de celador/a. Teniendo en cuenta los datos de plantilla, la presencia es menor (menos del 5%) en las categorías de auxiliar de enfermería (años 2010 y 2013), monitor/a ocupacional (años 2010 y 2012), administrativo/a (años 2010, 2011, 2012 y 2013) y celador/a (2010, 2011 y 2013).

³⁷ Los datos de la UGC-SM Torrecárdenas incluyen a los del Área Integrada de Gestión de Salud Mental de la E. P. Hospital de Poniente de Almería. En 2012 se unen las UGC-SM de los hospitales San Agustín de Linares y San Juan de la Cruz de Úbeda. A finales de 2013 también se unen las UGC-SM de los hospitales V. de las Nieves y S. Cecilio, ambos de Granada. En el apartado de "Otros" se incluyen profesionales de Atención Primaria y del Programa de Salud Mental del SAS, FAISEM, Servicios Sociales, Educación, Justicia, Asociaciones, etc.

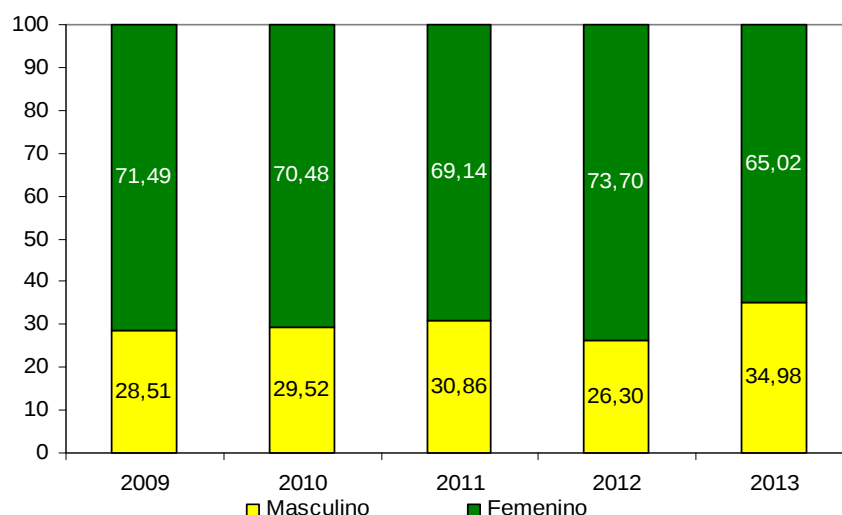
Tabla 32. Evolución del nº de plazas ocupadas por categoría profesional de la red de salud mental del SAS, de la oferta formativa 2009-2013³⁸

Categoría profesional	2009	2010	2011	2012	2013
Psiquiatría	210	122	210	99	83
Psicología Clínica	218	156	147	99	48
Enfermería	217	395	294	241	129
Terapia Ocupacional	28	15	29	25	18
Trabajo Social	87	88	85	52	25
Auxiliar de Enfermería	101	4	44	71	22
Monitor/a Ocupacional	59	3	16	4	7
Administrativo/a	25	1	4	2	1
Celador/a	10	-	-	9	1
Profesional en formación (PIR/MIR/EIR)	70	49	42	42	30

Por sexo, como se puede ver en la tabla 33 y la figura 9, la mayor parte del alumnado fueron mujeres. La proporción por sexos es muy similar a la de la plantilla de profesionales de la red de Salud Mental (66,3% mujeres y 33,7% hombres)³⁹.

Tabla 33. Evolución del nº de plazas ocupadas por sexo de la oferta formativa 2009-2013.

Sexo	2009	2010	2011	2012	2013
Mujer	870	740	885	552	290
Hombre	347	310	395	197	156
TOTAL	1.217	1.050	1.280	749	446

Figura 9. Evolución de la distribución de las plazas ocupadas por sexo de la oferta formativa 2009-2013.

³⁸ En los datos por categorías profesionales se incluyen un nº reducido de plazas ocupadas por profesionales ajenos a la red de salud mental del SAS.

³⁹ Datos de consulta en base de datos nominativa realizada en agosto de 2010.

En el apartado IV del presente informe (línea estratégica de Formación y Desarrollo Profesional), se recogen los contenidos principales de las acciones formativas realizadas durante el periodo 2018-2013.

Oferta de programas dirigidos a fomentar la accesibilidad a los servicios de Salud mental de las personas con Trastorno Mental Grave en situación o riesgo de exclusión (Indicador 10.1.1.)

El último indicador clave valora los intentos de mejorar la accesibilidad de personas con TMG en riesgo o en situación de exclusión social, a los servicios de Salud mental. La evaluación se hace a través del seguimiento de la implantación de programas de atención dirigidos a esta población⁴⁰ en las UGC-SM.

Este indicador se mide a partir de 2010 y en la tabla 34 se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 34. Porcentaje de UGC-SM que han implantado al menos 1 programa de atención dirigido a un colectivo de personas con TMG en riesgo o situación de exclusión.

		2010	2011	2012	2013
Número de UGC-SM	<i>Objetivo</i>	8	16	25	25
	Obtenido	16	16 ⁴¹	21	22
Porcentaje de UGC-SM	<i>Objetivo</i>	30 %	60 %	95 %	95 %
	Obtenido	61,5 %	61,5 %	80,8 %	84,6 %

El número de UGC-SM que han implantado programas dirigidos a fomentar la accesibilidad a los servicios de Salud Mental de las personas con TMG o riesgo de exclusión, ha aumentado a lo largo del periodo analizado pero algo por debajo de lo esperado. Una de las razones que podrían explicar estos resultados está relacionada con la situación geográfica y/o tamaño de algunas UGC-SM no ubicadas en ciudades grandes y en las cuales no se perciben problemas de acceso a los servicios para esta población.

⁴⁰ Programa de atención específico para colectivos en situación o riesgo de exclusión implantado: Se considerará que un programa está implantado cuando exista una memoria de las actividades desarrolladas, al menos al final del programa. Para considerarse programa debía existir un documento, al menos con objetivos y actividades, dirigido a facilitar el acceso de los colectivos con mayor presencia o problemática más grave en la zona de referencia de la UGC-SM. En las UGC-SM con menos población en riesgo o situación de exclusión social, los programas se pueden compartir con otras de su entorno geográfico.

⁴¹ La UGC-SM del H. Puerta del Mar ha realizado distintas actividades con personas con TMG sin vínculos familiares, pero al no contar con un programa con objetivos y actividades, no se ha contabilizado como programa específico.

4. Conclusiones

1. El total de objetivos ligados a las prioridades del II PISMA, incluidos en los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC), ha sido inferior a lo deseado y sin tendencia de incremento en el periodo evaluado. La inclusión en los AGC del 100% de los objetivos planteados por el PISMA y propuestos por la Dirección Gerencia del SAS ocurre en el 31 % de las UGC-SM en 2010; incrementándose hasta el 69 % en 2011 y disminuyendo hasta el 42 % y 40 % los años 2012 y 2013, respectivamente. Estos datos reflejan, por un lado, el escaso margen que muchas UGC-SM han tenido para incorporar objetivos que no fueran los generales propuesto por las Direcciones Gerencias de Hospitales o Áreas de Gestión Sanitaria, aunque también, que hayan existido algunas discrepancias en la elección de los objetivos comunes para todas las UGC-SM. No obstante, conviene resaltar que la media del número de objetivos propuestos por el PISMA incluidos en los AGC del conjunto de las UGC-SM es alto: 67 % en 2010, 83 % en 2011, 64 % en 2012 y 73 % en 2013, lo que indica un alto nivel de compromiso de las UGC-SM con los objetivos del PISMA.

El objetivo que ha generado mayor adhesión en el periodo evaluado ha sido la elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento para pacientes con TMG, con un mínimo del 88 % y un máximo del 96 % de UGC-SM que lo incorporan a sus AGC. Le siguen los objetivos relacionados con los Procesos Asistenciales Integrados “Ansiedad, Depresión, Somatizaciones” y “Trastornos del Espectro Autista” y, en 2012, las intervenciones en poblaciones de riesgo (infancia y adolescencia en riesgo, población inmigrante, sin hogar...)

2. En el ámbito de la promoción y la prevención, el desarrollo de iniciativas de promoción de la salud mental a través del Programa Forma Joven (basada en la estrategia de sensibilización de la salud mental en las aulas “Lo hablamos”) cumple los objetivos planteados. Este programa, diseñado y pilotado en 2009, se ha implantado a través de una estrategia de formación de formadores. En primer lugar se formaron a profesionales de la red de salud mental y posteriormente se realizaron 34 cursos dirigidos a personal de AP de Forma Joven. Sin embargo no se ha podido evaluar la implantación de esta actividad específica, ya que el sistema de registro de las actividades de Forma Joven no lo permite. Un área de mejora detectada en este ámbito es la necesidad de potenciar la cooperación entre profesionales de las UGC-SM y los Puntos Forma Joven, formados por profesionales de Atención Primaria y de Educación.
3. En relación a la promoción de hábitos de vida saludable en personas con TMG, tras una tendencia creciente que ha superado año a año los objetivos marcados, un

96,2% de las UGC-SM ofertan en 2013 programas de promoción de hábitos de vida saludable con unos criterios mínimos de calidad (al menos 4 sesiones sobre alimentación, tabaquismo y actividad física) a personas con TMG en el 90% de sus USMC. En el 2010 se hizo el análisis de la situación para dos documentos técnicos en este ámbito. El primero está centrado en la promoción de actividad física y alimentación equilibrada. El segundo revisó las intervenciones, desde los servicios sanitarios, de promoción y protección de la salud, fomentando los hábitos de vida saludable, en un sentido más amplio. Por la complejidad del análisis de situación y de las recomendaciones, el primer documento se terminó en 2011, y el segundo en 2012. Estos documentos están sirviendo de referencia para impulsar nuevas actuaciones y revisar y mejorar los programas actualmente implantados.

4. La estrategia de formación sobre Género y Salud Mental, acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), ha llegado principalmente a mujeres y personal de Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería. Cumpliendo con recomendaciones de años anteriores, se reforzó la asistencia de categorías como la de Psiquiatría, dentro de la red de Salud Mental, y de personal facultativo y de Trabajo Social de Atención Primaria. Sin embargo, no se pudo aumentar, de una forma mantenida, la presencia de hombres.

En relación a la distribución por UGC-SM, se mejoró el número de unidades que cuentan con alumnado en estos cursos hasta 2011 (10 en 2009, 14 en 2010 y 18 en 2011). La disminución de la oferta de cursos centralizados en 2012 y 2013, debido a las limitaciones presupuestarias para desplazamientos del alumnado, restringe la participación en estos años a los profesionales de las UGC-SM organizadoras (2 unidades en 2012 y 1 en 2013) y reduce el número de alumnos a niveles solo superiores a 2008.

5. En cuanto a la creación de recursos sanitarios y sociales que refuercen la atención comunitaria, se ha conseguido aumentar la oferta de Hospitales de Día del SAS (de 260 a 340 plazas) y de Centros de Día de FAISEM (de ninguna a 1.195 plazas), aunque las plazas en hospitalización de día se han quedado 20 plazas por debajo del objetivo final. En el apartado siguiente, en los avances realizados en la línea estratégica “Red sanitaria, modelo organizativo y cartera de servicios”, se detallan los retos planteados en el II PISMA en cuanto a incremento de recursos y los % de consecución. Las limitaciones presupuestarias de los últimos años han mermado el crecimiento planificado inicialmente.
6. En relación al desarrollo de los planes de tratamiento en el marco de los procesos asistenciales integrados (PAI), el cambio de sistemas de información ha imposibilitado ver el comportamiento de los indicadores de % de planes de tratamientos de los PAI ADS y TMG a lo largo de estos años, si bien desde 2011, los

datos que aporta DIRAYA son positivos, aumentando progresivamente en 2012 y 2013 (en 2013 por encima de 97% y 98%, respectivamente). Estos datos hay que tomarlos con cautela, dado que el procedimiento para registrar los planes de tratamiento no ha contado con los correspondientes estándares de calidad debido a las limitaciones técnicas de la Historia Clínica de Consultas Externas de DIRAYA. Teniendo en cuenta esta limitación, los datos hacen pensar en los beneficios de complementar las estrategias locales de implantación de ambos procesos asistenciales, con la incorporación de objetivos de buenas prácticas en los AGC.

7. En cuanto al funcionamiento de las Comisiones Provinciales Intersectoriales, la frecuencia media de reuniones queda por debajo de las 10 marcadas inicialmente en el objetivo, si bien esta cifra puede que no fuera muy realista, si tenemos en cuenta las necesidades y prioridades de las diferentes UGC-SM y provincias, en los distintos momentos del año. El nivel de asistencia sí mejora de forma progresiva alcanzando el 100% en las 8 comisiones al final del periodo evaluado.

La frecuencia de reuniones de las Comisiones TMG se mantiene durante todo el periodo por encima de la frecuencia mínima deseada (10 reuniones anuales), aunque el funcionamiento era muy dispar entre UGC-SM, especialmente al principio del periodo evaluado, existiendo Comisiones que mantienen una frecuencia muy superior a la esperada y con un alto nivel de asistencia, frente a otras comisiones que se convocan con una frecuencia muy baja y aún así no obtienen una buena asistencia. El porcentaje de asistencia, salvo la mejora producida en 2011, se mantiene a lo largo de todo el periodo evaluado cercano al 80%, siendo el motivo principal para no conseguir el 100% en algunos casos, la no participación de profesionales de Atención Primaria. Este aspecto se ha identificado como área de mejora en la implantación del PAI TMG.

