

EVALUACIÓN

Plan Estratégico de Salud Mental
2018-2020



Oficina Regional de Coordinación de
Salud Mental y Adicciones





Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

@ COMUNIDAD DE MADRID.

Edita: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud.

Soporte de edición: publicación en línea (PDF).

Edición: Diciembre 2022



Índice:

1. INTRODUCCIÓN	2
2. PROCESO DE EVALUACIÓN, METODOLOGÍA Y APRENDIZAJE	3
- <i>Aprendizaje y mejora en el proceso de evaluación</i>	3
- <i>Consideraciones metodológicas</i>	5
3. ANÁLISIS GLOBAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTUACIONES DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2018-2020	9
4. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CON PRESUPUESTO	19
5. RESULTADO Y CONCLUSIONES POR LINEAS ESTRATÉGICAS	25
<i>Linea 0. Desarrollo de la organización</i>	25
<i>Linea 1. Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave</i>	27
<i>Linea 2. Atención a la salud mental en niños y adolescentes</i>	29
<i>Linea 3. Atención a la salud mental en atención primaria</i>	31
<i>Linea 4. Atención a las personas con trastornos adictivos</i>	32
<i>Linea 5. Prevención del suicidio</i>	33
<i>Linea 6. Atención a las personas con trastornos del espectro autista</i>	34
<i>Linea 7. Atención a las personas con trastorno de la conducta alimentaria</i>	35
<i>Linea 8. Atención a las personas con trastornos de la personalidad</i>	36
<i>Linea 9. Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental</i>	37
<i>Linea 10. Formación y cuidado de los profesionales</i>	39
6. CONCLUSIONES GLOBALES	41
7. GLOSARIO DE ABREVIATURAS	43
8. FICHA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	43



▶ 1. INTRODUCCIÓN

El **17 de abril de 2018** fue aprobado el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 (PSM2018-2020) por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid con los informes favorables de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda y de impacto por razón de género de la DG de la Mujer de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Desde entonces hasta el momento actual de evaluación final (Mayo 2021) se han desarrollado todas las actuaciones con dotación presupuestaria previstas para los años **2018, 2019 y 2020** en cuanto a nuevas acciones de recursos humanos, casi por completo las relacionadas con concurso de camas, en su totalidad las destinadas a formación de profesionales y se ha avanzado en las restantes actuaciones organizativas sin presupuesto, tanto de manera central desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) como desde los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental.

Destaca la coincidencia en el **último año del Plan** con la **pandemia** sobrevenida por **COVID19**, que ha condicionado inevitablemente el desarrollo del mismo, especialmente en las cuestiones organizativas y de coordinación, si bien se ha ejecutado el presupuesto planificado para 2020 en su totalidad, junto con uno adicional

específico, estimado para cubrir las necesidades propias del momento, a través del *Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la crisis por COVID19*, aprobado en junio de 2020.

En el presente informe se muestran los **resultados globales** de la evaluación del plan por líneas estratégicas, así como los de las **actuaciones de alcance central** (desarrolladas desde la Oficina) y de las desarrolladas con carácter local **por los Servicios y Áreas de Gestión**. En el cuarto apartado se analizan específicamente las **actuaciones realizadas con presupuesto**. A continuación se presentan los resultados totales y las conclusiones del análisis de cada una de las **10 líneas estratégicas** teniendo en cuenta los resultados de cada actuación y el contexto de evaluación con las limitaciones y valoraciones extraídas en su desarrollo. Todo ello se plantea con objeto de facilitar la obtención de conclusiones de cara a la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental y Adicciones.

De forma complementaria a este informe, se han elaborado informes internos de trabajo e informes individuales que se entregarán a cada uno de los Servicios/Áreas de Gestión participantes con el análisis de sus resultados individuales comparado con los resultados medios de todos los Servicios.



▶ 2. PROCESO DE EVALUACIÓN, METODOLOGÍA Y APRENDIZAJE

El proceso de evaluación ha constado de una fase de ejecución del plan presupuestario, incorporación de recursos en las unidades y acciones de coordinación de alcance central, que se ha llevado a cabo desde la **Oficina** con las **unidades técnicas centrales** de participación (Formación, UVOPSE y con la colaboración de los departamentos de Recursos Humanos y Gestión Económica). Una segunda fase se ha centrado en la autoevaluación de dos tiempos realizada por los **Servicios y Áreas de Gestión Clínica** sobre las actuaciones de alcance local. Finalmente se ha concluido con una fase final de evaluación integrada de actuaciones centrales, locales y de estructura (Figura1).

▶ *Aprendizaje y mejora en el proceso de evaluación*

El Plan consta de *81 objetivos y finalmente 292 actuaciones*, lo que supone una cantidad extensa de propuestas cuya implementación razonable parece exceder el marco cronológico planteado de tres años.

En este sentido, se planteó inicialmente una priorización por importancia de problema y capacidad de intervención, que resultaba complicada considerando la *fortaleza del contenido del plan en toda su extensión y complejidad*, dado el consenso alcanzado en los grupos de trabajo, unido a las aportaciones de los grupos de interés. Por ello, finalmente, se decidió afrontar la

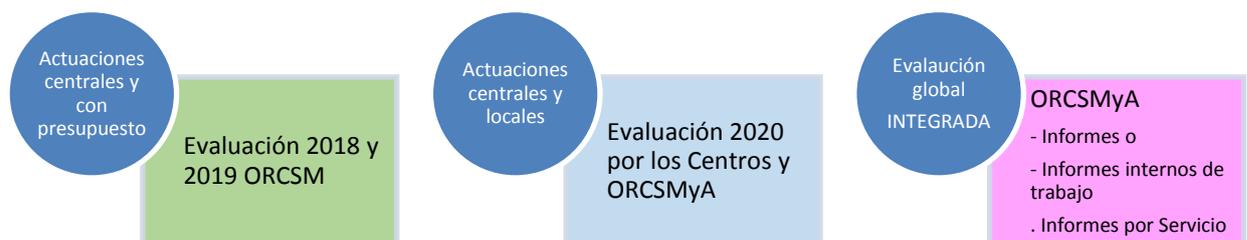


Figura 1. Fases y responsables del proceso de evaluación del Plan de Salud Mental 2018-2020

Si bien una de las actuaciones a desarrollar en 2020 era la conformación del Observatorio de Salud Mental para participar en el proceso evaluador, no fue posible por la crisis pandémica que se interpuso en el normal desarrollo de las actuaciones planificadas.

totalidad de las actuaciones, *y dar prioridad a las que contaban con presupuesto para asegurar su ejecución, ya que podían facilitar las organizativas futuras*. Por tanto, se optó por considerar el plan en su conjunto como oportunidad de desarrollo de la organización y *hoja de ruta a seguir no sólo en el corto, sino también en el medio y largo plazo*.



La velocidad para avanzar por el camino marcado vendría establecida, por tanto, por la misma organización, a través del cumplimiento de actuaciones.

Esta evaluación se toma, por tanto, como un receso en el camino a seguir por la organización marcado de forma participativa en el Plan 2018-2020, con la *posibilidad de reconducir y de mejorar la orientación con el presente proceso evaluativo* de cara al siguiente Plan de Salud Mental y Adicciones.

Por otra parte, la dificultad en la medición de algunos indicadores planteados en el Plan, resultó ser así mismo, un limitante de la evaluación del Plan, especialmente para los responsables de la cumplimentación de las fichas de evaluación de los Servicios y áreas de Gestión, que no disponían en muchos casos de registros específicos, y tampoco eran accesibles por fuentes habituales de Sistemas de información Sanitarios. Y de igual manera para la evaluación técnica desde la Oficina de los resultados locales remitidos.

Los indicadores fueron planteados desde los grupos de trabajo, con la intervención de la Oficina en un sentido de operacionalización de las propuestas y de tratar de no desvirtuar los contenidos emergentes, considerando la riqueza de los grupos multiprofesionales y su proximidad a la realidad asistencial. Por ello se considera que, si bien han existido dificultades a la hora de establecer los criterios de medición, aporta la oportunidad de aproximarnos a las realidades señaladas por cada

grupo de trabajo en la situación de partida con los recursos existentes, y *tomarla, por tanto, como un campo de aprendizaje para el planteamiento de objetivos y mediciones del siguiente Plan.* Y de la misma manera, una fuente de identificación de puntos de mejora en la información clave de determinados procesos asistenciales.

A través del presente Plan la Oficina se ha alineado con los Servicios y Áreas de gestión en el planteamiento y afrontamiento de acciones de mejora con una visión conjunta, por lo que el conocimiento sobre lo que puede o no ser medible y las limitaciones de medición, se considera un *punto de partida privilegiado para su continuación mejorada en los próximos años a través del siguiente Plan de Salud Mental y Adicciones.* En este sentido, merece poner en valor el esfuerzo de los Servicios y Unidades, que han dado respuesta a la extensa y compleja relación de indicadores solicitados para la evaluación del plan.

La presente evaluación, desde el punto de vista teórico, se plantea considerando la *información y documentación disponibles en algunos casos, y producida en la mayoría de ellos,* por la ausencia de registros previos. Los criterios y estándares marcados en la evaluación se establecieron en base a los resultados aportados por los centros, *con un horizonte de perfectibilidad y una orientación de proceso y participativa más que puramente positivista (tabla 1).*



Orientación de la evaluación	Función del evaluador	Horizonte
<i>Positivista</i>	<i>Técnica</i>	<i>Perfección</i>
	<i>Juzgar</i>	
<i>Procesos</i>	<i>Describir</i>	<i>Perfectibilidad</i>
<i>Participativa</i>	<i>Negociar</i>	

Tabla 1. Tres orientaciones posibles de la evaluación. En azul la orientación de la presente evaluación

La evaluación se plantea así mismo desde una perspectiva mixta cuantitativa (cuantificación en proporciones de actuaciones finalizadas, en desarrollo y pendientes) y cualitativa, para la contextualización y obtención de conclusiones, a partir de la información de los espacios compartidos con profesionales y usuarios en los años de vigencia del plan. En este sentido, el contacto directo con los centros en los

diversos **espacios compartidos** en las Comisiones desde el Área de Coordinación Asistencial de la Oficina y en otros grupos de trabajo, así como la gestión específica de casos y apoyo en programas y procesos, supone una fuente esencial de información sobre la situación en la que se desarrollan las actuaciones que se planifican. Como consecuencia de la experiencia en estos años, la nueva Unidad Técnica de Planificación, Calidad y Evaluación de la Oficina, tiene el objetivo de continuar trabajando de forma imbricada con el Área de coordinación asistencial y los centros, para facilitar la orientación de las medidas centrales y su implementación hacia la mejora de la atención a las personas.

► *Consideraciones metodológicas*

Del total de 292 actuaciones desplegadas en los 81 objetivos del plan, en 183 correspondía su puesta en marcha a la ORCSMA (alcance central) y en 95 a los Servicios y áreas de gestión que conforman la Red de Salud Mental (denominadas por su alcance como acciones locales o de proximidad). Las restantes 14 actuaciones se consideraron mixtas al tener participación compartida por la Oficina y los Servicios y Áreas. La distribución en las líneas estratégicas se observa en la tabla 2.

La evaluación del PSM se ha realizado a partir del análisis del cumplimiento de las actuaciones, estableciéndose cuatro categorías de valoración:

- FINALIZADO** (F): se considera que la actuación ha sido puesta en marcha y ejecutada de forma satisfactoria.
- EN DESARROLLO** (ED): se considera que la actuación se ha puesto en marcha y está iniciada pero no ha culminado su ejecución suficientemente.
- PENDIENTE** (P): se considera que la actuación no se ha puesto en marcha.
- NO APLICA** (NA): la actuación concreta no es aplicable en la unidad en la que se evalúa.



La categorización de cada actuación se ha realizado, según su alcance de la siguiente manera:

- a) Para las actuaciones *centrales*, la ORCSMA ha evaluado las actuaciones basándose en la información disponible. Cada actuación ha sido clasificada como Finalizada, En desarrollo, Pendiente o No aplicable.
- b) En el caso de las actuaciones de *alcance local*, se han analizado cada una de las fichas remitidas por los 23 Servicios/Áreas de gestión clínica que han autocumplimentado los resultados, así como los centros con plazas de hospitalización de media y larga estancia, en las actuaciones que les aplicaban. Se han establecido criterios de valoración para cada una de las actuaciones a partir de los que se han categorizado. El resultado que se ofrece para cada actuación es la proporción de Finalizadas, En desarrollo, Pendientes o No aplicables respecto del total de las unidades respondedoras.