8. La participación ciudadana, evaluada a través de la creación de estructuras de participación en las UGC-SM, ha arrojado resultados por encima del objetivo durante todo el periodo, consiguiendo que en 2012 todas las UGC-SM contasen con una Comisión de Participación Ciudadana conforme a los requisitos exigidos.
9. En la línea de evaluación y sistemas de información, el acceso y el uso de los módulos de citación y clínico de DIRAYA ofrecía datos poco consistentes, debido a las propias limitaciones de la implantación del sistema de información en Salud Mental⁴². Por ello se seleccionó como objetivo prioritario la incorporación al uso del módulo de citación DIRAYA para primeras citas y sucesivas de Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil

⁴² En el periodo evaluado se ha producido el proceso de sustitución de SISMA a DIRAYA. Los datos aparecen agregados por UGC-SM hasta 2009.

(USMI-J). Destaca el importante incremento en el porcentaje de dispositivos que se incorporan al uso del módulo de citación en el periodo evaluado (USMC: del 47% en 2009 al 99% en 2013; USMI-J: del 50% en 2010 al 93% en 2013), aunque en el caso de las USMI-J no se llegan a alcanzar los objetivos marcados, que pretendían llegar al 99% en 2013.

Respecto al uso del módulo clínico, medido a través del porcentaje de hojas de seguimiento de consulta sobre el total de consultas atendidas, se experimenta una mejora aunque casi siempre por debajo de los objetivos marcados. Este incremento es más moderado (e incluso sufre regresiones) conforme la incorporación de los dispositivos al uso de dicho módulo es más reciente (los últimos dispositivos en incorporarse han sido las USMI-J).

10. En la línea de formación y desarrollo profesional, se ha conseguido hasta 2011 realizar una oferta creciente de cursos relacionados con las prioridades del II PISMA⁴³ y conseguir una mejora en la distribución por sexo, categorías profesionales y UGC-SM.

El alumnado en el periodo evaluado es en una amplia mayoría femenino (entre el 65 y el 74%) correspondiendo con la proporción de mujeres en la red de Salud Mental. La oferta llega a todas las categorías profesionales de la red de Salud Mental, aunque en menor medida para Auxiliares de Enfermería, Monitores Ocupacionales, Administrativos y Celadores. También se incorporan profesionales de Atención Primaria, FAISEM, Servicios Sociales, Educación, Justicia, Asociaciones, etc., especialmente en 2010 y 2011.

Por último, se ha conseguido que las acciones formativas lleguen a profesionales de todas las UGC-SM. Sin embargo, hay diferencias entre unidades. A lo largo del periodo evaluado, la mayor presencia de alumnado de determinadas UGC-SM frente a otras, se ha ido compensando con otros años de baja participación.

11. En investigación, se ha finalizado el trabajo de campo y el análisis del estudio regional de prevalencia sobre trastornos mentales y factores de riesgo en Andalucía, habiéndose finalizado con anterioridad el estudio piloto realizado en la provincia de Granada. Próximamente se publicarán dos artículos sobre metodología y resultados del estudio regional.
12. El 85% de las UGC-SM cuentan con programas dirigidos a fomentar la accesibilidad a los servicios de salud mental de colectivos de personas con TMG en riesgo de

⁴³ En la tabla 49, se recogen los contenidos principales de las acciones formativas realizadas durante el periodo 2018-2013, ordenados en función del nº de plazas ocupadas.

exclusión (frente al 61,5% en 2010). La posibilidad de ofertar estos programas en coordinación con otras UGC-SM de la zona geográfica de referencia, ha facilitado probablemente el acceso. Sería importante contar con otros datos de la implantación como, por ejemplo, los colectivos específicos a los que van dirigidos, los objetivos principales y las actividades desarrolladas.

IV.- PRINCIPALES AVANCES DEL II PISMA

El II PISMA ha desarrollado desde su puesta en marcha una serie de iniciativas vinculadas a los diferentes objetivos y actividades previstas en sus 15 líneas estratégicas. A continuación se presenta un resumen de las principales acciones realizadas⁴⁴ durante el periodo 2008-2013.

1. Información y comunicación en salud mental

- o Estrategia andaluza contra el estigma “1decada4”, que desarrolla la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, con el apoyo del Grupo Andaluz de Sensibilización en Salud Mental, formado por representantes de la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES-Andalucía), la Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (En Primera Persona), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) y el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En el marco de esta iniciativa intersectorial, coordinada por el PISMA en colaboración con la EASP y puesta en marcha en el anterior Plan Integral, se han desarrollado acciones dirigidas tanto a la población general como a determinados públicos específicos, seleccionados por su papel fundamental para invertir los procesos de discriminación y exclusión social⁴⁵. Las siguientes acciones, desarrolladas en el marco de “1decada4” complementan las iniciativas de lucha contra el estigma y en favor de la recuperación e inclusión social desarrolladas por las organizaciones y entidades que forman parte de la estrategia:

- Actualización permanente de la página Web www.1decada4.es, que se ha convertido en un espacio de referencia sobre estigma y enfermedad mental en países de habla hispana. Como datos relevantes, destacar la incorporación de

⁴⁴ Los materiales, documentos y publicaciones que se mencionan a continuación, así como los enlaces a espacios Web para ampliar información, están disponibles a través del apartado de Salud Mental en la Web del SAS <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>.

⁴⁵ Las acciones llevadas a cabo por la estrategia “1 de cada 4” han tenido repercusión dentro y fuera de Andalucía, habiéndose incluido como buena práctica en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y en las acciones desarrolladas por la Comisión Europea en el marco del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar.

nuevas secciones: Recuperación; Ética, Derechos Humanos y Salud Mental; Estigma y Atención a la Salud Física; Adolescencia y Estigma; etc.

- Exposición itinerante “No decidas por la cara, las apariencias engañan”, que rotaron durante dos años por centros de salud, hospitales y en distintas actividades de sensibilización organizadas por FAISEM y FEAFES-Andalucía. En la actualidad, siguen utilizándose en diferentes centros sanitarios y eventos sobre salud mental.
- Publicación de varios artículos de opinión en prensa: El País, Ideal de Granada y Grupo Joly (Diario de Sevilla, Diario de Cádiz, Málaga Hoy, El Día de Córdoba, etc.)
- Edición y difusión de un vídeo-documental “Estigma y Salud Mental”, con opiniones de personas con enfermedad mental, familiares, profesionales y ciudadanía. En el documental se abordan, tanto las falsas creencias y prejuicios y como éstos influyen en el proceso de recuperación, como el hecho de que muchas personas se recuperan a pesar de la enfermedad.
- III Jornadas de Salud Mental y Medios de Comunicación en la Facultad de Comunicación de la Universidad de Sevilla.
- Nuevas ediciones de los talleres de sensibilización para periodistas y estudiantes de ciencias de la comunicación.
- Publicación por FAISEM de la segunda edición de la guía de sensibilización “Las personas con enfermedad mental grave y los medios de comunicación: recomendaciones para una información no discriminatoria”.
- Publicación y difusión del documento “La experiencia importa. Comunicación y trato en los servicios de salud mental”, que pretendía provocar una reflexión sobre la comunicación y el trato que se presta a los pacientes y familiares en los servicios, mediante preguntas, breves contenidos y citas literales que reflejan por qué esos temas son importantes para ellos.
- Cursos de formación para profesionales sanitarios, concertados con la EASP, sobre estigma y recuperación en general y específicamente, sobre estigma y adolescencia.
- Edición y difusión de un vídeo-documental sobre la falta de atención a la salud física de las personas con enfermedad mental causada por el estigma. A través de las opiniones de profesionales, personas usuarias y familiares se propone una reflexión sobre como la salud general de las personas con enfermedad mental puede mejorarse de forma notable con la toma de conciencia de las y

los profesionales de atención primaria y especializada, urgencias y hospitalización. Las UGC-SM se han encargado de realizar actividades formativas tipo video forum con los distintos colectivos de profesionales, tras haberse priorizado en sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica.

- Programa “LO HABLAMOS - Sensibilización sobre salud mental en las aulas”, que se materializa en talleres para promocionar la salud mental entre los jóvenes y sensibilizar sobre la discriminación que padecen las personas con enfermedad mental, implantado a través de la estrategia de Forma Joven en los Institutos de Educación Secundaria de Andalucía.
 - Se han editado y difundido tres videos de sensibilización e información sobre la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno límite de personalidad.
 - Apoyo al fortalecimiento del movimiento asociativo de pacientes autogestionados, con la finalidad de combatir el autoestigma, fomentar el apoyo mutuo y favorecer la recuperación de las personas afectadas. En una primera etapa, tanto desde FAISEM como desde el SAS, apoyando con distintas actividades y proyectos la creación y mantenimiento de nuevas asociaciones y de una federación andaluza que las aglutinase, y posteriormente con la firma de convenios con las asociaciones y la nueva federación para el desarrollo de actividades en el seno de las mismas.
 - Fomento de las acciones locales mediante la convocatoria del premio a la mejor iniciativa contra el estigma, lanzada de manera conjunta por FEAFES-Andalucía, En Primera Persona, EASP, FAISEM y SAS.
 - Participación en diferentes foros internacionales con la finalidad de compartir conocimientos y experiencias y aunar esfuerzos en la lucha contra el estigma. Esta colaboración internacional ha cristalizado en la creación de una red mundial de iniciativas contra el estigma “*Global Alliance Against Stigma*”, de la que forma parte “1decada4”.
- o Actuaciones de repulsa impulsadas y coordinadas por FAISEM y FEAFES-Andalucía, en denuncia del espectáculo denominado el “Manicomio de los Horrores”, que incorporaba contenidos ofensivos en la publicidad y en el propio espectáculo, sobre las personas con enfermedad mental. Los actos de protesta tuvieron lugar en Sevilla, Málaga, Córdoba y Almería.
 - o Jornadas culturales organizadas por FAISEM en octubre de 2009, en los Reales Alcázares de Sevilla. Esta actividad cultural incluyó una exposición de dibujo, pintura, escultura y fotografía con el título “Representaciones que habitan el alma. La vida de los sueños”, en el que participaron alrededor de trescientas personas, y

un ciclo de conferencias en torno al tema de las representaciones sociales de la enfermedad mental, a la vez que se presentaron obras en el ámbito del cine, el teatro, la poesía o la música.

- o FAISEM ha apoyado las representaciones teatrales a cargo del Grupo de Teatro del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y la campaña Zeroestigma que desarrolla FEAFES-Andalucía. Asimismo, se han mantenido los programas de radio desarrollados por usuarios y usuarias, fundamentalmente en el programa “Romper Barreras” de Onda Azul de Málaga y en “El Bosque Desierto”, que cuenta con la colaboración de profesionales de FAISEM, la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Jaén y la asociación de familiares APAEM.
- o En la IV Edición del Premio Andaluz de Buenas Prácticas en la Atención a la Discapacidad, convocado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, se otorgó un premio al Ayuntamiento de Cabra, como Ciudad Libre de Estigma, en la modalidad aceptación de las diferencias. Este galardón se otorga por el desarrollo de actividades deportivas y culturales, como el Campeonato Andaluz de Fútbol y el Campeonato Mediterráneo de Fútbol 7, dirigido a usuarios, familiares y profesionales, que el Ayuntamiento desarrolla en estrecha colaboración con FAISEM.
- o De especial relevancia fue la presentación en el primer trimestre de 2012 del documental elaborado por FAISEM “Sueño Igual que Tú”. Con una duración de 42 minutos, el documental se estrenó, con la participación de los protagonistas, en salas comerciales de cine y otros espacios culturales en las ocho capitales andaluzas, con la asistencia de unas 2.000 personas.
- o También hay que destacar el Taller de Cortometraje de FAISEM, cuyo trabajo final “ALAS ROTAS”, cortometraje íntegramente realizado por personas con problemas de salud mental, recibió un premio en la Muestra de Cine y Discapacidad de Málaga y el Taller de Teatro y Guión Cinematográfico de Jaén.
- o En Mayo de 2013 se presentó en Sevilla el evento cultural “HECHIZOFRENIA”, al que asistieron 400 personas. El elenco de artistas lo compusieron usuarios y usuarias del ámbito de la salud mental, familiares, monitores y monitoras de FAISEM, y otros profesionales de la música, la danza y la televisión, que se sumaron a esta iniciativa de forma solidaria. En relación a esta iniciativa, organizada por FAISEM, se elaboró un documental “Hechizofrenia, saldrás encantado”, que refleja en 20 minutos las expectativas de los artistas antes de sus respectivas intervenciones; los ensayos; el saludo de las delegaciones europeas presentes, lo más destacado de las actuaciones musicales, de danza y humor y el respaldo unánime del público asistente.

- o FAISEM ha colaborado en la realización de distintos programas de radio y televisión, fundamentalmente a través de Informativos de Canal Sur, 75 minutos, Solidarios, Reporteros, Programa REPOR de TVE-1, Andalucía Sin Barreras Radio, Canal Plus, Informativos Cuatro, etc.
- o Presentación de los resultados del estudio de investigación realizado por FAISEM “La Salud Mental en la población general: Imágenes y realidades en Andalucía”, centrado en las actitudes sociales sobre la enfermedad mental, que posteriormente fueron publicados en una revista especializada.
- o Todas las organizaciones implicadas en la Estrategia Andaluza contra el Estigma “1decada4” participaron en el I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental, organizado por la Universidad de Almería en Noviembre de 2012.
- o Se han publicado diferentes artículos en revistas especializadas nacionales e internacionales, con participación de profesionales de FAISEM, EASP y SAS, destacando el monográfico sobre el estigma en la enfermedad mental coordinado por FAISEM, de la revista electrónica “Psychology, Society & Education” en Noviembre de 2012.
- o De cara a facilitar la comunicación interna entre profesionales de salud mental, se ha reactivado la plataforma de COMUNICA SALUD MENTAL, en el entorno “e _ atención al profesional” de la pagina Web del SAS, emitiéndose periódicamente dossier informativos (a finales de diciembre de 2013 se habían emitido 15). En este entorno virtual se ha introducido un apartado de Formación que permite gestionar todas las actividades formativas organizadas por el Programa de Salud Mental, siendo accesible para cualquier profesional de salud mental que tenga interés y quiera participar en la misma.

2. Promoción de salud

2.1. Promoción de la salud mental en la población

- o Edición y difusión de diversos materiales para el afrontamiento saludable de dificultades de la vida cotidiana, en colaboración con la EASP.
- o Diseño e implantación de los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE), para personas con malestar emocional inespecífico que quieran aprender a utilizar sus recursos personales, así como aquellos disponibles en su entorno, para tomar el control de su salud y mejorar su calidad de vida. Este proyecto,

basado en una experiencia previa desarrollada en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga, en colaboración con la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga, ha pasado a formar parte del conjunto de estrategias de promoción de la salud que lidera la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública (SGCISP) de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales⁴⁶.

En 2011 se realizó la formación de formadores y se editaron los manuales; en 2012 se desarrolló la formación a nivel provincial y comenzaron a realizarse los grupos en los Centros de Salud; y en 2013 se creó la plataforma virtual y se inició una nueva línea de formación destinada a mejorar las habilidades de manejo de grupos en el ámbito de los GRUSE. En 2013 se han realizado 393 ediciones GRUSE en 292 UGC de Atención Primaria, de las que se han beneficiado, finalizando la edición correspondiente, 3.027 mujeres.

De cara al futuro de la estrategia GRUSE, están previstas las siguientes actuaciones:

- Consolidar la estrategia GRUSE en la cartera de servicios de AP, y de manera específica, ofertar una línea de formación virtual para nuevos profesionales de AP que vayan a desarrollar grupos GRUSE, y continuar con la sensibilización de profesionales de medicina de familia para potenciar su colaboración en la derivación de casos;
 - Extender esta estrategia a otros grupos de población (hombres desempleados y/o en riesgo de exclusión como consecuencia de la actual coyuntura de crisis económica, personas mayores, etc.);
 - De manera paralela, extender esta estrategia a otros sectores (servicios sociales comunitarios, organizaciones ciudadanas e instituciones que atienden a colectivos en riesgo de exclusión, etc.); y
 - Seguir virando la estrategia hacia la potenciación de activos para la salud, sobre todo los comunitarios, haciendo especial hincapié en la reducción de desigualdades.
- o Apoyo y seguimiento a las acciones destinadas a fomentar una parentalidad saludable y un desarrollo positivo adolescente, en las que trabaja en la actualidad la SGCISP. Estas acciones se implantarán a través del futuro Programa de Salud Infantil y Adolescente y del programa Forma Joven.
 - o En el marco del programa de Promoción de Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) que desarrolla la SGCISP, se está abordando el afrontamiento del estrés laboral, junto a la promoción de la actividad física, la alimentación equilibrada, la prevención del tabaquismo y el apoyo a las personas que quieran dejar de fumar.

⁴⁶ La estrategia GRUSE-M ha sido incluida en el banco de buenas prácticas de la Comisión de Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

- o Desarrollo de acciones formativas sobre promoción de la salud mental y el bienestar emocional, en colaboración con la EASP, para profesionales de la red de salud mental.
- o En los últimos años, se han incorporado a estas acciones formativas profesionales de atención primaria y, en 2013, profesionales del ámbito educativo, a través de una actividad colaborativa. Desde las consejerías de Educación, Cultura y Deporte e Igualdad, Salud y Políticas Sociales se desarrolla una estrategia global para el abordaje de la Promoción de la Salud en contextos educativos que, en el proceso de desarrollo de la misma, ha incidido en el bienestar emocional de las personas que comparten procesos de aprendizaje en los centros docentes andaluces. Para potenciar las acciones que favorezcan esa estrategia, durante el primer trimestre del año 2013 se celebró un encuentro formativo que ha potenciado el intercambio de conocimientos y experiencias, así como el diseño de intervenciones colaborativas en las áreas de “Aprender a sentir”, “Aprender a ser”, “Aprender a convivir”, “Aprender a pensar” y una 5ª línea de trabajo sobre promoción de la salud mental y el bienestar en contextos de educación infantil y primaria. En la actualidad, esta estrategia se está abordando a través de un grupo de trabajo sobre desarrollo positivo y activos para el bienestar emocional en la adolescencia, en el marco del programa Forma Joven, basado en gran medida en las acciones colaborativas compartidas en el mencionado encuentro.

2.2. Promoción de la salud en personas con TMG

- o Publicación de un documento de análisis de la situación en Andalucía sobre alimentación equilibrada y actividad física en el colectivo de personas con TMG y de recomendaciones para profesionales de los servicios de salud y de apoyo social así como para las propias personas usuarias y sus familias. Este documento, elaborado en colaboración con el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE), ha sido editado y difundido por la SGCISP en 2011.
- o Publicación de un documento técnico en 2012 sobre orientaciones y herramientas para poner en marcha intervenciones de promoción de salud en pacientes con TMG en las distintas UGC, para profesionales de salud mental y atención primaria. Estas actividades se han priorizado a través de los Acuerdos de Gestión Clínica.
- o Desarrollo de actividades formativas en este ámbito. Se han realizado ocho cursos provinciales sobre consejo dietético básico y otros ocho sobre consejo dietético intensivo.

- o Incorporación de las UGC de Salud Mental y los distintos programas de FAISEM al Programa de Comedores Saludables.
- o Video y actividad formativa para profesionales sanitarios sobre los problemas de salud física de personas con TMG, de cómo el estigma afecta a la atención a la salud general que se ofrece a estas personas y sobre la importancia de promocionar la salud en este colectivo. Esta actividad se ha desarrollado en colaboración con la EASP, en el marco de la estrategia contra el estigma “1decada4.
- o Adhesión del PISMA, FAISEM, la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES-Andalucía) y la Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (En Primera Persona) al Programa “Por un Millón de Pasos”.
- o Formación básica en atención al tabaquismo en todas las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y desarrollo de un programa de deshabituación tabáquica en los dispositivos residenciales de FAISEM.
- o También en FAISEM se ha desarrollado un programa sobre actividad física y alimentación equilibrada y se han priorizado actuaciones con el objetivo de minimizar el daño una vez instaladas patologías como diabetes, hipertensión, sobrepeso, EPOC, etc. Así mismo, se han establecido medidas preventivas y de protección de la salud de las personas usuarias ante situaciones estacionales de especial riesgo para la salud, como el programa de altas temperaturas y la campaña de vacunación contra la gripe, y se ha elaborado un Plan de seguridad para las personas usuarias atendidas en recursos residenciales.
- o FAISEM y FEAFES-Andalucía desarrollan un programa anual de actividades deportivas que tiene como principales actuaciones las siguientes:
 - Programación de actividades deportivas en cada una de las provincias. Estas actividades se planifican por la Comisión de Deportes.
 - Celebración de Campeonatos Autonómicos Deportivos, en los que participan personas de todas las provincias andaluzas. De especial significación ha sido la iniciativa “Locos por el remate” que se celebra anualmente y desde 2005 en la ciudad de Cabra (Córdoba). La actividad deportiva se acompaña de actos culturales, lúdicos, mesas redondas con profesionales del deporte y personas usuarias, voluntariado, etc., con el objetivo de favorecer la sensibilización social. Esta experiencia tiene un aceptable seguimiento en los medios de comunicación y ha recibido distintos reconocimientos como una acción eficaz en la lucha contra el estigma.

- Organización y/o participación en eventos deportivos europeos (fundamentalmente en España, Italia, Inglaterra, Francia y Alemania).
- Participación en distintos proyectos europeos (“FOOLISH LEARNING: Sport, Culture, & Music to Learn Beyond Mental Illnesses” e “INSPOORT - Promoting Social Inclusion Through Sport”). En relación a este último, nueve países europeos han suscrito la denominada CARTA EUROPEA DEL DEPORTE (Declaración de Málaga sobre Deporte y Salud Mental), que analiza las buenas prácticas desarrolladas en Europa y concreta las áreas estratégicas en deporte, salud mental e inclusión social.
- En colaboración con la Universidad de Almería, se han desarrollado estudios y cursos de especialización sobre Deporte Adaptado.
- Y se ha desarrollado una fructífera línea de cooperación con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes (a través del Instituto Andaluz del Deporte - IAD) en la organización de eventos deportivos, destacando el Encuentro Deportivo Europeo celebrado en el IAD de Málaga en noviembre de 2012 y el Seminario de Buenas Prácticas celebrado en la Ciudad Deportiva de Carranque (Málaga) en Junio de 2013.

3. Salud mental y género

- o En el marco de la estrategia de Salud Mental y Género del II PISMA, se han realizado cursos de sensibilización, así como formación para formar a profesionales de las distintas UGC-SM, con el objetivo de generar una red de referentes locales sobre salud mental y perspectiva de género. En la tabla 35 se incluyen los cursos de Género y Salud Mental acreditados por la ACSA durante los años 2008-2013.

Tabla 35. Cursos de Género y Salud Mental acreditados por la ACSA durante el II PISMA

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Nº de cursos	1	2	3	5	3	2	16
Nº de alumnos/as	16	59	45	101	35	25	281

- o Revisión del lenguaje sexista en los documentos técnicos y publicaciones realizadas en el marco del PISMA.
- o Realización de un proyecto de investigación sobre sexismo ambivalente en profesionales de salud mental de Andalucía, financiado por la antigua Consejería de Salud y Bienestar Social en 2012. Tras una fase inicial de pilotaje, en 2013 se realizó el trabajo de campo, estando el proyecto en fase de análisis e interpretación de resultados.

- o Aportaciones sobre salud mental y género a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, de cara a su actualización (2009-2013).
- o Propuesta de contenidos sobre salud mental y género para su incorporación en la Historia Clínica de Salud Mental de DIRAYA.
- o Acuerdo de colaboración con la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental con el objetivo de impulsar de manera colaborativa acciones de promoción, prevención, atención integral, formación e investigación en salud mental, desde la perspectiva de género.
- o Sinergias entre las acciones desarrolladas desde esta línea estratégica y las prioridades y objetivos del Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía.

4. Prevención y enfermedad mental

- o Publicación y difusión en 2011 de una guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), que ofrece al personal sanitario elementos y argumentos para reflexionar acerca de las intervenciones que pueden poner en marcha ante una consulta de esta naturaleza.
- o Se viene trabajando en una línea de formación para profesionales de las Unidades de Salud Mental Comunitaria relacionada con la detección precoz y la atención temprana a mujeres víctimas de violencia de género.
- o Publicación y difusión en 2010 de un documento de recomendaciones sobre detección, prevención e intervención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y una guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Ambas publicaciones se han realizado en colaboración con la EASP.
- o Desarrollo de un proyecto financiado con Fondos de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), con el objetivo de mejorar las actuaciones de detección y atención y seguimiento a personas con intentos de suicidio de dos Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP) de Andalucía con una alta mortalidad por suicidio. Tras realizar un análisis de la situación y proponer las acciones de mejora, se procedió a presentarlas en un taller de trabajo en los Centros de Salud de ambos DSAP.
- o Participación en el proyecto europeo “EUREGENAS”, que tiene como objetivo la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio a través de una

estrategia de creación de redes locales y regionales, e identificación de ejemplos de buenas prácticas. En el marco de este proyecto, iniciado en 2012, se abordan tres líneas de trabajo: actividades de sensibilización con agentes locales y comunitarios; formación de profesionales de atención primaria; y apoyo a los supervivientes de suicidio (familiares y allegados/as) fomentando los grupos de ayuda mutua.

- o La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) participó en el Grupo de Educación, Discapacidad, Emergencias y Seguridad de Sevilla, cuya finalidad es desarrollar acciones formativas y de sensibilización y elaborar distintos protocolos de actuación ante emergencias con personas con discapacidad, dirigidas a docentes, policías locales, policías nacionales y profesionales del servicio de extinción y prevención de incendios. Esta iniciativa recibió el Premio a las Buenas Prácticas en la Atención a las Personas con Discapacidad, en la modalidad de Investigación. En este ámbito, FAISEM participó en unas Jornadas organizadas por la Universidad de Sevilla y la Universidad Pablo de Olavide. Así mismo, se desarrollaron cursos organizados por el Cuerpo Nacional de Policía de Sevilla, sobre prevención del suicidio e intervención en situaciones de crisis, que contaron con la participación de profesionales de FAISEM, el Programa de Salud Mental del SAS, la Asociación ASAENES y la Federación FEAFES-Andalucía.
- o Programa de apoyo a menores convivientes con personas con trastornos mentales graves puestos en marcha por las distintas UGC-SM, tras haberse priorizado en sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica. A través de estos programas, que en determinados casos se desarrollan en colaboración con las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, se apoya al hijo/a, hermano/a, etc., a afrontar los momentos de mayor gravedad de la enfermedad de sus familiares, acompañándolos cuando sea necesario y facilitando herramientas para abordar las dificultades de convivencia que pudieran surgir.
- o Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, a través de la participación del PISMA en un proyecto colaborativo e intersectorial de salud pública, coordinado por la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Con este proyecto se busca establecer alianzas con sectores implicados en el mundo de la comunicación, moda, imagen, alimentación, deporte, etc., con la finalidad de poner en marcha acciones colaborativas destinadas a promover la salud y el bienestar y prevenir los problemas relacionados con la conducta alimentaria.
- o Colaboración con el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la formación de profesionales que atienden a las

personas afectadas y/o personal cuidador. Varios profesionales vinculados al PISMA han aportado estrategias para mitigar el impacto y las consecuencias psicológicas del padecimiento de una enfermedad crónica. Ante situaciones que generan altas dosis de malestar emocional y relacional, se proponen, entre otras herramientas, materiales de autoayuda y técnicas de afrontamiento de la ansiedad.