Perspectiva		Líneas estratégicas		Objetivos	Actuaciones totales	Centrales	Locales	Mixtas
A p r e f i n d i z a r e y	Organización	Línea 0	Desarrollo de la organización	13	30	30	0	0
		Línea 1	Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave	10	40	23	14	3
		Línea 2	Atención a la Salud Mental en niños y adolescentes	8	25	11	13	1
	Procesos internos	Línea 3	Atención a la Salud Mental en Atención Primaria	4	15	10	5	0
		Línea 4	Atención a las personas con trastornos adictivos	3	12	7	4	1
		Línea 5	Prevención del suicidio	5	24	14	10	0
		Línea 6	Atención a las personas con trastornos del espectro autista	7	23	14	9	0
		Línea 7	Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria	8	27	19	7	1
		Línea 8	Atención a las personas con trastornos de la personalidad	7	18	5	7	6
		Agentes de interés	Línea 9	Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental	10	50	30	18
Línea 10	Formación y cuidado de los profesionales		6	28	20	8	0	
Totales		11 líneas estratégicas		81	292	183	95	14

Tabla 2. Distribución de los Objetivos Estratégicos y las Actuaciones del Plan según alcance central, local y mixto.

En la figura 2 se muestra un ejemplo de la ficha de solicitud de información que cumplimentaron todas las unidades. La Ficha consta de una hoja por cada línea estratégica en la que se albergan los indicadores de alcance local con fórmula de medición y aclaraciones para su más fácil cumplimentación:

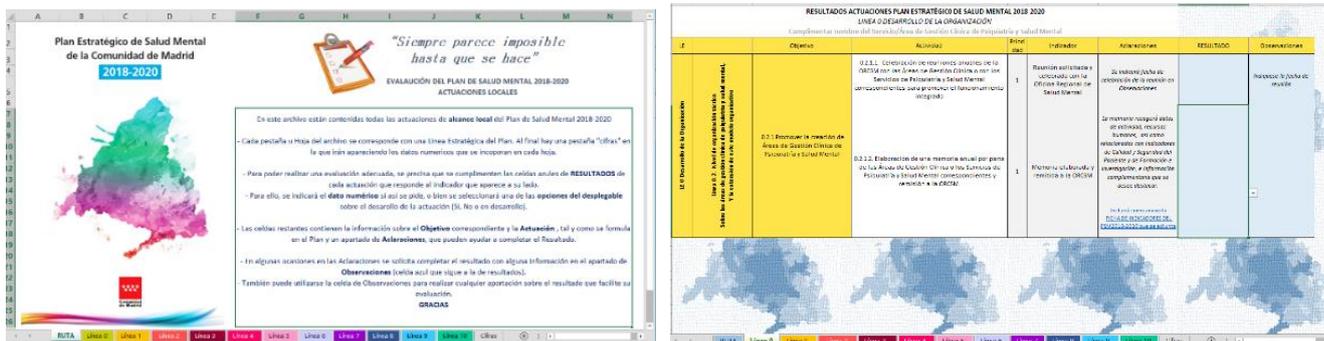


Figura 2. Muestra de Fichas de recogida de información para evaluación de los centros.

- c) Por último, las actuaciones *mixtas* se han analizado de forma independiente, siguiendo los criterios de las actuaciones locales o centrales, tal y como se ha descrito en los puntos a) y b) respectivamente. Por tanto, al efecto del análisis proporcional se han considerado 28 actuaciones en lugar de 14.

Un ejemplo de estas actuaciones mixtas es la 1.1.1.5. Implementación de programa de enfermería domiciliar especializada en salud mental. Desde la ORCSM, se ha promovido, por una parte, de acuerdo con la memoria económica del Plan para 2019, la creación de 33 nuevas plazas de enfermería domiciliar en los Centros de Salud Mental, que ya ha sido efectiva. Por otra parte, se ha constituido un grupo de trabajo específico en enfermería en salud mental dentro de la Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería, que ha elaborado un "Documento Técnico de recomendaciones para la visita domiciliar en la Enfermera Especialista de Salud Mental". Las visitas domiciliarias se desarrollarán desde los centros, cuya actividad y perfil de personas atendidas se evaluará a través de indicadores establecidos desde la ORCSM incorporados en el documento de Recomendaciones Técnicas distribuido a los centros.

Una vez evaluadas la totalidad de las actuaciones, se ha procedido a realizar los siguientes análisis:

- a) **Análisis central:** se analizan las actuaciones CENTRALES (183) junto con la parte central de las MIXTAS (14). En el caso de la actuación 10.1.1 que se divide en 10 subactuaciones, dada su relevancia individual, se analizan como actuaciones separadas. Por tanto, el análisis central se basará en la evaluación de 206 actuaciones. La evaluación se presenta globalmente y por Líneas Estratégicas.
- b) **Análisis local:** se analizan las actuaciones LOCALES (95) junto con la parte local de las MIXTAS (14). Por tanto, el análisis local se basará en la evaluación de 109 actuaciones para cada una de las unidades de



análisis (23 Servicios o Áreas de Gestión con respuesta). La evaluación se presenta globalmente y por Líneas Estratégicas.

- c) Análisis global: se presenta un resultado global de la evaluación del PSM obteniendo el promedio del sumatorio de los porcentajes de actuaciones finalizadas y en desarrollo para las actuaciones centrales (y mixtas de alcance central) y las locales (y mixtas locales). Este promedio se ha ponderado teniendo en cuenta la proporción de actuaciones locales y centrales en cada una de las líneas Estratégicas.



3. ANÁLISIS GLOBAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTUACIONES DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2018-2020

A continuación se presentan los resultados globales de cumplimiento del Plan considerando la suma de actuaciones en desarrollo y finalizadas, de alcance local y central, habiendo excluido las actuaciones no aplicables. Podemos decir que el 74% del total de las actuaciones del plan se encuentran en desarrollo o finalizadas, siendo las finalizadas un 49% del total (tablas 3 y 4)

		% Finalizado +en Desarrollo		
		Actuaciones LOCALES	Actuaciones CENTRALES	PROMEDIO PONDERADO
Línea 0	Desarrollo de la organización		72,4%	72,4%
Línea 1	Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave	69,4%	84,6%	78,6%
Línea 2	Atención a la Salud Mental en niños y adolescentes	73,0%	83,3%	77,7%
Línea 3	Atención a la Salud Mental en Atención Primaria	52,0%	40,0%	44,0%
Línea 4	Atención a las personas con trastornos adictivos	46,7%	87,5%	71,8%
Línea 5	Prevención del suicidio	71,0%	92,9%	83,7%
Línea 6	Atención a las personas con trastornos del espectro autista	64,9%	71,4%	68,9%
Línea 7	Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria	59,4%	65,0%	63,4%
Línea 8	Atención a las personas con trastornos de la personalidad	49,3%	81,8%	64,2%
Línea 9	Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental	62,0%	90,6%	79,6%
Línea 10	Formación y cuidado de los profesionales	65,6%	89,7%	84,5%
GLOBAL DE LAS 11 Líneas		62,9%	80%	74,1%

Tabla 3. Proporción de actuaciones finalizadas y en desarrollo como medida del cumplimiento global.

En la tabla 4 se muestra la distribución exclusivamente de las actuaciones finalizadas, de la que se concluye el cumplimiento del 49,4%, con resultados similares en las actuaciones de alcance local y central (46,8% y 50,7% respectivamente). Para comparar el avance global de cada línea podemos fijarnos en la representación de la figura 3, en la que se observa el mayor avance global finalizadas+ en desarrollo (en torno al 80%) en la línea 1 (Trastorno mental grave), línea 2 (Salud mental en niños y adolescentes), línea 5 (Prevención del suicidio), línea 9 (Participación, humanización y lucha contra el estigma) y línea 10 (Formación y cuidado de los profesionales). Con un avance intermedio (en torno al 70%) se encuentran la línea 0 (Desarrollo de la organización), la línea 4 (Trastornos adictivos) y la línea 6 (Espectro autista). Menor grado de cumplimiento aparece en las líneas 8 (Trastornos



de personalidad), en la línea 7 (Trastornos de conducta alimentaria) y en la línea 3 (Atención a la salud mental en Atención primaria), con una lectura muy diferente, como se analizará más adelante. Cabe destacar un mayor gradiente finalizadas+en desarrollo a favor de las actuaciones de alcance central en la Línea de Adicciones (muy relacionado con el avance en la estructura integrada de la organización desde la Oficina) y en sentido inverso (más proporción de cumplimiento en las locales que en las centrales) en la Línea de Atención Primaria. El análisis pormenorizado de cada una de las líneas se realiza en el apartado propio.

		% Finalizado		Nº actuaciones			%Finalizado
		Act. LOCAL	Act CENTRAL	Local +Mix	Central + Mixtas	Tot al	PROMEDIO PONDERADO
Línea 0	Desarrollo de la organización		27,6%	0	30	30	27,6%
Línea 1	Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave	43,0%	57,7%	17	26	43	51,9%
Línea 2	Atención a la Salud Mental en niños y adolescentes	54,4%	75,0%	14	12	26	63,9%
Línea 3	Atención a la Salud Mental en Atención Primaria	24,0%	10,0%	5	10	15	14,7%
Línea 4	Atención a las personas con trastornos adictivos	25,7%	37,5%	5	8	13	33,0%
Línea 5	Prevención del suicidio	52,3%	50,0%	10	14	24	51,0%
Línea 6	Atención a las personas con trastornos del espectro autista	49,3%	35,7%	9	14	23	41,0%
Línea 7	Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria	40,6%	55,0%	8	20	28	50,9%
Línea 8	Atención a las personas con trastornos de la personalidad	34,1%	36,4%	13	11	24	35,1%
Línea 9	Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y de personas con trastorno mental	57,6%	65,6%	20	32	52	62,5%
Línea 10	Formación y cuidado de los profesionales	59,4%	69,0%	8	29	37	66,9%
GLOBAL DE LAS 11 Líneas		46,8%	50,7%	109	206	315	49,4%

Tabla 4. Proporción de actuaciones finalizadas como medida del cumplimiento global del Plan por Líneas Estratégicas.

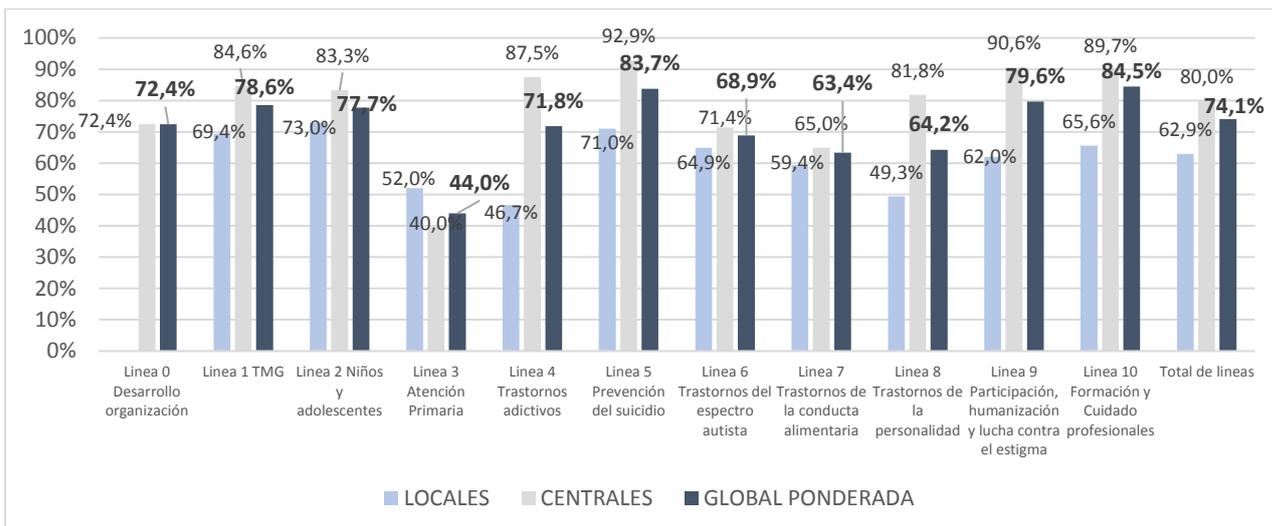


Figura 3. Distribución del cumplimiento global del plan (actuaciones finalizadas y en desarrollo) según alcance central o local y por línea Estratégica.

En la figura 4, podemos ver los resultados en las actuaciones según alcance central y local. En el caso de las actuaciones locales, el 47% se han finalizado, el 16% se encuentran en desarrollo y un 37% de las actuaciones están pendientes. Por su parte, de las actuaciones de alcance central se han finalizado un 51%, el 29% se encuentran en desarrollo y un 20% no se han iniciado y están pendientes.

Se observa por tanto una proporción similar de resultados finalizados, en torno a la mitad de cada grupo (51% de las centrales frente a 47% de las locales). La proporción de actuaciones en desarrollo es superior en las de alcance central (29% frente a 16%) y por ende, las no iniciadas son mayores en el grupo de alcance local (37% pendientes frente al 20% de actuaciones centrales).