5. Red sanitaria, modelo organizativo y cartera de servicios

- o Evolución de los recursos sanitarios de salud mental previstos incrementar durante el II PISMA (tabla 36):

Tabla 36. Evolución de los recursos sanitarios de salud mental previstos incrementar durante el II PISMA

Dispositivo	Incremento previsto	Situación en Diciembre 2007	Situación en Diciembre 2013	Incremento logrado
Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)	5 USMC	76	77	1 (20%)
	Ratio de 7 facultativos/as por 100.000 hab. (incrementar la ratio en 1,95)	5,05	5,21	0,16 (8,2%)
	Ratio de 3 enfermeras/os por 100.000 hab. (incrementar la ratio en 1,21)	1,79	1,84	0,05 (4,1%)
Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM)	2 CTSM	14	15	1 (50%)
	40 camas	240	254 *	14 (35%)
Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM)	5 HDSM	11	16	5 (100%)
	100 plazas	260	340	80 (80%)
Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM)	60 camas	548	546 **	-2 (-3,3%)

* Aunque se crean 27 nuevas camas de CTSM en varias UGC-SM (2 en la UGC-SM del H. Torrecárdenas, 5 en la UGC-SM del H. Puerto Real y 20 en la UGC-SM del H. V. de la Victoria), se reajustan el nº de camas en otras UGC-SM, reduciéndose 6 camas (1 en la UGC-SM Intercentros de Huelva y 5 en la UGC-SM del H. V. de las Nieves) y se reducen provisionalmente 7 camas por problemas de infraestructura en otras 2 UGC-SM (5 en la UGC-SM del H. V. Macarena y 2 en la UGC-SM del H. V. del Rocío).

** Aunque en el año 2010 se abrió una nueva UHSM en el Hospital Infanta Margarita de Cabra con 20 camas, este incremento no se refleja en el total de camas debido a los siguientes cambios: En la UGC-SM del H. Torrecárdenas, 3 camas de adultos pasan a la USMI-J; en la UGC-SM del H. V. de la Victoria, las 10 camas del H. Marítimo de Torremolinos contabilizadas inicialmente como de agudos, pasan a la nueva CTSM; y en la UGC-SM del H. V. Macarena se ha corregido el nº de camas registradas, contabilizándose sólo aquellas destinadas a ingresos.

- o Recursos sanitarios de nueva creación y mejora de los ya existentes durante el periodo 2008-2013:
 - Unidades de Salud Mental Comunitaria: Creación de una nueva USMC (Jaén Sur, de la UGC-SM C. Hosp. de Jaén) y cambio de ubicación y mejoras en otras

5 USMC (Este y Mairena, de la UGC-SM H. V. del Rocío; Macarena Norte, de la UGC-SM H. V. Macarena; y Los Palacios y Morón, de la UGC-SM A.G.S. Sur de Sevilla). Además, hasta la apertura de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de la Empresa Pública Hospital Costa del Sol, desde la USMC de Marbella (UGC-SM H. V. de la Victoria), se ha puesto en funcionamiento un Programa de Salud Mental de Enlace, compuesto por 1 FEA de psiquiatría, 1 FEA de psicología clínica y 1 enfermera especialista en SM.

- Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil: Cambio de ubicación de dos USMI-J (H. Torrecárdenas y H. Puerta del Mar), así como un nuevo Hospital de Día para la USMI-J del H. de Valme.
 - Unidades de Hospitalización de Salud Mental: Creación de una nueva UHSM en el H. Infanta Margarita de Cabra, con una dotación de 20 camas.
 - Hospitales de Día de Salud Mental: Creación de 5 HD SM, con 80 plazas (Almería, Cabra, Guadix, Antequera y El Cónsul en Málaga) y cambio de ubicación y mejora del HD SM de Valme en Sevilla.
 - Unidades de Rehabilitación de Salud Mental: Reforma y cambio de ubicación de dos URSM (Huelva y C. Hosp. de Jaén).
 - Comunidad Terapéutica de Salud Mental: Creación de una nueva CTSM en el Hospital Marítimo de Torremolinos (UGC-SM V. de la Victoria) con 20 camas, 10 de las cuales se habían contabilizado anteriormente como camas de UHSM; y cambio de ubicación y mejora de la CTSM del H. Puerto Real, con la construcción de un nuevo edificio, incrementando 5 camas y 5 plazas de programa de día respecto a la anterior CTSM. En relación a la CTSM de Jerez (UGC-SM del A.G.S. Norte de Cádiz), las limitaciones presupuestarias de los últimos años impidió el traslado previsto a una nueva ubicación, pudiéndose tan sólo realizar actuaciones destinadas a adecentar y conservar las instalaciones existentes.
- o Situación de los recursos sanitarios de salud mental a finales de 2007 y 2013 (tabla 37):

Tabla 37. Situación de los recursos sanitarios de salud mental a finales de 2007 y 2013

Modalidad de dispositivo		Año 2007	Año 2013
Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)	Nº de USMC	76	77
Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMI-J)	Nº de USMI-J	14	14
	Nº de camas	40	33
	Nº de plazas de H. de Día	252	252
Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM)	Nº de UHSM	19	20
	Nº de camas	548	546
Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM)	Nº de HDSM	11	16
	Nº de plazas	260	340
Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM)	Nº de URSM	9	9
	Nº de plazas	300	300
Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM)	Nº de CTSM	14	15
	Nº de camas	240	254
	Nº de plazas de P. de Día	415	381

- o Nº de profesionales de salud mental del SSPA a finales de 2007 y 2013 (tabla 38):

Tabla 38. Nº de profesionales de salud mental del SSPA a finales de 2007 y 2013

Categoría profesional	Año 2007	Año 2013 *
Psiquiatra	474	505
Psicólogo/a Clínico/a	243	261
Trabajador/a Social	120	116
Enfermero/a	595	624
Auxiliar de Enfermería	743	730
Auxiliar Administrativo	178	184
Terapeuta Ocupacional	51	56
Monitor/a Ocupacional	91	82
Celador/a	125	128
Total	2.620	2.687

* En torno a 200 de estos profesionales, con contratos eventuales, trabajan sólo el 75 % de la jornada, situación que afecta sobre todo al personal facultativo.

- o Desde el año 2010 todos los dispositivos y profesionales de atención a la salud mental del SAS están integrados en UGC-SM, cumpliendo así lo establecido en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- o Publicación y difusión en 2010 de un documento de análisis y recomendaciones sobre la mejora del ambiente terapéutico en las Unidades de Hospitalización y Comunidades Terapéuticas de Salud Mental, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Tras esta publicación y una vez priorizado en sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica, se establecieron planes de mejora del ambiente terapéutico en las UGC-SM, acompañada en mucho de los casos de acciones formativas en los dispositivos implicados.

- o Revisión y actualización del mapa sanitario Atención Primaria - Salud Mental, adecuándose a las necesidades de las poblaciones de referencia y teniendo en cuenta el marco general del mapa Atención Primaria - Atención Hospitalaria. Queda pendiente la adaptación del mapa sanitario AP-SM en la ciudad de Sevilla.
- o Puesta en marcha de un proyecto destinado a elaborar una única cartera básica de servicios de salud mental para el Servicio Andaluz de Salud, en colaboración con la EASP. Hasta la fecha se ha elaborado un documento base y un primer borrador, que se encuentra en fase de revisión por las UGC-SM y la Dirección del PISMA.
- o Líneas de colaboración abiertas con varios grupos de investigación de cara a la estandarización de los servicios de salud mental de Andalucía (Atlas de Salud Mental, European Service Mapping Schedule, etc.).

6. Apoyo social a personas con trastorno mental grave

- o Evolución de los recursos y/o plazas de los programas de apoyo social de FAISEM previstos incrementar durante el II PISMA (tabla 39):

Tabla 39. Evolución de los recursos y/o plazas de los programas de apoyo social de FAISEM previstos incrementar durante el II PISMA

Modalidad de recurso			Incremento previsto	Situación en Dic. 2007	Situación en Dic. 2013	Incremento logrado
Programa Residencial	Casas Hogar		458 plazas	742	912	170 (37,1%)
	Viviendas Supervisadas		533 plazas	667	688	21 (3,9%)
	Apoyo Domiciliario		778 plazas	422	270	-152 (-19,5%)
Programa Ocupacional -Laboral	Talleres Ocupacionales		149 plazas	2.251	2.979 *	728 (488,6%)
	Cursos F. P. O.		39 alumnos/as	261	57	-204 (-523,1%)
	Empresas Sociales **		125 puestos de trabajo	225	334	109 (87,2%)
	SOAE ***	Equipos	7 equipos	8	8	0 (0%)
		Personas atendidas	548 personas atendidas	2.452	2.376****	-76 (-13,9%)
		Contratos	548 contratos	952	788	-164 (-29,9%)
Programa de Ocio y Tiempo Libre (Clubes Sociales)			993 plazas	1.407	1.629	222 (22,4%)
Programa de atención a personas con TMG sin hogar (Programas provinciales)			6 programas	2	5	3 (50%)

* Suma de 2.054 plazas en Talleres Ocupacionales y 925 en Centros de Día.

** Puestos de trabajo de personas con TMG

*** Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo

**** En 2013, de las 2.376 personas atendidas, 1.551 fueron orientadas específicamente a programas de empleo.

- o Situación de los recursos y programas de apoyo social de FAISEM a finales de 2007 y 2013 (tablas 40-45):

Tabla 40. Situación del Programa Residencial de FAISEM a finales de 2007 y 2013

Modalidad de recurso residencial		Año 2007	Año 2013
Casas Hogar	Nº de Casas-Hogar	47	52
	Nº de plazas	742	912
Viviendas Supervisadas	Nº de Viviendas Supervisadas	175	156
	Nº de plazas	667	688
Pensiones	Nº de plazas en convenios	12	-
Residencias	Nº de plazas en convenios	151	44
Apoyo domiciliario	Nº de personas atendidas	410	270

Tabla 41. Situación del Programa de Empleo de FAISEM a finales de 2007 y 2013

Modalidad de recurso de empleo		Año 2007	Año 2013
Cursos de Formación Profesional Ocupacional	Nº de cursos	53	11
	Nº de alumnos/as	261	57
Empresas Sociales	Nº de empresas sociales	9	10
	Plantilla media	455	632
	Nº de trabajadores con enfermedad mental	225	334
Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE)	Nº SOAE	8	8
	Nº de personas atendidas	2.452	2.376
	Nº de contratos de trabajo	952	788

Tabla 42. Situación del Programa de Soporte Diurno de FAISEM a finales de 2007 y 2013

Modalidad de recurso de soporte diurno		Año 2007	Año 2013
Talleres Ocupacionales*	Nº de talleres	115	85
	Nº de plazas	2.251	2.054
Centros de Día*	Nº de Centros de Día	-	28
	Nº de plazas	-	925
Club Social*	Nº de Club Social	45	45
	Nº de plazas	1.407	1.629
Estancia Diurna	Nº de plazas	-	270
Programa de Vacaciones	Nº de personas beneficiadas	823	254

* Se ha desarrollado una nueva red de centros de día, a la vez que se han reordenados los talleres ocupacionales y clubes sociales. En los centros de día se desarrolla un programa de soporte diurno para personas con enfermedad mental que, de 9 de la mañana a 5 de la tarde, oferta actividades ocupacionales regladas, actividades sociales formalizadas, actividades de autonomía personal, manutención (con posibilidades de desayuno, comida y merienda) y transporte.

Tabla 43. Situación de los programas específicos para personas en riesgo o situación de exclusión social de FAISEM a finales de 2007 y 2013

Modalidad de programa específico		Año 2007	Año 2013
Atención a personas con TMG en situación de marginación sin hogar *	Nº de personas atendidas	37	130
Atención a personas con TMG internadas en centros penitenciarios *	Nº de personas atendidas	-	211

* En el apartado dedicado a la línea estratégica 12 (atención a la salud mental de las personas en riesgo o situación de exclusión social), se describen las acciones realizadas en el marco de estos programas.

Tabla 44. Situación del Programa de Apoyo a Instituciones Tutelares de FAISEM a finales de 2007 y 2013

Número y actividad de las entidades tutelares		Año 2007	Año 2013
Entidades tutelares	Nº de entidades	8	8
	Nº total de personas atendidas *	655	1.467
	Nº de personas atendidas con enfermedad mental *	414	639

* La atención a estas personas incluye: Defensa Judicial, Administración de Bienes, Curatela y/o Tutela.

Tabla 45. Situación del Programa de Actividad Física y Deportes de FAISEM

Programa de Actividad Física y Deportes	
Desarrollo del programa	Las líneas generales de actuación de este programa se describen en el apartado dedicado a la línea estratégica 2.2 (Promoción de la salud en personas con TMG)

- o Nº de profesionales en los programas de apoyo social de FAISEM a finales de 2007 y 2013 (tabla 46):

Tabla 46. Nº de profesionales en los programas de apoyo social de FAISEM a finales de 2007 y 2013

Categoría profesional	Año 2007	Año 2013
Personal Técnico	39	104
Personal de Programas	666	844
Personal de Administración	36	40
Personal de Servicio y Mantenimiento	50	46
Otros	4	6
Total	795	1.040

- o Realización de cursos de formación para monitores/as y responsables de los programas residencial, ocupacional y de soporte diurno de FAISEM, sobre prevención de riesgos laborales y evaluación de riesgos psicosociales.
- o En 2012 se iniciaron formalmente los trabajos de elaboración de los Mapas de Competencias del personal de FAISEM, actividad que se realiza en colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- o Desarrollo del Plan de Calidad del Programa Residencial de FAISEM, a través del cual se ha conseguido que el 100% de las personas atendidas en el programa cuenten con un Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR), una vez valorada su situación de dependencia. Asimismo, ha permitido establecer medidas de prevención y protección de la salud general de las personas usuarias, mejorando la accesibilidad a la cartera de servicios de atención primaria y especializada.
- o En el seno de la Comisión Conjunta SAS-FAISEM se han pactado varios acuerdos anuales de cooperación, así como objetivos conjuntos, entre los servicios de salud mental del SAS y los programas de apoyo social de FAISEM.

- o La Comisión Central Intersectorial entre SAS, FAISEM y Servicios Sociales, muy activa en los primeros años, dio lugar a la creación de una Comisión Técnica de Casos que ha venido reuniéndose periódicamente en estos últimos años.
- o Las Comisiones Provinciales Intersectoriales han venido funcionando con regularidad en todas las provincias andaluzas, priorizando el acceso a los recursos de FAISEM en base a lo establecido en el Plan Individual de Atención (Ley de Dependencia) y el Plan Individual de Tratamiento (PAI TMG).
- o Actividades de formación desarrolladas en el marco del Plan de formación de FAISEM:
 - Sesiones de formación interna de profesionales de los SOAE, sobre rehabilitación vocacional y normativa laboral relacionada con el empleo de personas con TMG. Asimismo, se han realizado cursos de formación para monitores/as y responsables de los programas residencial, ocupacional y de soporte diurno.
 - Por otra parte, profesionales de FAISEM participaron en el Plan de Formación que la antigua Consejería para la Igualdad y Bienestar Social realizó sobre la aplicación del baremo de valoración de la situación de la dependencia en personas con enfermedad mental, desarrollado en todas las provincias andaluzas, colaborando también en tres cursos de experto de la Universidad de Granada sobre esta misma temática. Así mismo, FAISEM ha participado en la formación de profesionales de trabajo social de los Equipos de Valoración y Orientación de Andalucía Occidental.
- o Desarrollo de investigaciones en el ámbito de los programas de apoyo social:
 - Estudio sobre la efectividad del programa de empleo con apoyo para personas con TMG puesto en marcha en Andalucía
 - Estudio "Funcionamiento cognitivo y empleo en personas con trastorno mental grave", que analiza las posibles relaciones entre el rendimiento de la función cognitiva en las personas atendidas en los SOAE y sus resultados respecto a la inserción laboral y el mantenimiento del puesto de trabajo.
 - Estudio de evaluación del baremo de valoración de la situación de dependencia en el colectivo de personas con TMG.

7. Atención a la salud mental de la población andaluza

- o Actividad asistencial de salud mental en el SSPA durante los años 2007 y 2013 (tabla 47):

Tabla 47. Actividad asistencial de salud mental en el SSPA durante los años 2007 y 2013

Modalidad de dispositivo y actividad asistencial		Año 2007	Año 2013
Unidades de Salud Mental Comunitaria *	Consultas	918.328	1.344.202
	Pacientes atendidos	202.045	268.521
Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil *	Consultas	130.735	164.046
	Pacientes atendidos	14.680	21.312
Unidades de Hospitalización de Salud Mental	Ingresos (Altas)	10.939	10.448
	Estancias	183.730	160.273
Hospitales de Día de Salud Mental	Pacientes atendidos	1.808 **	1.711
Unidad de Rehabilitación de Salud	Pacientes atendidos	1.897 **	1.646
Comunidades Terapéuticas de Salud Mental	Pacientes atendidos en Hosp. Completa	403 **	538
	Pacientes atendidos en Prog. de Día	658 **	583

* Sobre la actividad asistencial en USMC y USMI-J, conviene señalar el cambio de sistemas de información (de SISMA a DIRAYA) que han sufrido estos dispositivos, de manera escalonada, durante los años 2008-2012.

** Por falta de información, el cálculo global de pacientes atendidos en estos dispositivos durante los años 2006, 2007 y 2008 se realizó en base al nº total de personas atendidas en el año anterior y el nº total de ingresos y altas del año en cuestión, obteniéndose, en algunos casos, datos sobredimensionados. Esta situación se corrigió en 2009.

- o Traducción, publicación y difusión de tres documentos sobre la perspectiva de la recuperación elaborados por el Centre for Mental Health de Londres, en colaboración con la EASP: “Hacer de la recuperación una realidad” (2008); “Implementando la recuperación - un nuevo marco para el cambio organizativo” (2010); e “Implementando la recuperación - una metodología para el cambio organizativo” (2013).
- o Edición y difusión de la publicación “Soportes para la Ciudadanía” (2012), en la que se presenta la contribución de FAISEM a la mejora de la situación de las personas con trastornos mentales graves en nuestra Comunidad Autónoma, apoyando el mantenimiento y/o recuperación de sus derechos de ciudadanía.
- o En el ámbito de los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE), FAISEM publicó una Guía de Empleo con Apoyo para Personas con Trastorno Mental Grave, a través del programa “Estudios y Difusión del Mercado de Trabajo” del Servicio Andaluz de Empleo.
- o Actualización de la Web www.1decada4.es, con una nueva sección sobre Recuperación.
- o Actividades de formación orientadas a incorporar la perspectiva de la recuperación a la práctica clínica y, en general, a la red de servicios de salud mental,

enriqueciendo de esta manera el modelo comunitario de atención a la salud mental. Progresivamente, se han ido incorporando, como docentes, personas con enfermedad mental y familiares.

- o Apoyo a las actividades de fomento de la recuperación que desarrolla el movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental, a través de los convenios entre el SAS y FEAFES-Andalucía, entre FAISEM y esta misma Federación, y entre FAISEM y las distintas asociaciones provinciales federadas.
- o Apoyo a las actividades de fomento de la recuperación que desarrolla el movimiento asociativo de usuarios/as de salud mental, a través de los convenios entre el SAS y la Federación En Primera Persona, y entre FAISEM y esta misma Federación.
- o En el ámbito del arte y la cultura, se ha mantenido la colaboración del SAS y FAISEM con el Centro Andaluz de Arte Contemporáneo (CAAC) en el marco del convenio destinado a acercarse al museo como lugar de intercambio, encuentro y creación. Esta experiencia ha puesto de manifiesto que el fomento de los hábitos culturales incide en el proceso de recuperación de las personas con TMG. Asimismo, FAISEM ha participado en la organización y desarrollo de los Seminarios Internacionales de Arte Inclusivo.
- o Línea de trabajo específica, vinculada a la estrategia 1decada4, sobre Derechos Humanos y Salud Mental. El grupo de trabajo intersectorial, coordinado por la EASP y creado para abordar la perspectiva de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental, ha venido trabajando en los siguientes proyectos:
 - Análisis del grado de cumplimiento de los artículos que integran la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en el ámbito de los servicios de salud mental y programas de apoyo social de Andalucía, identificando tanto situaciones de vulneración de estos derechos como medidas de protección que mejoren su garantía. Este trabajo se ha visto reflejado en la publicación “Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía”, coordinada por la EASP.
 - Desarrollo del procedimiento de planificación anticipada de decisiones en el ámbito de la salud mental (para su consideración en el caso de que la persona se encuentre temporalmente incapacitada para tomar decisiones). Se viene trabajando en su incorporación a la práctica clínica, principalmente en el marco de los Planes Individualizados de Tratamiento de las personas con TMG.

- o En relación con la anterior línea de trabajo, la federación En Primera Persona ha publicado la guía “Cómo defender nuestros derechos” en el marco de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- o Auditorías sobre la práctica de ingresos involuntarios y episodios de contención mecánica en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, realizadas en 2010 por la Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Bienestar Social. Una vez remitidas a las Gerencias de los Hospitales / Áreas de Gestión Sanitaria, se solicitaron planes de mejoras a las distintas UGC-SM, con actuaciones coincidentes a las contempladas en los proyectos de mejora del ambiente terapéutico comentados anteriormente.
- o Revisión y actualización del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (PAI ADS), con la publicación en 2011 de la segunda edición⁴⁷.
- o En el marco del PAI ADS, en 2013 se publicó y difundió un conjunto de Guías de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad, en colaboración con la UGC de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga y el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga. Las 24 guías publicadas hasta la fecha están dirigidas específicamente a personas con trastornos ansiosos y/o depresivos leves, y a sus familiares, que estén interesadas en aprender acerca de su proceso y de las estrategias que pueden seguir para favorecer su recuperación. También pueden resultar útiles para personas sanas que deseen mejorar algunas habilidades de su vida diaria, potenciando el crecimiento y la maduración personal.
- o Continuidad de las acciones formativas entre profesionales de atención primaria y salud mental. En 2013 se incluyó la formación para facilitar la implantación de las guías de autoayuda en atención primaria.
- o Inclusión de objetivos en los AGC para potenciar el espacio de cooperación entre atención primaria y salud mental.
- o Proyecto destinado a implantar Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en los Centros de Salud de Atención Primaria, en el marco del espacio de cooperación entre ambos niveles asistenciales. En la actualidad, se está pilotando su implantación en varios Centros de Salud de Andalucía. Los resultados se conocerán a finales de 2014.
- o Participación en el Proyecto Europeo sobre Salud Mental y Empleo “Reduciendo las desigualdades en salud: incrementar el número de personas con problemas de

⁴⁷ La gestión por procesos asistenciales en salud mental que se desarrolla en Andalucía ha sido resaltada en la evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud como ejemplo de modelo de gestión integrada de problemas de salud mental.

salud mental (leves y moderados) que permanecen trabajando mientras reciben tratamiento”, que considera el empleo como elemento clave para la recuperación de las personas atendidas en el sistema sanitario por problemas de ansiedad y/o depresión. En el marco de este proyecto, desarrollado en colaboración con la EASP entre 2010 y 2012, se han realizado 4 publicaciones: un informe que analiza la situación en Andalucía y tres guías sobre Salud Mental y Empleo: para profesionales del ámbito de la salud, para empleadores/as y para trabajadores/as.

- o Taller de trabajo sobre la implantación del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (PAI TMG)⁴⁶ y propuestas de mejora para las UGC-SM.
- o Inclusión en los AGC de objetivos vinculados al PAI TMG (censo de pacientes y planes individualizados de tratamiento).
- o Proyecto de análisis y elaboración de soluciones para la seguridad de pacientes con TMG atendidos en la comunidad, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía, contando con la colaboración de la EASP. El propósito final de este proyecto, iniciado en 2011, es conocer, desde la perspectiva de la recuperación, los principales problemas de seguridad de los/as pacientes atendidos/as en el ámbito comunitario y ofrecer propuestas para la prevención o minimizar el posible daño a los/as pacientes. Una vez analizados los riesgos se han generado propuestas y soluciones en 3 ámbitos (evaluación y confirmación del TMG; tratamiento farmacológico; e ingresos y atención de urgencias) pendientes de pilotarse en varias UGC-SM.
- o Se ha constituido el grupo de trabajo “Salud Mental y Discapacidad Intelectual”, formado por profesionales del SAS y FAISEM, servicios sociales, movimiento asociativo y otras organizaciones no gubernamentales. Su objeto era el análisis de la atención que reciben las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales y realizar propuestas de mejora. Durante el año 2013 mantuvieron varias reuniones e intercambios de información que dieron como resultado un documento que describe la situación y las propuestas de mejora, que se iniciarán con un curso de formación dirigido al personal facultativo de salud mental sobre la atención específica a este colectivo y posteriormente al resto de profesionales.
- o Formación de las y los profesionales de los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, en colaboración con el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, sobre la atención urgente a los problemas de salud mental. Esta formación se realizó en 2008.
- o Las UGC-SM vienen impulsando los Programas de Salud Mental de Enlace. A través de estos programas se abordan las alteraciones emocionales presentes en pacientes de otras áreas de la medicina que surgen en relación a los diagnósticos y

tratamientos médicos, y aquellos aspectos de la relación entre los equipos tratantes que son relevantes para la atención del paciente y su familia. Queda pendiente la definición de un programa de enlace común a todas las UGC-SM, que establezca una cartera de servicios estándar y unas líneas generales para su implantación, en coordinación con el resto de planes integrales y teniendo en cuenta tanto los servicios hospitalarios como los de atención primaria.