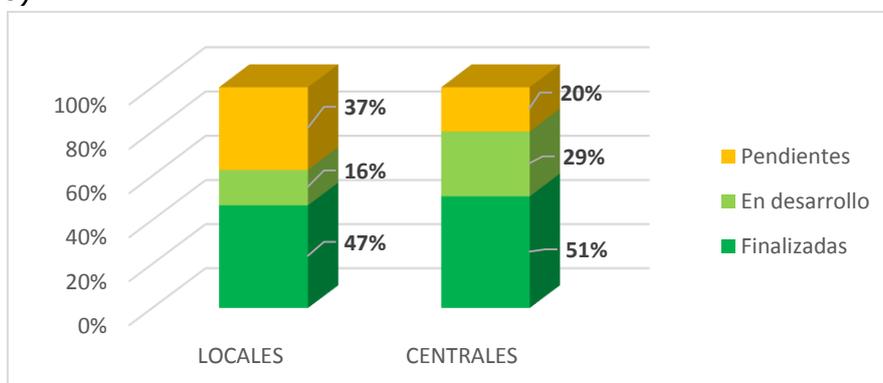


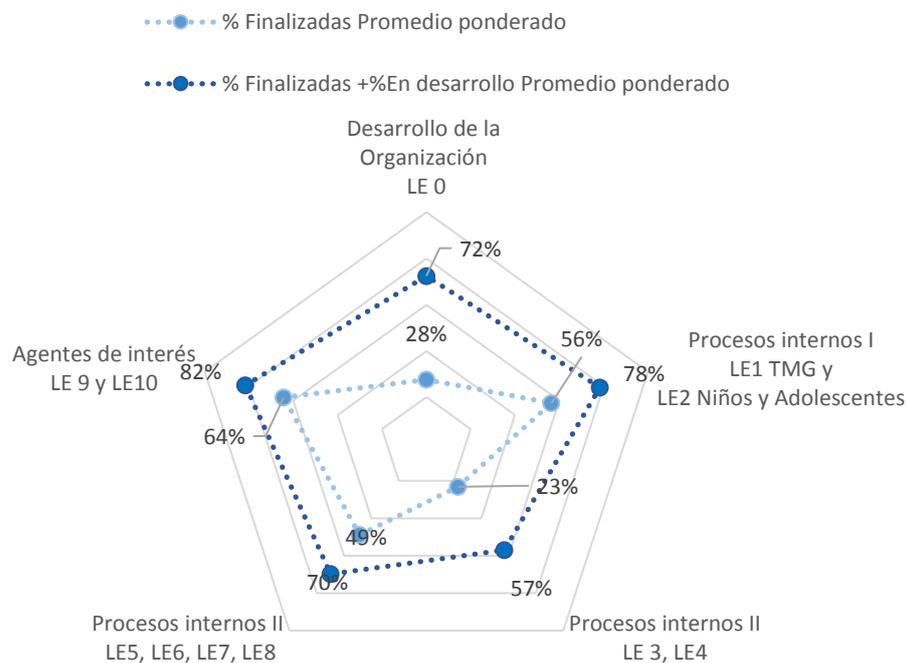
Figura 4. Distribución de las actuaciones del Plan de alcance local y central en función su grado de desarrollo final

Para finalizar, en la figura 5 representamos el avance radial del plan en forma de dimensiones según las perspectivas en que se dividen las líneas estratégicas como se muestra en la tabla 2 y dividiendo la perspectiva



procesos internos en tres grupos: Desarrollo de la organización (resultados de Línea 0), procesos internos (I como resultados de las líneas preferentes 1 de TMG y 2 de niños y adolescentes, II como resultado de las líneas 3 de Atención Primaria y 4 de trastornos adictivos y III como resultado de las líneas 5 a 8 de prevención de suicidio y TCA, TEA y TP) y agentes de interés (resultados de línea 9 como pacientes y línea 10 de profesionales). Se representan resultados finalizados (en azul claro) y finalizados y en desarrollo (en azul oscuro). Se observa el mayor avance completado en los procesos I, en la dimensión agentes de interés (pacientes y profesionales) y los procesos III, y menor en los procesos II.

Figura 5. Avance radial de las actuaciones del Plan por dimensiones, según resultados de actuaciones finalizadas y Finalizados + En desarrollo.





3.A. ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTUACIONES DE ALCANCE LOCAL DEPENDIENTE DE LOS CENTROS

Han remitido fichas cumplimentadas de evaluación 23 centros, del total de 30 Servicios o Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental consideradas como unidades básicas de estudio (respuesta del 77%). De forma adicional han respondido a la evaluación de las actuaciones que les aplica todas las unidades de Media-Larga Estancia, por lo que la tasa de respuesta global ha resultado del 80'6% (30 de 36). Los Servicios/Áreas de Gestión Clínica y Centros que han participado en el proceso de evaluación han sido los siguientes:

- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. Infanta Leonor
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. del Sureste
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. de La Princesa
- Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente del Hospital Infantil U. Niño Jesús
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Santa Cristina
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. del Henares
- Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. Ramón y Cajal
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. La Paz
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. Infanta Sofía
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. Puerta de Hierro
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de El Escorial
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Fundación Jimenez Diaz
- Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos
- Unidad de Salud Mental y Hospitalización del Hospital U. Fundación Alcorcón
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. de Móstoles
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. Severo Ochoa
- Hospital U. José Germain
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. de Fuenlabrada
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. de Getafe
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. Infanta Cristina
- Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. Doce de Octubre
- Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital U. del Tajo
- Centro San Juan de Dios Ciempozuelos
- Complejo Asistencial Benito Menni



- Clínica San Miguel
- Guadarrama Mentalia Salud

Desde el punto de vista metodológico, es necesario aclarar:

- 1º.- El análisis hace referencia exclusivamente a las unidades básicas.
- 2º.- Se han excluido para el análisis porcentual aquellas actuaciones que hayan sido consideradas como no aplicables en función de las características específicas de las unidades.

Las 11 líneas estratégicas de las que se recoge información a las unidades básicas se desagregan en 109 actuaciones. Han contestado 23 unidades a la mayoría de actuaciones (101), y 16 unidades a las 8 actuaciones locales de la Línea 10. Ello hace un total de 2451 actuaciones. Excluyendo 407 consideradas no aplicables, se puede decir que se han finalizado 953 (47% del total), están en desarrollo 328 (un 16%) y que quedan pendientes de iniciarse 763 actuaciones (Figura 6).

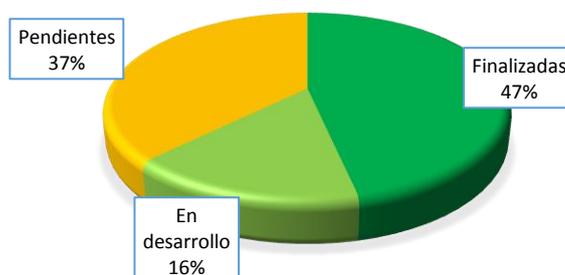


Figura 6. Distribución de las actuaciones del Plan de alcance local en función su grado de desarrollo final

Desarrollo de actuaciones por líneas estratégicas

Las actuaciones locales en desarrollo y finalizadas, suman el 63%. En las Figuras 7 y 8, se muestra la implementación por línea estratégica. Están cerca o superan el 70% de actuaciones en desarrollo y finalizadas las líneas 1 de atención a las personas con TMG, Línea 2 de atención a menores, y línea 5 de prevención de suicidio.

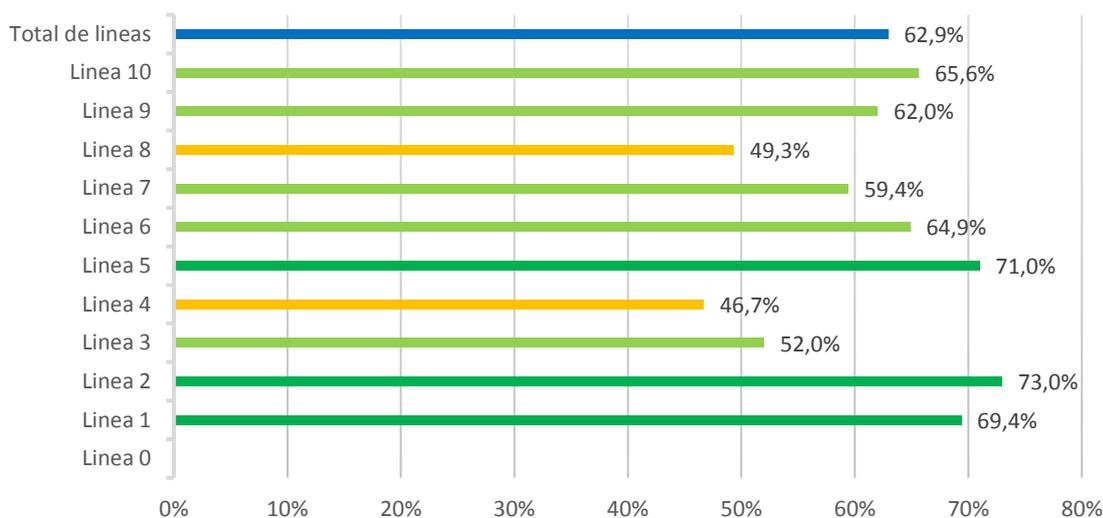


Figura 7. Porcentaje de avance en desarrollo y/o finalización de las actuaciones locales por línea estratégica

Las líneas de menor desarrollo son las líneas 3, 4 y 8, de salud mental en atención primaria, de atención a las conductas adictivas y de atención a las personas con trastorno de la personalidad, con menos del 55% de desarrollo. Las líneas 6, 7, 9 y 10 de atención a personas con TEA, de atención a personas con TCA, de participación, humanización y lucha contra el estigma, y de formación y cuidado de los profesionales alcanzan un desarrollo intermedio.

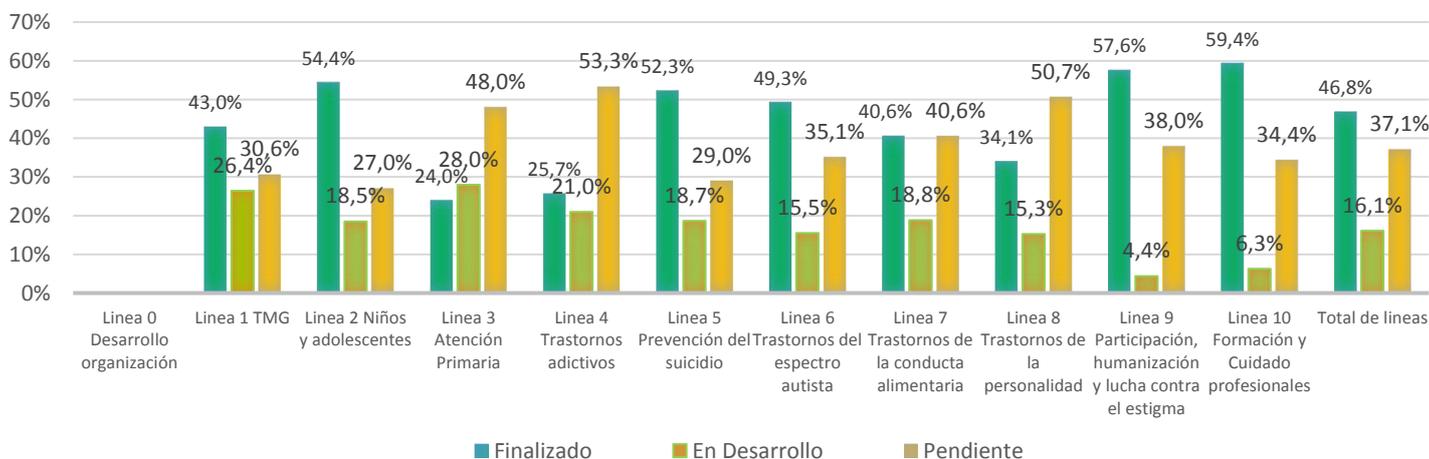


Figura 8. Porcentaje de actuaciones locales finalizadas, en desarrollo y pendientes por línea estratégica



3.B. ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTUACIONES DEL PLAN DE ALCANCE CENTRAL DEPENDIENTE DE LA ORCSMyA

Se ha recopilado la información correspondiente a las actuaciones de las líneas estratégicas 0 a 10 cuya implementación quedaba a cargo de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA), junto con las unidades técnicas centrales de participación (Formación, UVOPSE y con la colaboración de los departamentos de recursos humanos y gestión económica en relación a la implementación de nuevas acciones y concursos).

Desde el punto de vista metodológico, es necesario aclarar:

1º.- El análisis hace referencia a las actuaciones de carácter central, y en aquellas de carácter mixto (locales y centrales), en la parte correspondiente a la Oficina.

2º.- Se han excluido para el análisis porcentual aquellas actuaciones que hayan sido consideradas como no aplicables en función de las circunstancias que concurren.