8. Atención a la salud mental de la infancia y adolescencia

- o Redacción y difusión del Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA) del Servicio Andaluz de Salud. El documento marco, redactado por profesionales de la red de atención a la salud mental en base a las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, es un referente útil para todos los/as profesionales y servicios dedicados a la infancia y adolescencia de la red de Salud Mental de Andalucía.
- o Desarrollo del PASMIA en el ámbito de las UGC-SM, habiéndose priorizado diversos objetivos relacionados con este programa en sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica: implantación del PASMIA; generación de espacios de coordinación entre los dispositivos de salud mental que prestan atención a esta población; desarrollo de acciones intersectoriales de prevención de trastornos mentales en colectivos vulnerables; e impulso a la implantación de los PAI Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Trastornos del Espectro Autista (TEA)⁴⁶.
- o En relación al PAI TCA, actualmente se está revisando y actualizando, de cara a una 2ª edición.
- o En cuanto al PAI TEA, se ha celebrado un taller específico con los coordinadores provinciales de atención temprana, de cara a optimizar su implantación en los servicios de salud mental.
- o Estudio del Decreto de Atención Sanitaria a Menores (246/2005) y propuesta de acciones concretas para su cumplimiento en los dispositivos de salud mental.
- o Participación del PISMA en distintas iniciativas del SSPA en el ámbito de la infancia y la adolescencia:
 - Estrategia de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia en Andalucía;

- Proyecto AL LADO - Infancia, una propuesta de abordaje de cooperación, entre servicios públicos y asociaciones, para recuperar el proyecto vital de menores con enfermedades crónicas y facilitar la labor cuidadora de madres y padres;
 - Red SABIA, una red de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con la finalidad de mejorar la salud y la atención al bienestar de la infancia y la adolescencia. En estos momentos desarrolla estrategias para promover el buen trato a la infancia y formar a profesionales y a la ciudadanía en el respeto de los derechos de los niños y las niñas. Un producto de esta iniciativa es la publicación “Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía”;
 - Estrategia de detección e intervención precoz ante el maltrato infantil desde el ámbito sanitario; y
 - Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A).
- o Programa de formación sobre la atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia, en colaboración con la EASP.
 - o Se ha difundido entre la red de atención a la salud mental el Protocolo Interdepartamental de Colaboración entre las Consejerías de Gobernación y Justicia, Educación, Salud e Igualdad y Bienestar Social para el desarrollo de actuaciones conjuntas en relación con menores con problemas y/o trastornos de conducta. Este acuerdo, firmado en Diciembre de 2011, se ha convertido en el marco de referencia para la atención a esta problemática desde los servicios de salud mental.

9. Detección e intervención precoz de los trastornos psicóticos

- o Publicación y difusión en 2010 de un documento técnico sobre detección e intervención precoz en la psicosis, en colaboración con EASP, que analiza la situación, describe las intervenciones basadas en la evidencia y hace recomendaciones para la puesta en marcha de programas específicos.
- o Entre 2011 y 2013, se desarrollaron actividades formativas sobre detección e intervención precoz en la psicosis para profesionales de salud mental y se monitorizaron, en varias experiencias locales y durante un periodo concreto, indicadores de procesos y resultados. Asimismo, se han realizado varios talleres intersectoriales, con la finalidad de mejorar la detección precoz y la coordinación entre los diferentes sectores implicados.

- o En diversas UGC-SM se han iniciado estrategias de detección e intervención precoz en la psicosis, tras haberse priorizado en sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica. En la actualidad, se continúa con el apoyo a la implantación efectiva de esta línea estratégica en todas las UGC-SM.

10. Tratamiento intensivo en la comunidad para personas con trastorno mental grave

- o Publicación y difusión en 2010 de un documento técnico sobre programas de tratamiento asertivo en la comunidad (TAC), en colaboración con la EASP, con la finalidad de mejorar la atención a los pacientes con trastorno mental grave y de difícil abordaje. En esta publicación se ofrece una perspectiva general de estos programas y unas recomendaciones para su implantación y evaluación basadas en la evidencia.
- o Para facilitar la implantación de esta estrategia en las UGC-SM se monitorizaron, en varias experiencias locales y durante un periodo concreto, indicadores de procesos y resultados. En los próximos meses está prevista la celebración de un taller de trabajo con el objetivo de intercambiar experiencias y avanzar en la implementación de esta estrategia. Las UGC-SM que más han avanzado en este ámbito, contando en mucho de los casos con el apoyo de personal de FAISEM y habiéndolo priorizado en sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica, son:
 - UGC-SM H. Torrecárdenas: se ha puesto en marcha un programa TAC, vinculado a la USMC de Almería, con asignación de personal a tiempo parcial;
 - UGC-SM H. Puerto Real: se han puesto en marcha dos programas TAC, uno vinculado a la URSM y CTSM y otro vinculado a la USMC de Chiclana, ambos con asignación de personal a tiempo parcial;
 - UGC-SM A.G.S. Norte de Cádiz (Jerez): se han puesto en marcha tres programas TAC, vinculados a las tres USMC (Jerez, Villamartín y Sanlúcar de Barrameda), todos con asignación de personal a tiempo parcial;
 - UGC-SM H. Regional de Málaga: cuenta con un Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES), con una orientación de equipo TAC, dirigido a personas sin hogar con enfermedad mental grave en el ámbito geográfico de la ciudad de Málaga. En este programa también participa la UGC-SM del H. V. de la Victoria, FAISEM y el Ayuntamiento de Málaga, así como varias organizaciones ciudadanas presentes en la ciudad. Comenzó a funcionar

en 2006, con asignación de personal a tiempo parcial, pasando a disponer de personal a tiempo completo (tres profesionales) en 2009;

- UGC-SM H. Macarena: cuenta con un equipo TAC para todo el ámbito de la UGC-SM, con asignación de cuatro profesionales a tiempo completo y varios a tiempo parcial; y
- UGC-SM H V. del Rocío: cuenta con un programa TAC para todo el ámbito de la UGC-SM, con asignación de un profesional a tiempo completo y varios a tiempo parcial.

11. Atención específica a personas con trastornos de personalidad

- o Publicación y difusión en 2012 de un documento técnico sobre trastorno límite de personalidad (TLP) con el objetivo de aumentar la calidad de la atención ofrecida en el Sistema Sanitario Público Andaluz a las personas que padecen este trastorno. El documento, realizado en colaboración con la EASP, establece recomendaciones para la detección e intervención temprana ante casos de TLP y la puesta en marcha de programas específicos de atención.
- o Para facilitar su implantación en las UGC-SM, que se podría considerar en fase inicial, se viene desarrollando una acción formativa anual sobre el abordaje del TLP y una iniciativa de sensibilización basada en la edición y difusión de un video informativo sobre este trastorno, en el marco de la estrategia contra el estigma “1decada4”.

12. Atención a la salud mental de las personas en riesgo o situación de exclusión social

- o Inclusión de objetivos en los Acuerdos de Gestión Clínica de las UGC-SM de Salud Mental que han incentivado la oferta de programas dirigidos a fomentar la accesibilidad a los servicios de salud mental de las personas con TMG en situación o riesgo de exclusión y a prestarle una atención integral adaptada a sus necesidades.
- o Participación en el Proyecto Europeo “PEOPLE” sobre inclusión social, con una iniciativa dirigida a mejorar la atención de personas sin hogar con trastornos mentales. En el marco de este proyecto se han desarrollado actividades orientadas a conocer la atención que se presta a las personas sin hogar en los diferentes

lugares y a propiciar la incorporación de buenas prácticas. Se han desarrollado talleres de trabajo y cursos de formación destinados a profesionales que trabajan en el ámbito de la exclusión social: SAS, FAISEM, Servicios Sociales Comunitarios y, fundamentalmente, Organizaciones No Gubernamentales. Además, en el año 2012 se editó un documento de recomendaciones para la elaboración de programas de atención a las personas sin hogar con trastornos mentales graves.

- o En relación a los programas de atención para personas sin hogar con enfermedad mental, el SAS y FAISEM han desarrollado conjuntamente programas específicos de carácter intersectorial en Málaga (PISMES), Sevilla, Jerez, Huelva, Granada y Almería. En Málaga y Sevilla se cuenta con centros de “baja exigencia” específicos para esta población y con equipos de atención compartidos con profesionales de salud mental y otras organizaciones vinculadas a la atención de estas personas. En Jerez existe una red de integración social en la que participan entidades de distinto sectores y un protocolo definido de atención. En Huelva y Granada, existen espacios de coordinación específicos.
- o El grupo de trabajo constituido para el desarrollo de la línea estratégica del PISMA sobre inmigración y salud mental elaboró en 2012 un programa de atención a la población inmigrante con trastornos mentales, con la finalidad de dotar a los profesionales de salud mental de una herramienta que les permita el abordaje de estos problemas de manera más eficiente y equitativa. Varias UGC-SM de Salud Mental han priorizado la implantación de este programa a través de sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica.
- o Se han realizado diversos cursos de sensibilización sobre salud mental e inmigración para profesionales de atención primaria y salud mental.
- o Participación en la elaboración de la monografía “Salud Mental en la Inmigración” editada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en 2008.
- o Revisión, actualización y publicación en 2012 de la 2ª edición del “Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) de Drogodependencias”, por parte del grupo de trabajo formado por profesionales de ambas redes asistenciales. Varias UGC-SM han priorizado la implantación de este protocolo a través de sus respectivos Acuerdos de Gestión Clínica, designando a una persona referente de patología dual en cada USMC y constituyendo las comisiones planteadas en el mismo. A finales de 2013, el 91 % de las USMC tenían un referente y habían constituido la Comisión Asistencial, en colaboración con la red de drogodependencias. Asimismo, en el 50 % de las UGC-SM está en funcionamiento la Comisión de casos complejos.

- o Instrucción Conjunta de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud y la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social para la formación en adicciones y drogodependencias de especialistas en formación en ciencias de la salud en el sistema sanitario público de Andalucía, con fecha de 22 de abril de 2012.
- o Se han establecido acuerdos de cooperación entre FAISEM y la red de atención a las drogodependencias, para el seguimiento conjunto de personas usuarias del Programa Residencial.
- o Realización por parte de FAISEM de un estudio de prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios de Andalucía y publicación del informe general de resultados y conclusiones.
- o Se ha analizado, a través de una encuesta en las UGC-SM, la atención que se presta a las personas con trastornos mentales internadas en instituciones penitenciarias de Andalucía. Con los datos de esta encuesta se ha elaborado un protocolo de actuaciones que homogeniza, con criterio de equidad, la atención que reciben las personas internadas en las distintas prisiones andaluzas, por parte de los servicios de salud mental.
- o Participación de profesionales de salud mental en el diseño de los programas de rehabilitación desarrollados dentro del Programa de Atención Integral del Enfermo Mental de Instituciones Penitenciarias (PAIEM), que incluye actividades de formación del equipo multidisciplinar, diseño de los planes individualizados para cada persona internada, externalización de dichos planes individualizados junto con el informe clínico de alta en el momento de la excarcelación, etc.
- o FAISEM ha prestado apoyo social y seguimiento a las personas internadas en los centros penitenciarios de: Alhaurín de la Torre (Málaga), en colaboración con la asociación de familiares y personas con enfermedad mental de la Costa del Sol “AFESOL”; Albolote, en colaboración con la asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Granada “AGRAFEM”; Huelva; Jaén; Botafuegos (Algeciras); Puerto III (Puerto de Santa María); Morón de la Frontera; Centro Penitenciario de Mujeres de Alcalá de Guadaira; y Centros de Inserción Social de Granada y de Málaga.
- o En 2013, el programa se ha ampliado a la provincia de Córdoba, con una intervención conjunta entre la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del H. Reina Sofía, el Centro Penitenciario Provincial y FAISEM.

- o En el Centro Penitenciario de Alhaurín de la Torre, FAISEM ha participado en actuaciones de sensibilización, impulsadas por AFESOL, y se ha valorado el diseño de un futuro plan de formación en salud mental para las y los profesionales de dicho centro.
- o Creación de un grupo de trabajo con profesionales de referencia del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, FAISEM y SAS con la finalidad de acordar un procedimiento para articular la salida del HPP de personas con trastornos mentales graves que finalizan el cumplimiento de una medida de seguridad. En el seno de este grupo de trabajo se acordó centralizar la coordinación del procedimiento de salida en el Programa de Salud Mental del SAS, siendo esa medida muy positiva para agilizar los procedimientos y garantizar la continuidad asistencial en la red de salud mental y a su vez, facilitar la integración de la persona en su entorno de procedencia.
- o Así mismo, se constituyó en Andalucía la “Comisión de Análisis de Casos”, con la participación de Instituciones Penitenciarias, Hospital Psiquiátrico Penitenciario, Fiscalía de Vigilancia Penitenciaria, FAISEM, Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental (En Primera Persona), Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES-Andalucía) y SAS, para buscar alternativas al cumplimiento de la pena o medida de seguridad impuestas a personas con trastornos mentales graves. Con las aportaciones de esta y otras comisiones establecidas en varias Comunidades Autónomas, se elaboró un documento de consenso con recomendaciones para la actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- o Por otro lado, FAISEM participa en el programa de cooperación con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, a través de un convenio de colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Sevilla “ASAENES”. Este convenio se ha potenciado con la utilización de programas de día de FAISEM por parte de las personas internadas en dicho centro.

13. Participación ciudadana y ayuda mutua

- o Incorporación de representantes de los movimientos asociativos de pacientes y familiares en los grupos de trabajo y comisiones intersectoriales, desarrolladas en el marco del Plan Integral.

- o Apoyo, en un escenario de colaboración permanente, al movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental grave (FEAFES-Andalucía y sus 16 asociaciones federadas).
- o Apoyo específico a la consolidación del movimiento asociativo de usuarios/as de salud mental, dando lugar en 2010 a la constitución de la Federación En Primera Persona, que representa a 11 asociaciones.
- o Ayudas a la financiación de estructuras, acciones y programas que desarrollan ambos movimientos asociativos (FEAFES-Andalucía y En Primera Persona), a través de convenios de colaboración con FAISEM y el SAS. FAISEM también mantiene convenios con las distintas asociaciones provinciales federadas a FEAFES-Andalucía.
- o Así mismo y a través de las convocatorias de ayudas públicas de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, se financian proyectos concretos desarrollados por el resto de asociaciones y federaciones vinculadas a la salud mental.
- o Desarrollo de estructuras de participación ciudadana en el ámbito de las UGC-SM, dando lugar a la creación de una Comisión de Participación Ciudadana en cada UGC, con representación de profesionales, movimientos asociativos de salud mental y ciudadanía en general.
- o Así mismo, las federaciones FEAFES-Andalucía y En Primera Persona participan en la Comisión Asesora de FAISEM y en otros espacios de coordinación, como la Comisión de Deportes y la Comisión de Empleo, ambas gestionadas por FAISEM.
- o Apoyo a la recuperación de las personas con enfermedad mental grave y sus familias a través del fomento del apoyo mutuo, el fortalecimiento del movimiento asociativo y la colaboración permanente en las estrategias contra el estigma y la discriminación.
- o Desarrollo del proyecto “AL LADO con las personas afectadas por una enfermedad mental grave”, en coordinación con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Se trata de una estrategia de cooperación entre los servicios sanitarios y de apoyo social y los movimientos asociativos de familiares y personas con enfermedad mental, con la finalidad de propiciar los mejores apoyos posibles a la persona y familia afectadas, partiendo de la coordinación de servicios y asociaciones, con la perspectiva de la recuperación, a través de la ganancia efectiva en salud. En 2012 se publicó el documento del proyecto y una “guía de bolsillo” como herramienta de implementación en la provincia de Sevilla. Este proyecto se extenderá al resto de las provincias andaluzas en los próximos años.

- o Colaboración con la Federación En Primera Persona para la creación y mantenimiento de una red de apoyo mutuo entre usuarios de salud mental y además, establecer un vínculo entre esta red y los servicios de salud mental, para que el apoyo mutuo pueda ser un recurso complementario en la atención a las personas con enfermedad mental. Inicialmente se desarrolló un proyecto piloto en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, dando lugar a la figura de agentes de apoyo mutuo, con varias experiencias en los servicios de salud mental. Posteriormente, la red de apoyo mutuo se ha ido consolidando a través de las acciones que desarrolla la propia Federación.
- o Participación de FEAFES-Andalucía y En Primera Persona en la estrategia andaluza contra el estigma “1decada4”, formando parte del Grupo Andaluz de Sensibilización en Salud Mental, junto a la EASP, FAISEM y el SAS. En el marco de esta iniciativa intersectorial, se han desarrollado acciones dirigidas tanto a la población general como a determinados públicos específicos, seleccionados por su papel fundamental para invertir los procesos de discriminación y exclusión social.
- o Así mismo, participación de FEAFES-Andalucía y En Primera Persona en el grupo de trabajo intersectorial sobre Salud Mental y Derechos Humanos, creado por el PISMA en colaboración con la EASP, para abordar la perspectiva de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental.
- o Celebración de las III Jornadas Andaluzas de Salud Mental Comunitaria en 2011, con participación de profesionales, pacientes y familiares de toda Andalucía.
- o Actos conjuntos celebrados en torno al Día Mundial de la Salud Mental, liderados por los movimientos asociativos.
- o Finalmente, se ha mantenido la participación de FAISEM en el Comité Ejecutivo del CERMI-ANDALUCÍA y en sus diferentes comisiones.

14. Epidemiología, evaluación y sistemas de información

- o Se está finalizando el estudio epidemiológico del Plan Integral (PISMA-ep) sobre prevalencia de enfermedades mentales y factores de riesgo asociados en Andalucía. Tras concluirse el proyecto piloto en la provincia de Granada, se procedió al desarrollo de un estudio más amplio a nivel regional, encontrándose en fase de elaboración del informe final de resultados.
- o Incorporación de las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) a los módulos de Citación y de Historia

Clínica de Consultas Externas de DIRAYA, sustituyéndose la aplicación SISMA (Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía).

- o Elaboración y difusión de boletines mensuales de indicadores de actividad asistencial en salud mental, con información procedente de las herramientas de explotación de datos disponibles en el SSPA (INFHOS, Diábaco, MTI-Citas e INIHOS), así como del SISMA 3N (sistema de información todavía existente en varios de los terceros niveles: Unidades de Rehabilitación, Hospitales de Día y Comunidades Terapéuticas de Salud Mental). Como ya se ha comentado en este informe, la baja utilidad de las actuales fuentes de información para los servicios de salud mental, es una de las áreas deficitarias identificadas, que precisan de mejoras importantes.
- o En la actualidad, a través de varios grupos de trabajo y en colaboración con el Servicio de Participación Profesional y de Coordinación de Sistemas de la Información, se viene trabajando en la integración de todas las unidades funcionales de salud mental en la nueva historia clínica digital de DIRAYA Atención Especializada (Módulos de Estación Clínica y de Cuidados de Enfermería).

15. Formación y desarrollo profesional, investigación y gestión del conocimiento

15.1.- Formación y Desarrollo Profesional

- o Se han venido impulsando planes formativos centralizados desde el Programa de Salud Mental, destinados a apoyar la labor de las y los profesionales sanitarios y a la puesta en marcha de nuevas estrategias vinculadas al PISMA, habiéndose avanzado en el proceso de acreditación de estas actividades en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Parte de los cursos ofertados se han realizado en colaboración con la EASP. En las tablas 48 y 49 se incluyen los cursos centralizados realizados durante el II PISMA, así como sus contenidos principales, ordenados en función del nº de plazas ocupadas.

Tabla 48. Cursos realizados durante el II PISMA (2008-2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Nº de cursos realizados	40	52	61	47	34	21	255
% de cursos acreditados ACSA	30 %	50 %	85,2 %	83 %	88,2 %	71,4 %	77,3 %
Nº de plazas ocupadas	958	1.217	1.050	1.280	749	446	5.700

Tabla 49. Contenidos principales de los cursos realizados durante el II PISMA (2008-2013)

Contenidos principales	Nº de plazas ocupadas
Estigma vs Recuperación en Salud Mental	1.088
Psicoterapia Grupal	517
P.A.I. Trastorno Mental Grave (metodología implantación PAI y consejo dietético para personas con TMG)	493
Ambiente terapéutico en los dispositivos de salud mental	449
Exclusión Social y Salud Mental	436
Gestión del Conocimiento en Salud Mental	380
Intervención Precoz en Psicosis	324
Trastornos de Personalidad	301
P.A.I. Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (metodología implantación PAI e implantación Guías Autoayuda)	267
Herramientas Terapéuticas (habilidades de comunicación, dinámica grupal, entrevista motivacional, metodología enfermera y psicoeducación)	238
Investigación en Salud Mental	205
Jornadas de Atención Comunitaria en Salud Mental	176
Género y Salud Mental	181
Bioética y Derechos Humanos en Salud Mental	127
Infancia y Adolescencia en Salud Mental	124
Promoción y Prevención en Salud Mental	62
Metodología en terapia ocupacional	96
Tratamiento Asertivo Comunitario	60
Psicofarmacología	56
Inmigración y Salud Mental	50
Metodología en trabajo social	44
Enfermedad Mental y Drogodependencias	26

- o Así mismo, las diferentes UGC-SM han desarrollados sus planes formativos, en el marco de la formación continuada de su hospital o área de gestión sanitaria. Un área de mejora detectada en este ámbito es la necesidad de generar una oferta de formación continuada en cada UGC-SM abierta a la participación de profesionales de otras UGC-SM.
- o En colaboración con la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación, se creó un grupo de trabajo con profesionales de enfermería de salud mental, psicología clínica y psiquiatría, con el cometido de elaborar un documento de competencias comunes para la formación especializada en las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de Salud Mental. En este documento, pendiente de publicación, se describen las competencias comunes que se desarrollan en el marco de las UDM durante la formación de las tres especialidades de salud mental.

15.2.- Investigación

- o Creación y puesta en marcha de la Unidad de Apoyo a la Investigación del PISMA (UNiPISMA), con sede en el Hospital San Cecilio de Granada. Esta unidad fue creada para fomentar la investigación clínica en Salud Mental dentro del Servicio Andaluz de Salud, a través de la formación y supervisión de profesionales en tareas de investigación; del desarrollo de una red de investigadores en salud mental; y de la creación de unas líneas comunes de investigación y desarrollo de proyectos de investigación multicéntricos.
- o Creación del espacio web www.unipisma.org, como recurso online de apoyo al UNiPISMA.
- o Realización de cursos específicos destinados a investigadores de salud mental y rotación de estudiantes postgrado (MIR y PIR) por la Unidad de Apoyo a la Investigación.

15.3.- Gestión del Conocimiento

- o Reuniones periódicas del grupo de trabajo de Gestión del Conocimiento en Salud Mental y estrategias para apoyar la creación de grupos locales de gestión del conocimiento en las diferentes UGC-SM.
- o Elaboración y adaptación de materiales para un paquete estandarizado o *Kit* de 6 módulos de una hora aproximada de duración, para el desarrollo de sesiones clínicas en el espacio de formación continuada. Se realizó un curso de formación de formadores como estrategia de implantación, con posterior apoyo a la organización y acreditación de estas sesiones por parte de la EASP.
- o Formación anual básica y avanzada sobre salud mental basada en la evidencia a profesionales de salud mental, realizadas en colaboración con la EASP. Asimismo, se ha diseñado un curso abierto básico online y se han realizado varios cursos acreditados online en los últimos años
- o Diseño, puesta en marcha, mantenimiento y mejora continua del portal www.psicoevidencias.es, que se ha convertido en un lugar de referencia de habla hispana en todo lo relacionado con la gestión del conocimiento en salud mental. En 2011 obtuvo la acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Para facilitar la accesibilidad y fomentar su uso se generan boletines-e de

novedades basadas en la evidencia con ISSN. También se ha activado un perfil en la red social Twitter.

- o Publicación y difusión en 2012 de un manual básico para una atención a la salud mental basada en la evidencia, que da a conocer herramientas para apoyar la toma de decisiones clínicas o para evaluar la práctica asistencial.
- o Elaboración y difusión a toda la red de recomendaciones sobre la adopción de guías de práctica clínica (GPC) para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno afectivo bipolar (TAB). Las GPC seleccionadas provienen del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), por su especificidad y actualidad y consideradas, tras aplicarles el instrumento AGREE, idóneas para valorar su adaptación.
- o Inclusión de objetivos de gestión del conocimiento en los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) y elaboración de una propuesta de indicadores de práctica clínica basada en la evidencia para incluir en futuros AGC.

V.- EVALUACIÓN CUALITATIVA

En este último apartado se resaltan las principales valoraciones sobre el desarrollo del II PISMA, que han señalado los/as profesionales que han venido coordinando las líneas estratégicas y las Direcciones de UGC-SM, a través de diferentes metodologías cualitativas.

1) Promoción y Prevención.-

Sobre las actuaciones en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, se precisa un esfuerzo mayor para priorizar objetivos y actividades a corto y medio plazo⁴⁸. Y asimismo, trabajar con el ámbito educativo para abordar los cambios en la cultura y los hábitos de la población infantil y adolescente.

2) Mejoras en la atención y la práctica clínica.-

Se valora positivamente la gestión por procesos asistenciales y otros procedimientos basados en la evidencia, que aseguran la continuidad asistencial y han reducido la variabilidad en la práctica clínica en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, la implantación de los procesos asistenciales ha sido muy desigual, con diferencias importantes entre los diferentes procesos y las UGC-SM.

Así mismo, el incremento de la demanda procedente de atención primaria, de otras especialidades y de otras instituciones (servicios sociales, educación, justicia...) como consecuencia del impacto de la crisis económica, unido a los recortes presupuestarios, ha mermado la calidad de la atención que precisan los pacientes con trastornos mentales graves, con el riesgo de imponerse la denominada “ley de cuidados inversos”. Además, ante la presión asistencial, en ocasiones sobredimensionada por la excesiva psiquiatrización y psicologización de la vida cotidiana, se ha producido un incremento de las prescripciones farmacológicas frente a otras alternativas psicológicas y/o psicosociales, respaldadas por la evidencia. Sobre este último aspecto, también se comenta la posible influencia de la presión constante de la industria farmacéutica, que sigue presente.

Un aspecto positivo de la crisis económica es que esta sirve como elemento de reflexión y evaluación sobre que medidas son más coste-efectivas, destacando la necesidad de eliminar aquellas acciones que no producen resultados en salud (dejar de

⁴⁸ Surgen muchos enunciados ligados a la importancia del trabajo con jóvenes y a las intervenciones en psicosis.

hacer), además de ampliar la mirada hacia otras alternativas de intervención y/o fuentes de recursos, de índole más comunitaria y no tenidas en cuenta con anterioridad.

Como áreas de mejora más prioritarias, se señala la atención a la infancia y la adolescencia, la atención a urgencias, las intervenciones de rehabilitación psicosocial orientadas a la recuperación, los programas de salud mental de enlace, los programas de tratamientos asertivos y la atención específica a personas con TMG en riesgo o situación de exclusión.

3) Modelo comunitario, recuperación y lucha contra el estigma.-

Teniendo en cuenta los avances de Andalucía en lo concerniente al modelo comunitario y más recientemente sobre el enfoque de la recuperación, así como una mayor sensibilidad social y política hacia la salud mental, las limitaciones presupuestarias de los últimos años han supuesto una amenaza o, más bien, un retroceso en dicho proceso.

Por este motivo, es muy importante que la apuesta comunitaria de los servicios de salud mental en Andalucía siga siendo respaldada tanto institucionalmente como por parte de los colectivos profesionales, personas usuarias y familiares. Se evidencia una brecha importante entre las Unidades de Hospitalización, más centradas en un modelo más biomédico y el resto de dispositivos asistenciales, más abiertos al enfoque de la rehabilitación psicosocial y la recuperación.