Las 11 líneas estratégicas de las que se recoge información, se desagregan en 197 actuaciones, de ellas 183 exclusivamente centrales y 14 mixtas (en las que una parte de la actuación es central, y otra depende de las unidades). Si bien la actuación 10.1.1 se ha analizado al nivel de sus 10 subactuaciones, por lo que finalmente en vez de 197 se han analizado 206 actuaciones centrales.

De esas 206 actuaciones y excluyendo una que se ha considerado no aplicable (y justificada por lo extraordinario de la situación planteada a partir de la pandemia COVID19 iniciada a inicios de 2020), se puede decir que se han finalizado 104 (50'7% del total), están en desarrollo 60 (un 29'3%) y que quedan pendientes de iniciarse 41 actuaciones.

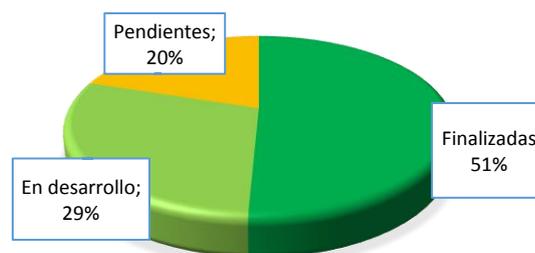


Figura 8. Distribución de las actuaciones del Plan de alcance central en función su grado de desarrollo final



Desarrollo de actuaciones por líneas estratégicas

Como se puede comprobar en las Figuras 9 y 10, globalmente las actuaciones en desarrollo y finalizadas, suman el 80%. Superan ese porcentaje promedio (y realmente más cercanos al 90%) las líneas 4 de atención a adicciones, línea 5 de prevención de suicidio, la línea 9 de participación, humanización y lucha contra el estigma, y la 10 de formación y cuidado de los profesionales.

Las líneas de menor desarrollo son las líneas 3 y 7, de salud mental en atención primaria, y de atención a los trastornos de la conducta alimentaria, si bien resultan difícilmente comparables. El punto de partida del trabajo organizativo en el proceso TCA es muy avanzado, en relación con otras líneas de un desarrollo más joven, como la del Autismo y la del Trastorno de la Personalidad, que sin embargo, avanzan más en los objetivos planteados en el plan.

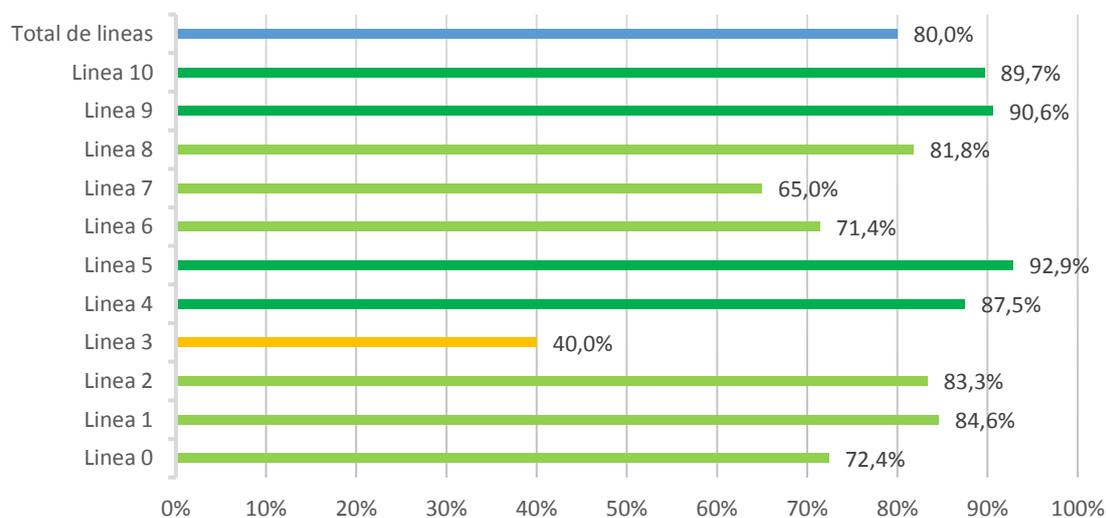


Figura 9. Porcentaje de avance en desarrollo y/o finalización de las actuaciones centrales por línea estratégica

Conforme una línea es más madura y desarrollada, las mejoras "cuestan más". En cuanto a la línea de Atención Primaria, además, nos situamos en un punto de partida diferente no comparable con las líneas anteriores, dado que incluye objetivos que comprometen un ámbito asistencial fuera de la competencia de Salud Mental, aunque en íntimo contacto dentro del Servicio Madrileño de Salud, y con enorme interés (por ende se constituyó como línea estratégica propia). Este diferente lugar de acción condiciona por completo la consecución y avance en el logro de objetivos. El resto de líneas se



encuentran en un desarrollo intermedio aunque quedan por debajo del promedio general.

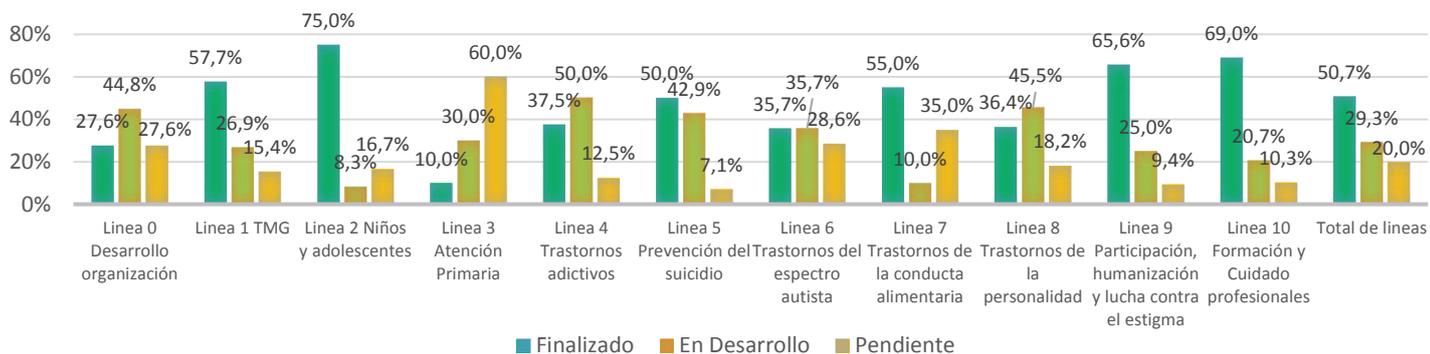


Figura 10. Porcentaje de actuaciones centrales finalizadas, en desarrollo y pendientes por línea estratégica



► 4. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CON PRESUPUESTO

Creación de nuevas plazas para la incorporación de profesionales

En este periodo de análisis, se han considerado prioritarias las actuaciones con **dotación presupuestaria** posicionada para el incremento de **recursos humanos**, con el fin de facilitar el desarrollo de las restantes actuaciones de organización y coordinación, superados los requerimientos asistenciales más acuciantes.

Se puede decir que en esta primera evaluación de la Implantación del PSM2018-2020 se han podido llevar a cabo en su totalidad la ampliación de plantillas previstas en la financiación adicional que supone el Plan para el **año 2018**, con la creación de **79 nuevas plazas estructurales**, para el **año 2019**, con la creación de **90 nuevas plazas** estructurales, y finalmente para **2020** con la creación de **56 plazas** por la DG de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad, y que se han cubierto en este periodo. A día de hoy, por tanto, se ha cumplido con el **100% del compromiso del Plan de creación de nuevas plazas** de profesionales para los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental (**225 plazas** de nueva creación en el periodo de vigencia 2018-2020).

Además de las acciones presupuestadas en el Plan, cabe destacar la ejecución de presupuesto para actuaciones adicionales, encaminadas especialmente a la atención de adolescentes, con demanda creciente en años previos y aumentada con la crisis pandémica como la apertura de la UHB de Puerta de Hierro en 2018 y de los Hospitales de Día de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón (2018) y de La Paz (2020). A ello se suma la contratación de 56 profesionales de psiquiatría y psicología clínica para reforzar de forma adaptada los recursos con demanda incrementada en la crisis y postcrisis por COVID19, en principio CSMs y de interconsulta y enlace.

En la figura 11 se muestra la **distribución por dispositivos de las nuevas plazas** creadas en la estructura de los centros destinadas a Salud Mental relativas al Plan 2018-2020, tanto de atención a personas adultas como a población infanto-juvenil. Como se puede observar la mayoría responden a necesidades detectadas en los CSMs (66% de las nuevas plazas creadas) con 141 nuevos profesionales. Un 16% corresponde a hospitales de día, lo que incluye la creación de tres nuevos dispositivos, uno para adultos en La Paz, otro para adolescentes en Puerta de Hierro-Majadahonda y un tercero para personas con trastornos de la personalidad en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Así mismo, se han reforzado otros hospitales de día generales, así como específicos de trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de



Santa Cristina o de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos. Por otra parte, se han reforzado 9 unidades UHB y el Hospital Niño Jesús con la creación de 15 plazas estructurales. Y finalmente, se reforzaron los programas especiales para atención a personas con Trastorno del Espectro Autista (Amitea y Tea Complejo, con 5 profesionales), a personas con discapacidad intelectual (Equipo SESM-DI con 3 nuevos profesionales), a personas sin hogar y enfermedad mental (ECASAM, con 2 nuevos profesionales) y al profesional sanitario enfermo (refuerzo con 1 profesional del PAIPSE).

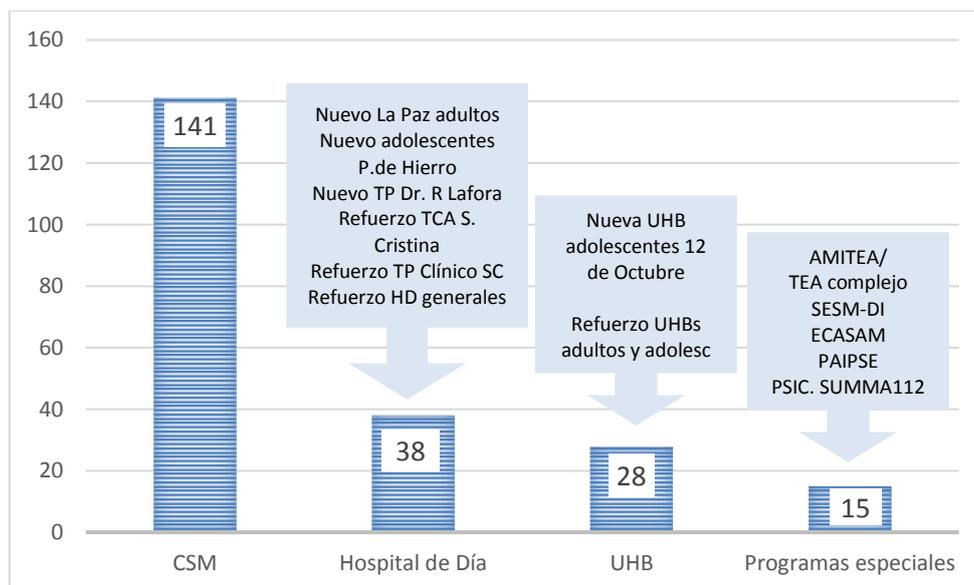


Figura 11. Distribución de nuevas plazas estructurales creadas por dispositivo en los años 2018-2020 en relación al Plan de Salud Mental 2018-2020

Atención a niños y adolescentes y a población adulta. Dispositivos y profesionales

Como se muestra en la tabla 5, el año 2018 priorizó la creación de plazas de facultativos, de psicología clínica y de psiquiatría, así como enfermería, con destino en los CSMs con el fin de reducir la demanda con demora de atención más acuciante a nivel comunitario. En el año 2019 resultó prioritaria la contratación de enfermeras para el programa de enfermería domiciliaria también en los CSMs. Y en 2020 prevaleció la contratación de profesionales de psicología clínica y de trabajo social en puntos de especial interés.

La mayoría de las plazas de nueva creación fueron destinadas a los Centros de Salud Mental, y, dentro de ellos, especialmente a la atención de niños y adolescentes. En la figura 12 se muestra la distribución de facultativos especialistas de área, tanto psiquiatras como psicólogos, por atención a



adultos y a menores de edad por dispositivo. Se observa la elevada proporción de nuevas plazas destinadas a la atención de niños y adolescentes en todos los dispositivos (37% del total de FEAS), superior a la proporción que representa este grupo de edad en la población total, en torno a un 19%. De esta forma, el 40% de las nuevas plazas en los CSMs correspondió a FEAs infanto-juveniles, así como un 38% a nivel hospitalización, un 27% en los Hospitales d Día y un 30% de los programas especiales. No contamos aquí los nuevos dispositivos extra destinados a la atención infanto-juvenil que mencionaremos más adelante (figura 14), que incrementarían aún más la proporción de profesionales dedicados a la atención infanto-juvenil.

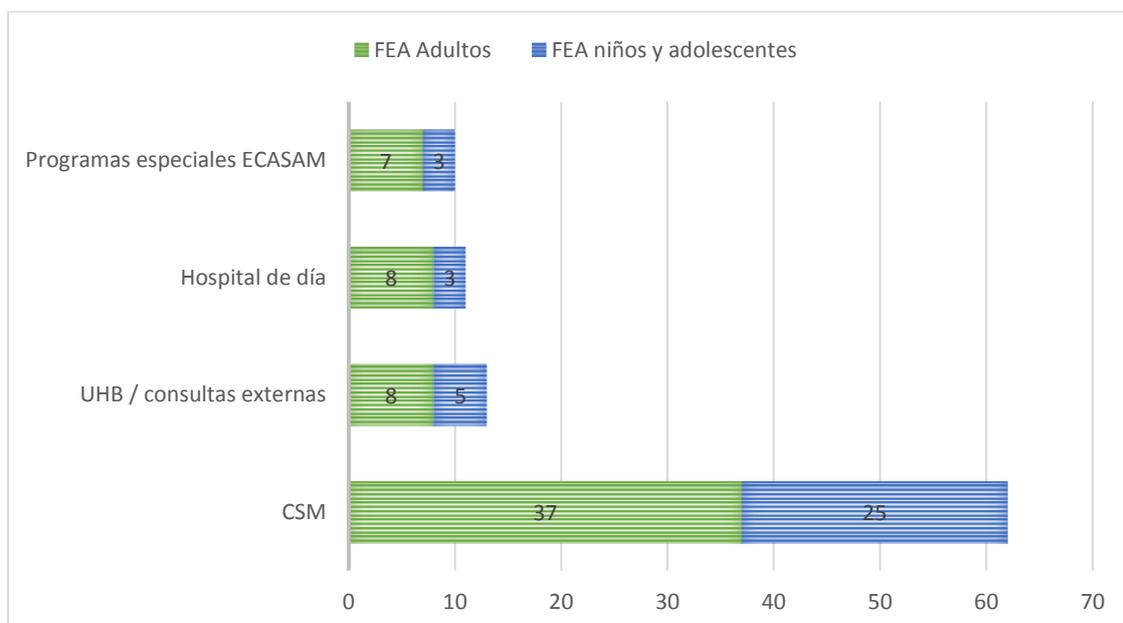


Figura 12. Distribución de nuevas plazas de FEAs por dispositivo y atención a adultos y población infanto-juvenil.

En la tabla 5 y figura 13 se muestran las nuevas plazas creadas por categoría profesional, así como la proporción respecto al total de plazas. Se observa que la mayor proporción corresponde a enfermería, seguida de psicología clínica y de psiquiatría. Posteriormente se sitúan los trabajadores sociales, los administrativos y los TCAE y celadores. La proporción más baja del total corresponde a terapeutas ocupacionales.



	2018	2019	2020	Total	% del total
Psiquiatras	21	15	9	45	20%
Psicólogos Clínicos	22	16	13	51	23%
Enfermeras	22	40	11	73	32%
Trabajadores sociales	5	9	8	22	10%
T. Ocupacionales	3	1	1	5	2%
TCAE y celadores	1	2	12	15	7%
Administrativos	5	7	2	14	6%
	79	90	56	225	100%

Tabla 5. Nuevas plazas creadas por categoría profesional y proporción creada respecto al total previsto en el Plan.

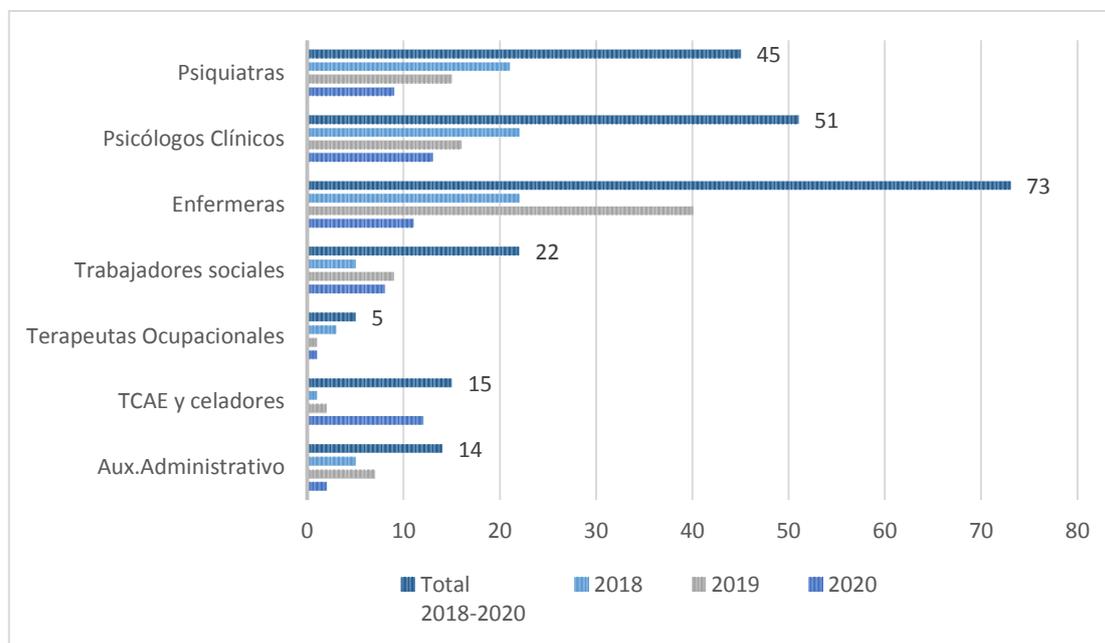


Figura 13. Distribución de plazas por tipo de profesional 2018-2020

Adecuación y accesibilidad a recursos de media y larga estancia

En este periodo el Servicio Madrileño de Salud se ha resuelto el **procedimiento C.A. 4/2018**¹ para el concierto de plazas en Unidades de Hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación y de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, aumentando en 110 el número total de plazas a concertar, **10 más de las previstas** en el presupuesto aprobado para tal fin en el PSM2018-2020. En julio del año 2019 se adjudicaron **60 nuevas plazas en**

¹http://www.madrid.org/cs/Satellite?op2=PCON&idPagina=1204201624785&c=CM_ConvocaPrestac_FA&pagename=PortalContratacion%2FPage%2FPCON_contratosPublicos&language=es&idConsejeria=1109266187224&cid=1354755006371



Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, lo que ha conllevado la aproximación a la Comunidad de Madrid de pacientes que fueron remitidos tiempo atrás a Arévalo en Ávila para recibir estos cuidados.

Por otra parte, en relación con las plazas de media estancia, se ha realizado una diversificación de las 50 camas orientada a **necesidades específicas** identificadas en el transcurso del desarrollo del Plan. En el año 2020 se han resuelto los concursos para la adjudicación de la unidad de Hospitalización para tratamiento y rehabilitación específica de personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (UME **Media estancia de TCA**, procedimiento PA2/2020), para adultos, y separadamente para menores (Objetivo 7.6 Realizar un análisis de necesidades y eficiencia de una Unidad de Tratamiento de media-estancia específica para TCA. Actuaciones 7.6.1 y 7.6.2). Finalmente, está en marcha el concurso público para la adjudicación de plazas en una Unidad especial de media estancia orientada a mejorar el proceso de recuperación para la **salida a la comunidad**, tanto tras cuidados prolongados como unidad de transición, como de tratamiento y rehabilitación intensiva y algo más prolongada en pacientes complejos (procedimiento P4/2021). Se tratará de una nueva tipología de Unidad de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URRC) que contribuiría a la actuación 1.2.3.4. del Plan, para la utilización adecuada de los recursos de media y larga estancia a través de la mejora del proceso de salida de los pacientes que han alcanzado una adecuada estabilización psicopatológica y de funcionamiento, en colaboración de los CSM y la Red de atención social de proximidad del paciente.

Así mismo, en la misma línea, cabe destacar la incorporación de la *Colaboración con comunidades locales*, como criterio de valoración de mejora, en los pliegos de contratación de las nuevas plazas en Unidades de Hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación, en la línea de promover la participación comunitaria de forma transversal, también en unidades hospitalarias. De esta forma, los organismos que se presenten a los concursos podrán incluir una relación de actividades, programas, servicios, proyectos o investigaciones que se realicen en colaboración con diferentes "activos sociales para la salud" de la comunidad local en la que se asienta el centro hospitalario, con el fin de colaborar en la recuperación de las personas según el modelo comunitario (recomendación de la Guía NICE de Participación Comunitaria adaptada por el Ministerio de Sanidad²).

²https://portal.quiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-_Comunitaria.pdf



Otros recursos incorporados en el periodo 2018-2020

Adicionalmente a las nuevas acciones alcanzadas en materia de recursos humanos a través del Plan de Salud Mental, en 2018 se crearon dos nuevos dispositivos destinados a la atención a niños y adolescentes (UHB en el Hospital Puerta de Hierro y el Hospital de Día de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón), con una dotación de 40 profesionales. Así mismo en el año 2020 se creó un nuevo dispositivo de Hospitalización de Día para adolescentes en el Hospital de La Paz y nuevas plazas para dar respuesta en salud mental a la crisis por Covid19, resultando finalmente 62 profesionales adicionales a la red. En la figura 14 aparece la dotación nueva de profesionales resultado del PSM2018-2020 y los referidos extras infanto-juveniles y de la respuesta asistencial en la crisis COVID19.

Por otra parte, como respuesta al incremento mantenido de demanda asistencial de ingreso hospitalario de agudos de adolescentes, observado en el estrecho seguimiento realizado en salud mental durante la crisis COVID19, en concreto desde Junio de 2020, se han consolidado plazas de UHB específicas, a través de un nuevo concurso público ya resuelto Hospitalización Breve de Adolescentes (procedimiento PA3/2021) que supone un incremento estable de los dispositivos específicos para adolescentes en la red de salud mental.

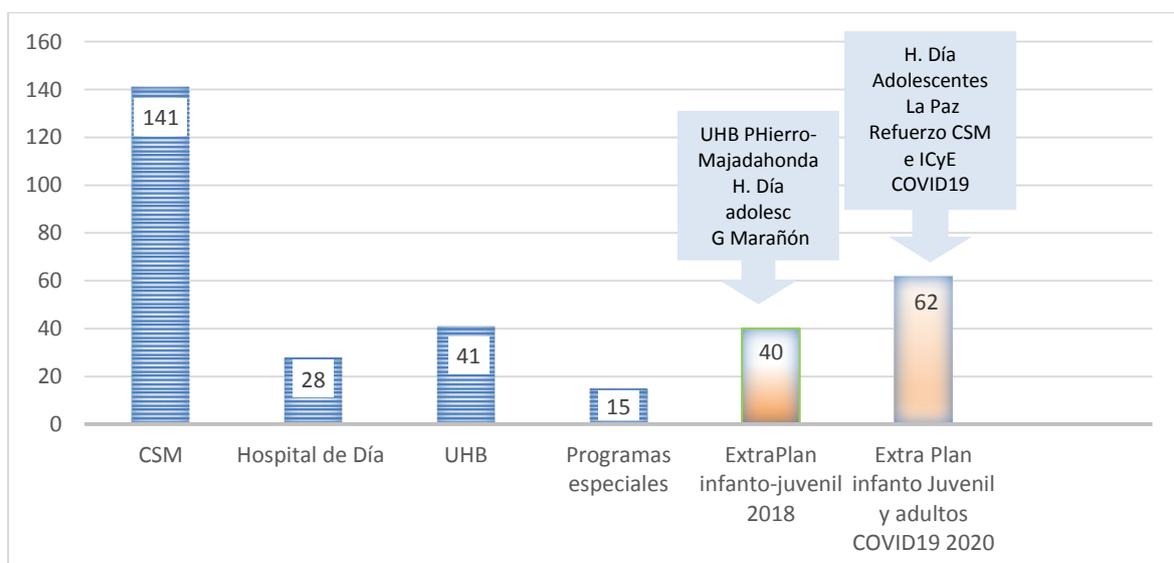


Figura 14. Plazas de nueva creación a través del Plan de Salud Mental 2018-2020 (en azul) y plazas en apertura de nuevos dispositivos y refuerzos no incluidas en el Plan (verde) en el periodo 2018-2020



► 5. ANÁLISIS POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y CONCLUSIONES POR LÍNEA

► LINEA 0. DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN

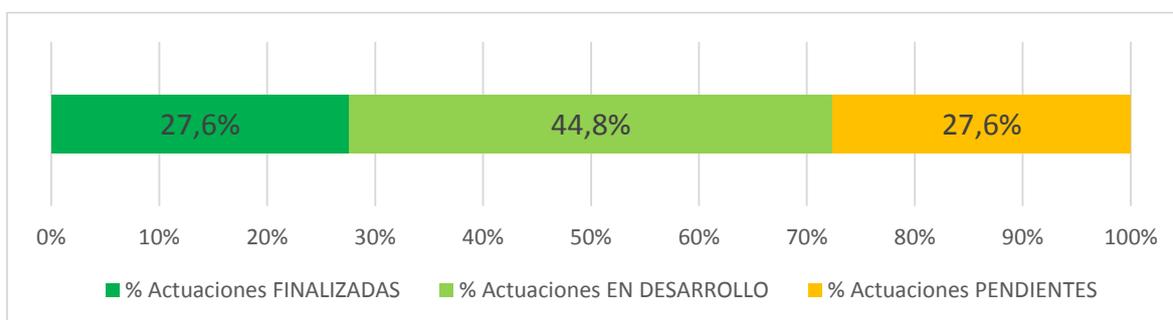


Figura 15: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 0

Conclusiones

-La ORCSMyA ha avanzado en la conformación de su estructura así como en la definición y desarrollo de sus funciones. No se ha concretado normativa propia.

- Está pendiente de crearse el Consejo Asesor Técnico Permanente

-Se han incorporado objetivos específicos de Salud Mental en los sucesivos contratos de gestión de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud y se ha incluido el ámbito prioritario de Salud Mental en objetivos propios de la SG de Calidad Asistencial.

-Se está abordando la planificación conjunta de procesos asistenciales en colaboración con Atención Primaria y Continuidad Asistencial, pendiente de continuar su desarrollo e implantación.

- Se ha avanzado en la colaboración y respuesta a problemas que afectan a diversos campos desde los ámbitos de Educación, Política Social y Justicia. También se ha establecido colaboración con otros organismos institucionales nacionales e internacionales relacionados con la Salud Mental. Todo ello en relaciones de colaboración mutua en base a resolución de problemas concretos, que abre vías para establecer futuras alianzas estratégicas más estables.

- Se ha acelerado el proceso de integración de la red de adicciones más allá de la coordinación de redes, con su inclusión en las competencias de la Oficina, ahora de coordinación de Salud Mental y Adicciones.



-No ha sido posible concretar el compromiso mantenido de constitución del Observatorio de Salud Mental en el periodo de vigencia del Plan.

-Durante el proceso de evaluación se ha observado una evolución organizativa de diversos Servicios, que han remitido resultados de los CSMs y del resto de dispositivos de manera separada en la primera solicitud, y de manera conjunta en la segunda, tras un proceso de integración de resultados. Así mismo, se han planteado a la Oficina cuestiones que habían surgido en el seno de reuniones entre los centros y dispositivos de Servicios, que también dan idea de un proceso de coordinación interna necesaria, en línea con el objetivo de promover fórmulas de áreas de gestión integrada proyectada en el Plan.

-En el mismo sentido, y considerando la permanente comunicación de la Oficina con los Servicios y áreas para la a gestión de casos y problemas complejos y la coordinación de la pandemia, se considera prioritario retomar la rueda de contactos formales y presenciales, de carácter mínimo anual, con cada una de las unidades y áreas de gestión clínica de la red. El objetivo será continuar promoviendo la gestión integrada de las áreas o servicios, así como cuestiones individuales de interés, con la utilización de indicadores comunes en cuadro de mandos integral y valoraciones particulares.



▶ LINEA 1. ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

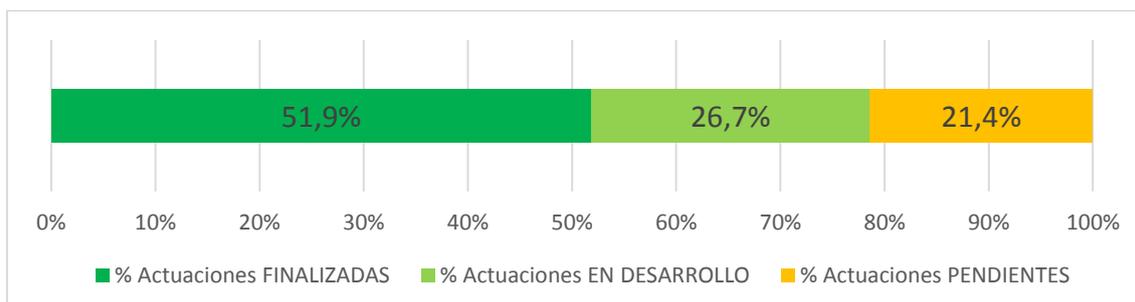


Figura 16: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 1

Conclusiones

#subLínea 1.1 (Comunitaria)

-Se ha producido un incremento notable de recursos humanos específicos en los CSM (141 nuevas plazas de estructura), que ha reforzado las áreas de gestión clínica, en base al análisis de necesidades prioritario en el marco de la salud mental madrileña.

-Queda pendiente un mayor desarrollo e implantación de la atención domiciliaria por parte de profesionales de enfermería, por la que se ha apostado con el aporte de plazas de estructura en el Plan para todos los CSMs. En este sentido, se ha propuesto un objetivo 2021 en contrato de gestión que insiste en la mejor implantación del programa, orientado especialmente a personas con TMG no vinculadas con los centros y a menores.

-Si bien el perfil de profesionales está formado adecuadamente para la atención al paciente grave, y a la continuidad de los cuidados, existe un recorrido de mejora en cuanto a la ratio por profesional, así como a la protocolización, con una importante tradición e implantación en las áreas. Se requiere, por tanto, una reelaboración conjunta común del Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) de adultos.

- Resulta destacable la actualización del censo de pacientes y los mecanismos de coordinación con la red de atención social, así como la detección de oportunidades de mejora. Si bien, como se dijo previamente, resulta esencial seguir avanzando en la unificación de criterios y homogeneización del PCC de adultos.

-Las unidades, en su mayoría, han diseñado su propio programa de intervención temprana para jóvenes, pendiente de documento marco de recomendaciones comunes que está previsto realizarse. En el mismo sentido, se han trabajado mejor las acciones formativas para profesionales sanitarios



sobre atención precoz que las actividades de promoción en otros organismos como ayuntamientos y otras consejerías. Por tanto, existe recorrido de mejora en la detección precoz y atención temprana de personas con TMG. Reseñable pero susceptible de mejora es la potenciación de la teleconsulta con AP, como una herramienta de gran utilidad en la detección precoz del TMG en este subgrupo poblacional.

-La gran mayoría de las unidades tienen mecanismos de coordinación establecidos con los CAIDs y los CADs para la individualización de los planes de tratamiento con los pacientes TMG consumidores. Es necesario mejorar por parte de las unidades en la identificación del consumo como criterio de priorización en los PCC intensivos.

-El refuerzo con recursos humanos que ha tenido lugar en el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) remarca la prioridad del Plan a la hora de potenciar la atención a este grupo de pacientes con especial vulnerabilidad. Ello va unido a que la mayoría de unidades disponen de procedimiento de detección del riesgo de exclusión social y se está facilitando la integración de las altas de pacientes de ECASAM en los PCC de los CSMs.

- Si bien se ha avanzado en el objetivo de reducir el riesgo de entrada en el circuito judicial de las personas con TMG, existe recorrido de mejora para su recuperación e inserción social en caso de comisión de delito.

#subLínea 1.2 (Hospitalaria)

-En el ámbito hospitalario se ha conseguido un incremento importante de los recursos humanos en todos los dispositivos, sean las unidades de Hospitalización Breve, los Hospitales de Día, así como de Media y Larga estancia y unidades específicas como las de TP. En cuanto a la utilización de estos recursos, resulta mejorable la adecuación de las estancias, en línea con la propuesta de avanzar hacia las unidades y programas de retorno a la comunidad.

-Un elemento pendiente en la atención hospitalaria sobre el que habrá que trabajar en el futuro es el referido a la mejora en la atención a los pacientes mayores con TMG a través de programas de psicogeriatría.



▶ LINEA 2. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

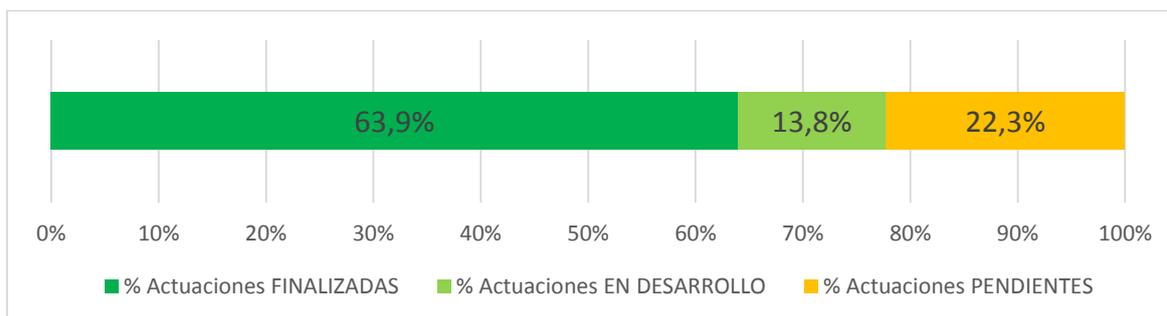


Figura 17: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 2

Conclusiones

-Se han incrementado los recursos humanos en el ámbito de la atención a la salud mental infanto-juvenil, especialmente en los equipos de CSM y también en UHBs y hospitales de Día.

-El manejo del PCC para el TMG en subpoblación infanto-juvenil se ha potenciado mejorando la protocolización, así como la ratio de profesionales. Es importante continuar mejorando el registro de los pacientes con necesidades de PCC.

-Las unidades han realizado un esfuerzo para preparar Programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo, así como mejorar la coordinación con el apoyo domiciliario de los EASC.

- Se identifica como área de mejora el desarrollo de circuitos formales que permitan la detección temprana mediante la citación preferente desde AP.

-Es importante impulsar el desarrollo de los programas de transición en cada uno de los Servicios, promoviendo la creación de estructuras que potencien el seguimiento de los mismos, con el apoyo de la ORCSMyA, como se refleja en documento de recomendaciones para la elaboración de los mismos.

- El abordaje de la salud mental perinatal y de primera infancia ha conseguido que dos tercios de las unidades dispongan tanto de un referente designado en ese campo, como de un programa elaborado. Hay que continuar insistiendo en la formación a los profesionales (de modo sinérgico con la línea 10 de formación).

-Las acciones de coordinación tienen un resultado razonablemente positivo (con mejor valoración las dirigidas a aspectos clínicos). La gran mayoría de unidades han previsto tiempo en las agendas de los profesionales que son



referentes en determinadas áreas, y participan en los consejos locales de atención a la salud infantojuvenil.

- Se evidencia como positiva la adherencia a las reuniones de revisión de casos con la red social y adicciones, y es mejorable la constitución de grupos de coordinación para la continuidad con Justicia, Protección del Menor, y otras instituciones extrasanitarias.



▶ LINEA 3. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

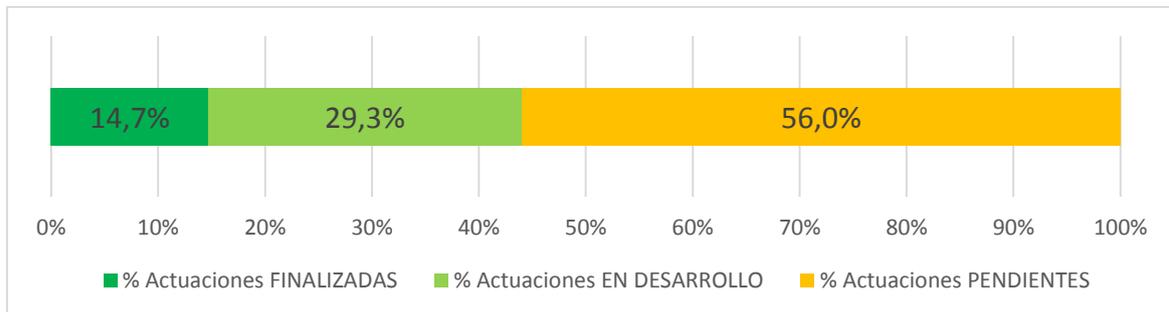


Figura 18: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 3

Conclusiones

-La línea relativa a la Atención Primaria se señala como la que presenta un mayor recorrido de mejora.

-Parece que la infraestructura que facilita la comunicación de AP con la red de Salud Mental existe, aunque funcionalmente resulta muy mejorable. El Servicio Madrileño de Salud trabaja para que en un futuro no demasiado lejano se pueda disponer de una integración e interoperabilidad plena entre todos los dispositivos. Esta es una tarea que supera las propias competencias de la ORCSMyA.

-En cualquier caso, se deducen oportunidades de mejora en los aspectos de conexión, coordinación y formación que están desarrollados de modo desigual.

-Resulta importante conseguir la sensibilización del profesional de AP para la detección precoz del TMG en población infanto-juvenil y con ello contribuir a mejorar la recuperación futura de los pacientes.

-Por otro lado hay que potenciar los elementos que favorecen la coordinación tanto para culminar la elaboración y puesta en marcha de los procesos asistenciales integrados pendientes, formalizar la constitución de la comisión mixta AP-SM, y estimular los espacios comunes de colaboración y de formación. Es deseable continuar mejorando tanto la adecuación de las derivaciones a Salud Mental, como la capacitación para asumir y resolver en el Centro de Salud aquellos problemas emocionales susceptibles de mejora en AP y, asimismo, potenciar la atención a los problemas somáticos en los pacientes de salud mental, poniendo el foco en la detección precoz y seguimiento adecuado de los mismos.



▶ LINEA 4. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS

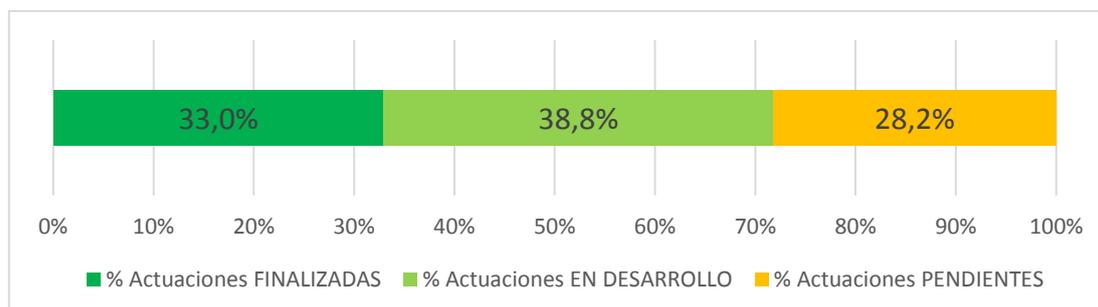


Figura 19: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 4

Conclusiones

-La línea 4 ha recibido un impulso importante a nivel central a partir de la promulgación del Decreto 308/2019, que supone una interesante oportunidad para facilitar una mejora profunda de la atención a las personas con trastornos adictivos a través de una progresiva integración de las redes.

-Resulta mejorable la coordinación a nivel local entre CSM, CAID-CAD y Equipos de AP, para lo que resulta muy importante la formación en AP para la detección precoz de trastornos adictivos, así como el desarrollo de los Procesos integrados necesarios. Asimismo, facilitar la comunicación con comunidades terapéuticas, centros de deshabituación y otros dispositivos relacionados de la red.

- Se ha conseguido la participación de las asociaciones en el diseño de los programas, así como la difusión de información sobre las mismas en los centros, lo que facilita el acceso de los pacientes que potencian los procesos de recuperación. Hay que seguir favoreciendo la difusión de las asociaciones tanto a nivel central como local y también la celebración de jornadas con el concurso de pacientes y familiares.



▶ LINEA 5. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

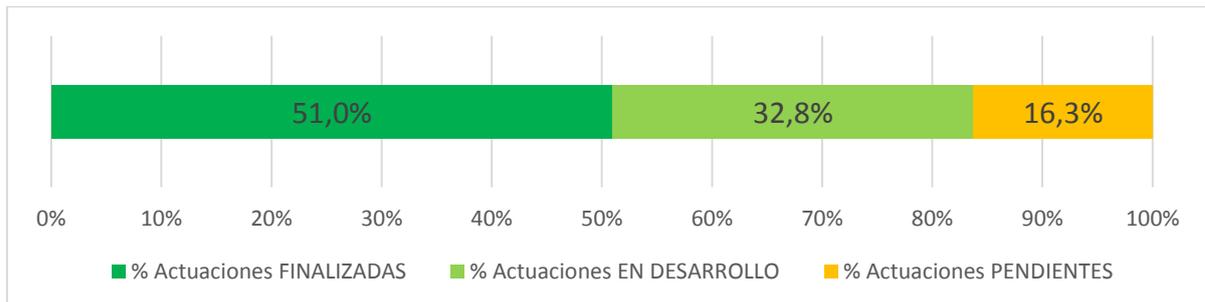


Figura 20: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 5

Conclusiones

-Actualmente se encuentra en proceso de elaboración el Plan de Prevención de Suicidio de la Comunidad de Madrid, coordinado desde la ORCSMyA. Por otra parte, se ha avanzado globalmente en todos los objetivos marcados:

-En la prevención primaria del suicidio se han desarrollado actividades relacionadas con campañas informativas, modulación del tratamiento del tema en diversas participaciones en medios de comunicación social. Queda pendiente tratar de mejorar la atención en crisis a través de la habilitación del teléfono (o web) de apoyo 24h/7 días, y actuaciones para el complejo abordaje de la regulación de información que fomenta el suicidio en internet.

-Mejor resultado tienen, en general, las actividades focalizadas en la población con primeras tentativas anteriores, es decir la prevención secundaria del suicidio. Empezando por la franca consolidación del programa ARSUIIC con el elevado nivel de cumplimiento de los plazos temporales a la hora de la citación del paciente. Asimismo, la incorporación de checklist de ayuda en las HCE (historia clínica electrónica) de los servicios de urgencias y emergencias para los casos de primeras tentativas, junto con los procesos formativos para enfermería en relación con acceso a medicación para pacientes con TMG, y los programas específicos de atención a las personas con conducta suicida en los diferentes Servicios. También el manejo preventivo en hospitalización, tanto del riesgo agudo como crónico.

-Es más deficitario el resultado en la atención dedicada a los supervivientes de fallecidos por suicidio, y al estigma asociado, si bien destaca la publicación de la Guía de ayuda a supervivientes con una importante acogida como herramienta de ayuda por profesionales y asociaciones.

-Existen amplias oportunidades de mejora en el trabajo colaborativo en los ámbitos locales con AP, la red de drogas y la sociosanitaria.

- Finalmente destaca la actividad formativa consolidada desde hace años en diferentes ámbitos de profesionales de la salud. Resulta deseable un mayor desarrollo de los proyectos de investigación en torno al tema.



▶ LINEA 6. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

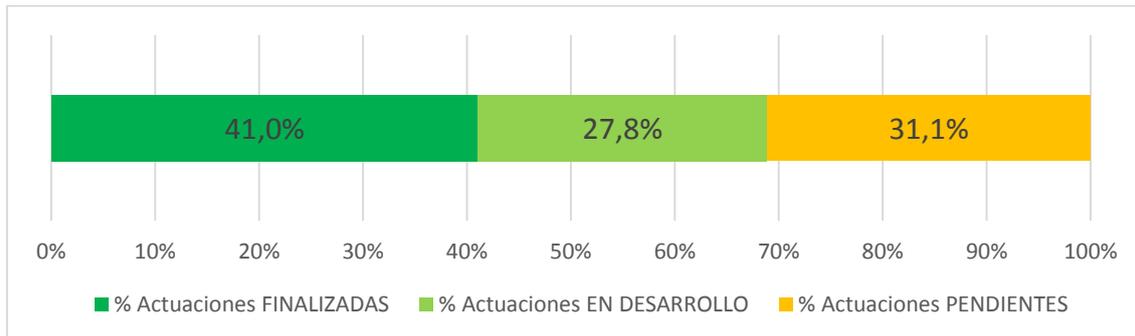


Figura 21: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 6

Conclusiones

-Dentro de las actuaciones dirigidas al diagnóstico temprano de los pacientes de TEA, la formación específica ha obtenido buenos resultados. También se puede considerar en positivo la designación de referentes en adultos en cada CSM. Parece mejorable la citación preferente desde AP de niños con signos de alarma, aunque este indicador presenta dificultades en la medición al no resultar fácil diferenciar las peticiones de valoración preferente por diagnóstico presuntivo. También es necesario desarrollar la ayuda en la HCE de AP para detectar signos de alarma de TEA.

-En cuanto a la continuidad asistencial, la mayoría de centros incluyen a los TEA en el censo de pacientes con PCC. Asimismo han elaborado protocolos de transición. Queda pendiente definir a nivel central las funciones específicas de seguimiento de estos pacientes.

-Se ha avanzado positivamente en las unidades de referencia supra-área así como en la formación de referentes expertos de la patología en cada hospital.

-Existen claras oportunidades de mejora en la atención a la salud física de estos pacientes, tanto con el programa AMITEA en los hospitales, como en la propia atención en Urgencias.

-Los aspectos de coordinación deben continuar trabajándose, tanto con los servicios sociales y educación, como estableciendo circuitos claros de derivación desde AP a los CSMs.

- Se ha mejorado la oferta de plazas en Hospitales de Día para personas con TEA, y poco a poco se van integrando los pacientes en grupos psicoterapéuticos específicos que se crean en los CSM, aunque queda un importante recorrido de mejora.

-Está pendiente la promoción de la investigación colaborativa en el ámbito del TEA.



▶ LINEA 7. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

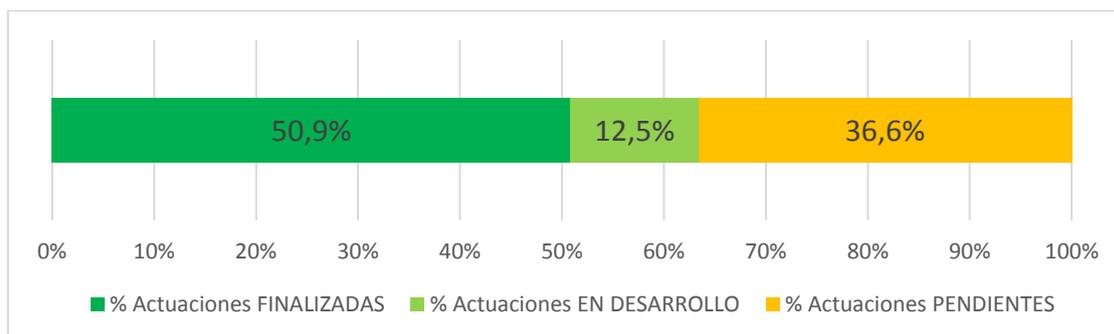


Figura 22: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 7

Conclusiones

-El subproceso asistencial integrado se ha protocolizado e implantado en buena parte de las unidades. La formación al personal de los EAP está finalizada. Falta en buena medida la evaluación del subproceso así como el desarrollo del PCC.

-En algo más de un tercio de unidades se ha trabajado adecuadamente el programa de transición de pacientes TCA, si bien podría encauzarse a través del programa general de transición, en general más desarrollado, con las especificidades propias del circuito especializado de TCA.

-Por parte central se ha dado respuesta a los objetivos relacionados con la planificación de la atención al TCA en la red de salud mental: Se ha elaborado un mapa de recursos, definidas funciones de los dispositivos, difundido el mapa entre los profesionales y puesta en marcha de la Comisión TCA. Asimismo, se ha formado a los profesionales clínicos no de SM y a nivel local en las áreas se ha designado referente TCA así como endocrinólogo consultor.

-El desarrollo de programas TCA en ámbitos específicos tiene resultados satisfactorios en las UHTR: se han creado unidades de media estancia de TCA para adultos y, de forma separada, para adolescentes, formado a los profesionales en TCA, y definidos los criterios de derivación. En desarrollo quedan los procesos de coordinación entre dispositivos.

-Menos evolución han tenido el desarrollo de programas TCA para unidades TPG. Aunque se han definido criterios de derivación, quedan pendientes el resto de actuaciones.

-Quedan por desarrollar en gran parte tanto la participación de pacientes/allegados a nivel de implicación en el proceso asistencial como la implementación de mejoras en los sistemas de información sanitaria.



▶ LINEA 8. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

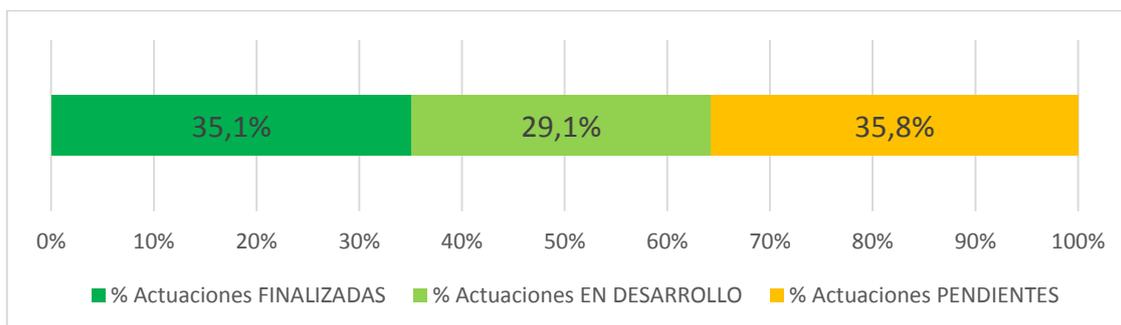


Figura 23: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 8

Conclusiones

-Las actuaciones relacionadas con el enfoque asistencial ambulatorio para la TPG se encuentran finalizadas o en desarrollo en aproximadamente la mitad de las unidades. Por su parte las relacionadas con la hospitalización parcial se han conseguido en la que implica a la puesta en marcha del H Día del H Lafora, pendiente de la adaptación completa del H Día de Villaverde.

-Queda trabajo por desarrollar en relación a la coordinación en las unidades, siendo lo más avanzado la gestión de casos TPG a nivel de área. Desde el nivel central se han consolidado las reuniones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento del programa TPG.

-El asociacionismo y la participación de pacientes también están en situación desigual y mejorable. La incorporación de formación TPG se ha realizado por completo y la supervisión externa de los equipos TPG está muy lograda a nivel local, con la inclusión de este tipo de sesiones muy bien valoradas por los profesionales en el programa de Formación Continuada de salud mental.



▶ LINEA 9. PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES, HUMANIZACIÓN Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

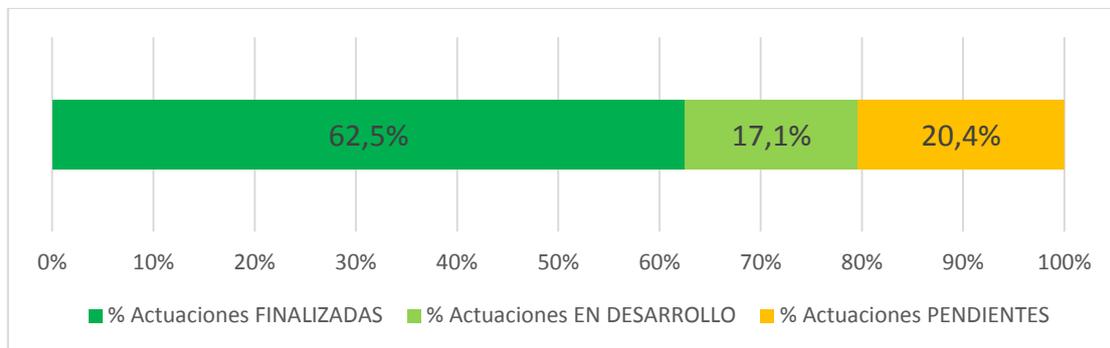


Figura 24: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 9

Conclusiones

-En el campo de la humanización de los espacios y el proceso de información hay oportunidades de mejora en el desarrollo e implementación de las tecnologías de información y comunicación. También es necesario un esfuerzo por parte del sistema sanitario para habilitar espacios de privacidad en las urgencias de los hospitales generales que permitan un necesario grado de intimidad a las personas con problemas mentales.

-Se ha avanzado en la participación efectiva de los pacientes en los procesos de atención sanitaria, aunque hay margen para seguir trabajando. Hay resultados esperanzadores en relación a las sujeciones físicas, disponiendo la totalidad de los centros tanto de protocolo orientado a la reducción de las mismas, como de registro que permita contabilización y seguimiento.

-También en el apoyo a las familias de pacientes con TMG hay posibilidades de ir incorporando elementos de humanización, por ejemplo poco más de un tercio de los hospitales han trabajado el servicio de primer apoyo a las familias en el momento del diagnóstico de TMG.

-En la lucha contra el estigma, la Oficina ejerce un impulso favorecedor mediante la celebración de jornadas, la difusión en los medios de comunicación, la promoción de buenas prácticas, y la colaboración tanto interinstitucional como con entidades externas.

-Por último, la atención a grupos con características especiales ha sido en general bien desarrollada especialmente desde el nivel central, a saber:

- La consolidación del programa ECASAM con un incremento de recursos humanos para reforzar la asistencia a personas en situación de alta vulnerabilidad.



-El refuerzo del programa SESM-DI (Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual) con nuevos profesionales supone una mejora en la atención a este grupo de pacientes. Resulta importante aspirar a mejorar resultados a nivel local tanto en la designación de referentes psiquiatras en los CSMs para estos pacientes, como en la adecuación de urgencias y UHBs en los hospitales. Ambas actuaciones tienen un bajo nivel de finalización.

- Las actuaciones en el ámbito de la Violencia de Género se focalizan tanto en la atención a la salud mental de las víctimas como a la prevención y manejo del problema en la Red de Salud Mental. Con las reservas debidas tratándose de un problema complejo, en ambos casos se pueden considerar satisfactorias las actuaciones realizadas.

- Cabe destacar la profusa cantidad de actuaciones en esta línea, muchas de ellas referidas a los mismos contenidos, con actuaciones diferentes pero solapadas y muchas de ellas difícilmente objetivables, que la constituye como la línea más extensa en objetivos y actuaciones. Resulta importante tener en cuenta para próximos planes la búsqueda de indicadores clave como la existencia de un Servicio Primer Apoyo, o de grupos de ayuda mutua o de grupos de asesoramiento al Servicio o Área, donde figuren personas referentes. Así como elementos objetivables de medidas restrictivas tipo sujeciones.

-Así mismo, parece importante señalar que la crisis pandémica ha puesto encima de la mesa y en primera línea informativa los problemas de salud mental, lo que se considera positivo para la lucha contra el estigma relacionado con estos trastornos. Así mismo, los profesionales sanitarios que han entrado en contacto por esta crisis con Servicios de Salud Mental que han estado desarrollando programas de ventilación emocional y atenciones específicas, se han familiarizado igualmente con estos problemas, considerándose también susceptibles de padecerlos, lo que reduce igualmente el estigma. Así mismo, otras situaciones asistenciales sobrevenidas, como el aumento significativo de niños y adolescentes con problemas de salud mental en las Urgencias de los Hospitales, han forzado la consideración de estas alteraciones y pacientes como los demás, en espacios propios de otras patologías como las pediátricas. Podemos considerar que este hecho ha podido suponer una reducción del estigma previamente asociado con dichos trastornos, mucho más minoritarios, especialmente en determinadas franjas de edad.



▶ LINEA 10. FORMACIÓN Y CUIDADO DE LOS PROFESIONALES

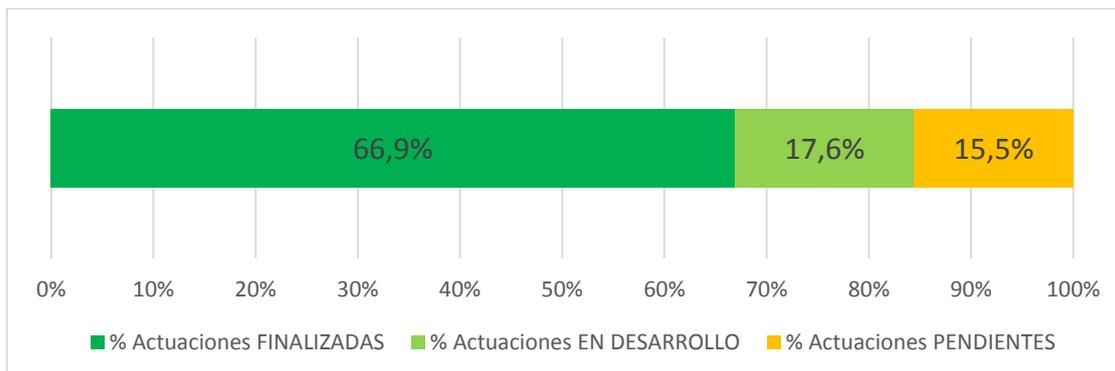


Figura 25: Porcentajes ponderados de cumplimiento de las actuaciones de la línea 10

Conclusiones

- El cumplimiento global del área de formación en la Línea Estratégica 10 de Formación y Cuidado de los Profesionales es del 78%
- El objetivo con un mayor cumplimiento es el relacionado con la mejora de la detección, diagnóstico y tratamiento de las áreas de interés (90%), mayor que el de las áreas menos clínicas tanto de gestión de la calidad como de liderazgo y gestión.
- Observando la tendencia entre 2018 y 2019 vemos que el mayor incremento en formación se ha producido en la relacionada con la detección precoz de enfermedad mental, atención a personas con trastorno de la personalidad, en atención a personas con TEA y en la atención perinatal.
- También se ha incrementado la formación en prevención y atención de conducta suicida, con más ediciones.
- Es de destacar que, a pesar de las circunstancias relacionadas con el comienzo de la pandemia en el año 2020, no se han resentido gravemente los indicadores relativos a la formación.
- Destaca un aumento significativo de los contenidos de formación relacionados con la supervisión de casos en hospitales y CSMs respecto a formación teórico-práctica tradicional
- Queda pendiente formación en tratamiento asertivo comunitario, seguridad de los pacientes y modelos de empoderamiento de usuarios y familiares.
- Se ha cumplido el objetivo de participación de los usuarios como expertos en formación relacionada con mejora de la atención basada en respeto a los derechos, lucha contra el estigma y también en detección y atención de los



pacientes en emergencias. No obstante, se considera importante mantener o aumentar su participación en otras áreas.

-Respecto de la parte de Cuidado de profesionales, el programa PAIPSE está en general bien difundido. Es necesario concretar más por las unidades las acciones facilitadoras a los profesionales de salud mental cuando se convierten en pacientes. Por otro lado es importante resaltar el refuerzo realizado en la UVOPSE.

-En las acciones locales relativas a la prevención primaria que pretenden promover medidas saludables que contribuyan al cuidado de los profesionales, en general las unidades trabajan tratando de conocer los perfiles de los profesionales y facilitando su participación en grupos de mejora y comisiones que les resulten de interés, que parecen ser las actuaciones más factibles por los responsables en el actual contexto laboral. El aspecto más deficitario es el relacionado con la posibilidad de rotaciones externas (no refiriéndose al personal en formación MIR, PIR y EIR) para facilitar el intercambio de experiencias.



▶ 6. CONCLUSIONES GLOBALES

1. La implementación del Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 en su periodo de vigencia se considera muy satisfactoria, con **la mitad de las actuaciones finalizadas**, y **una cuarta parte adicional iniciadas y en proceso de implementación**. Las **actuaciones con presupuesto se han implementado en su totalidad**, tal como se priorizó para la mejor ejecución de las actuaciones organizativas.
2. La pandemia sobrevenida ocasionada por el COVID19 ha podido condicionar el avance final de actuaciones de carácter organizativo, no así las de carácter presupuestario.
3. Destaca el **mayor cumplimiento de las líneas preeminentes 1 y 2** de atención a personas con trastorno mental grave y a niños y adolescentes, con una mayor proporción de actuaciones con presupuesto. Es necesario continuar avanzando en detección precoz y atención domiciliaria, en adultos y en niños y adolescentes.
4. **Sobresale el avance en las líneas 9 de participación, humanización y lucha contra el estigma**, tanto a nivel central como local, y la formación a los profesionales, impulsando las líneas del trabajo del plan.
5. El menor avance en la línea de atención a la salud mental en Atención Primaria, fuera del ámbito competencial de salud mental, **debe reorientarse específicamente, de cara a mejorar la atención a pacientes con trastorno mental común** (ansiedad-depresión), de gravedad leve y moderada, a la prevención del suicidio y a la detección precoz de TMG.
6. En cuanto a la línea de atención a las personas con trastornos adictivos, la implementación se ha visto condicionada por la **integración de las competencias de coordinación asistencial de esta red en la estructura de la Oficina Regional desde finales de 2019**, (desde entonces Oficina de Coordinación de Salud Mental y Adicciones), que supone un impulso importante para el futuro desarrollo e integración conjunta de la red de adicciones con la red de salud mental, en los diferentes ámbitos de gestión y asistencia.
7. En el periodo de vigencia del plan, con la implementación de las diversas actuaciones y en el mismo proceso de evaluación, se ha observado un **avance del trabajo coordinado tanto de los Servicios con la Oficina, como integrado dentro de cada Servicio**, como se pretende impulsar en la línea estratégica 0 de desarrollo de la organización para la mayor integración dentro de las Áreas o Servicios
8. Se ha realizado un importante esfuerzo por parte de los Servicios y Unidades en la medición de los indicadores propuestos en el plan, con dificultades reconocibles, lo que se considera un paso importante en la



cultura de evaluación y de mejora continua como Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.

9. Las mediciones realizadas han adquirido un **papel exploratorio y de negociación**, que permiten situarnos en un punto de partida ventajoso a la hora de marcar las nuevas acciones del siguiente Plan, tanto a nivel de los grupos de trabajo, como de la propia Oficina. Los informes de resultados de cada línea estratégica serán utilizados como **documento de apoyo esencial para los grupos de trabajo** en la elaboración del siguiente Plan.
10. Así mismo, el material resultado de