Se reconoce el avance en formación de profesionales sanitarios en la lucha contra el estigma. Sin embargo, el estigma sigue estando presente en el SSPA. La salud mental sufre de incomprensión y no reconocimiento por parte de las y los responsables sanitarios: no se reconocen sus particularidades específicas; las infraestructuras no se mantienen al mismo nivel que el resto de dependencias sanitarias; se le exige la misma “rentabilidad” a sus actividades que al resto de intervenciones sanitarias; y lo más grave, las personas con enfermedad mental siguen percibiendo discriminación al ser atendidas en el sistema sanitario, especialmente, en los servicios de urgencias.

Por otro lado, el estigma social, que sigue presente en la sociedad, se ha visto reforzado con las últimas medidas institucionales (estigma institucional) en relación a la propuesta de revisión del código penal, de alargar el internamiento de personas con enfermedad mental grave tras el cumplimiento de una medida seguridad impuesta por la comisión de un delito, así como con la propuesta de incorporar la enfermedad mental grave como riesgo para la salud pública, ambas iniciativas finalmente fueron

desechadas por la presión del colectivo de personas con enfermedad mental, familiares y profesionales.

4) Comunicación, cooperación y coordinación sanitaria e intersectorial.-

Se valora positivamente la cooperación entre los niveles de atención primaria y salud mental, incluyendo la coordinación directa entre enfermería de salud mental y enfermería de atención primaria, siendo esta valoración todavía mayor en las UGC-SM de Áreas de Gestión Sanitaria.

No obstante, se echa en falta una comunicación más efectiva entre profesionales sanitarios, existiendo problemas de coordinación interniveles (atención primaria, salud mental, otras especialidades, servicios de urgencias...). La enfermedad mental y los servicios disponibles siguen siendo grandes desconocidos para un amplio sector del SSPA.

Algunas UGC-SM no han actualizado el mapa Atención Primaria - Salud Mental, a diferencia del resto de especialidades, manteniéndose disfuncionalidades que afectan la continuidad asistencial y ocasionan molestias innecesarias a las poblaciones afectadas.

Durante los últimos años, la prioridad se ha centrado en la reducción de las listas de espera, sin espacio para otras actividades como la gestión de equipos o la coordinación y cooperación intersectorial. Aunque este último aspecto es muy valorado, y característico de nuestro modelo de atención, se percibe un retroceso en las relaciones con otros sectores (educación, servicios sociales, justicia...), que cuestionan la continuidad asistencial.

Como acción de mejora se plantea el pacto de objetivos comunes entre el PISMA, UGC-SM, Atención Primaria y otros servicios de atención hospitalaria y la potenciación de los acuerdos de cooperación intersectorial.

5) Participación.-

Se valora positivamente la existencia de los movimientos asociativos de familiares y personas con enfermedad mental, y muy especialmente de aquellos autogestionados por usuarios/as (claves para la recuperación). Aunque la cooperación con ambos movimientos es también valorada como muy positiva, al mismo tiempo se critica la escasa participación de usuarios y familiares en actividades de gestión y planificación.

Otro de los logros más mencionados del II PISMA, ha sido la participación, tanto en la elaboración como en la implantación, de distintos agentes involucrados en la atención a la salud mental: profesionales asistenciales, personas con enfermedad mental y sus familiares, profesionales de FAISEM, etc.

La situación de crisis económica de los últimos años ha limitado el esfuerzo social solidario con riesgo de pérdida de influencia del movimiento asociativo. Así mismo, la dispersión familiar, más extendida en los últimos tiempos, lleva consigo mayores dificultades de la familia para acompañar a la persona con enfermedad mental.

6) Formación, Gestión del Conocimiento e investigación.-

Se reconoce el avance en la estrategia de gestión del conocimiento, en la formación continuada y en la existencia de las Unidades Docentes Multiprofesionales para la formación postgrado. El flujo constante de residentes posibilita la generación de nuevas iniciativas y la revisión continua de nuestra práctica clínica.

No obstante, las limitaciones presupuestarias han tenido, también en formación, una gran incidencia, al dejar de financiarse los gastos que esta genera al realizarse fuera del centro y, con frecuencia, de la ciudad de residencia (dietas y alojamiento). En sentido positivo, esto ha obligado a un replanteamiento estratégico de la formación continuada, potenciando la utilización de las nuevas tecnologías con la formación virtual y, también, realizando mayor número de actividades formativas de ámbito local. También se ha avanzado en materia de investigación, aunque esta área sigue necesitando de un impulso importante, sobre todo en lo concerniente a la investigación en red focalizada en la evaluación de programas asistenciales.

Se precisa de más formación para contribuir a la implantación de protocolos, procesos asistenciales y guías de práctica clínica, así como para combatir el estigma, y de más apoyo institucional a la investigación en el ámbito de los servicios de salud mental.

7) Sistemas de Información.-

Se valora de manera positiva el desarrollo y uso de las nuevas tecnologías en nuestro ámbito, así como la incorporación a la Historia Clínica de Diraya. No obstante, es generalizada la crítica a los sistemas de explotación de datos.

Los sistemas de información son deficitarios y dificultan el seguimiento de los datos de la UGC-SM y de la evolución del cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica. Los indicadores asistenciales actuales, aunque muy numerosos no reflejan la actividad real de los dispositivos. El paso del SISMA a DIRAYA,

con el escaso desarrollo de este último, hace imposible una planificación que tenga como soporte datos asistenciales reales. Por ello, se hace necesario insistir en el desarrollo de DIRAYA Atención Especializada como una prioridad.

8) Recursos humanos y materiales.-

La gestión de los recursos humanos aparece como un elemento clave. Las limitaciones presupuestarias, con la drástica disminución del gasto en el Capítulo I del Presupuesto de la Junta de Andalucía, ha entorpecido el desarrollo del Plan Integral y ha generado malestar en las y los profesionales, incrementándose el riesgo de desmotivación y desinterés por las condiciones laborales de los últimos años. No obstante, a pesar de estas circunstancias, el compromiso y la motivación de una gran parte de las y los profesionales sigue siendo el motor principal de nuestra labor asistencial.

En general, el colectivo de profesionales se caracteriza por una alta cualificación, experiencia clínica y conocimiento del medio comunitario, y muestra una elevada capacidad de adaptación ante las limitaciones de recursos, buscando las mejores alternativas posibles. Así mismo, participa desinteresadamente en la formación continuada ofrecida, tanto desde los Hospitales / AGS como de manera centralizada desde el PISMA, y muestra interés en la actividad investigadora, a pesar de las escasas posibilidades de obtener apoyo desde las convocatorias públicas de ayuda a la investigación en Salud.

Paradójicamente, a pesar del crecimiento demográfico y del aumento de la demanda asistencial de los últimos años, se ha reducido el número de profesionales de plantilla. Esta reducción se ha producido por la limitada cobertura de la tasa de reposición de jubilaciones, por la no sustitución de las bajas prolongadas y por la limitación de los contratos eventuales a trabajar sólo el 75 % de la jornada (situación que afecta sobre todo al personal facultativo), con la consiguiente reducción de sus retribuciones.

El incremento de profesionales producido hasta 2011 se ha visto mermado con la reducción de plantilla de los últimos años, siendo el balance final de tan solo 67 profesionales más que a principios de 2008. Como se muestra en la tabla 36, los objetivos relacionados con el incremento de la ratio de profesionales en las USMC distan mucho de haberse cumplido (se ha llegado solamente al 8 % del objetivo marcado para facultativos y al 4 % del marcado para enfermeras). Teniendo en cuenta el crecimiento demográfico ya comentado, la tasa de profesionales por habitantes ha disminuido durante el periodo evaluado.

La mejora de los recursos humanos se plantea como estratégica para el futuro, proponiéndose los siguientes objetivos:

- Estabilización de plantillas en salud mental, tanto en los dispositivos ambulatorios como en los hospitalarios. En estos últimos, hay que evitar el continuo intercambio de profesionales de otros servicios, muchos de ellos sin competencias específicas para trabajar en salud mental;
- Equilibrar la ratio de profesionales por habitantes en las diferentes UGC-SM, acercándose a la media andaluza;
- Cubrir las plazas pendientes de cargos intermedios y supervisiones de enfermería;
- Ofrecer formación e incentivar al personal para trabajar en las prioridades del Plan Integral, haciendo uso del sistema de acreditación de la ACSA, susceptible de mejora para adaptarse a un modelo de competencias profesionales desde una perspectiva comunitaria y de recuperación.
- Identificar competencias y seleccionar a profesionales conforme a ellas (contrataciones por perfil para los grupos A, B, C y D);
- Creación de la categoría sanitaria de enfermera especialista en salud mental;
- Apoyo con recursos materiales (acceso a internet desde los servicios, correo electrónico, etc.) y liberación de tiempo en las agendas para proyectos ligados a prioridades del Plan Integral; y
- Incentivar la actividad comunitaria en los dispositivos asistenciales facilitando el desplazamiento y la flexibilización de las agendas, incrementando la dotación de profesionales e incorporando esta actividad a los objetivos personalizados ligados a incentivos.

Por otro lado, se plantean muchos problemas ligados a la dotación y reparto de recursos:

- Problemas de accesibilidad a los dispositivos en general, siendo esta limitación mas acentuada en las zonas rurales o UGC-SM más pequeñas, que no cuentan con un circuito asistencial completo. Además, en las zonas rurales los problemas de accesibilidad a los servicios se ven acentuados por la dispersión geográfica de los pequeños núcleos de población.
- Otro aspecto a mejorar es la distribución de los recursos de apoyo social (residenciales, ocupacionales y/o laborales), que en ocasiones no siguen criterios de equidad y accesibilidad.
- También existen limitaciones para hacer frente a los gastos en materiales utilizados en las actividades ocupacionales, con una burocratización excesiva que interfiere en el funcionamiento cotidiano de los servicios.

- Se detecta un déficit en algunas infraestructuras, como la ubicación de dispositivos en espacios no adecuados, dificultades para reparar desperfectos o la necesidad de contar con espacios diferenciados para la población infantil y adolescente.
- La actual cartera de servicios es inabarcable con los recursos disponibles en este momento.

En este sentido se entiende que es necesario optimizar los recursos en tiempos de crisis. Hay que identificar y optimizar el uso de recursos no destinados específicamente a las personas con enfermedad mental (comunitarios, ocupacionales, etc.), adaptándolos a sus necesidades.

En relación a los recursos específicos para personas con enfermedad mental, es preciso fortalecer la red de apoyo social (FAISEM y otros recursos vinculados a la Ley de Dependencia), así como modificar el procedimiento actual de evaluación del grado de dependencia, escasamente adaptado a las necesidades de las personas con enfermedad mental.

9) Gestión Clínica.-

Sin duda, la publicación del Decreto 77/2008, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, fue un espaldarazo a la gestión clínica en salud mental. Las Direcciones de Unidad y las Coordinaciones de Cuidados se perciben como un equipo cohesionado y de referencia para los dispositivos y profesionales de la UGC-SM, posibilitando una relación fluida entre las diferentes coordinaciones de dispositivos y la propia Dirección de la Unidad.

Así mismo, se aplaude el uso de los Acuerdos de Gestión Clínica para unificar criterios y actuaciones en el ámbito de la salud mental, si bien se pide que se tengan en cuenta las características, diferencias de tamaño y posibilidades de cada UGC-SM, especialmente de aquellas más pequeñas y/o con mayor dispersión. Se menciona el valor positivo de las UGC de tamaño medio.

También se considera un avance para las UGC-SM el modelo de acreditación de la ACSA, si bien y al igual que para los profesionales, el sistema es susceptible de mejora para adaptarse a nuestra realidad.

Dicho esto, el desarrollo de la gestión clínica es limitada, considerándose una debilidad. Las direcciones de UGC-SM tienen una capacidad de maniobra mínima en cuanto a la gestión de personal o de su propio presupuesto. La paralización del desarrollo del Decreto 77/2008 mantiene todavía en muchos casos la adscripción de

profesionales de las unidades de salud mental comunitaria a los Distritos Sanitarios de Atención Primaria, sin integrarse en el área hospitalaria correspondiente tal como prescribe el Decreto. Esta situación de doble dependencia administrativa de los profesionales de un mismo dispositivo, genera dificultades para la organización del trabajo en equipo. Además, se mantiene una doble dependencia funcional de los profesionales de enfermería (Coordinaciones de Cuidados de las UGC-SM y Direcciones de Enfermería de Hospitales/AGS), ocasionando, en algunos casos, situaciones de solapamiento de funciones que han de aclararse.

Los actuales planteamientos médico-quirúrgicos para la mayoría de Unidades de Gestión Clínica del SSPA no siempre son adaptables a las realidades de las UGC de Salud Mental.

En algunas UGC-SM se echa en falta más apoyo por parte de las Direcciones Gerencias de Hospitales/AGS; una mayor participación en la concreción de objetivos para los Acuerdos de Gestión Clínica; y más autonomía para la toma de decisiones.

10) Vinculación de las UGC-SM al PISMA.-

EL PISMA se considera una herramienta útil y una guía estratégica para la planificación y gestión de los servicios de salud mental, sirviendo de apoyo a las Direcciones de las UGC-SM para negociar con sus respectivas Direcciones Gerencias.

Sin embargo, se evidencia una falta de conocimiento del PISMA por parte de muchos profesionales y un cierto distanciamiento entre el Plan y algunas UGC-SM.

Como estrategia de mejora se propone hacer partícipes a todas las Direcciones de UGC-SM y sus profesionales en la elaboración del nuevo Plan desde sus inicios; establecer planes de comunicación interna para acercar el PISMA a todos los profesionales y niveles asistenciales; y potenciar la comunicación y el encuentro entre las Direcciones de UGC-SM y las Coordinaciones de Cuidados a nivel regional.

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

INFORME DE EVALUACIÓN INTERNA
PERIODO 2008-2013



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía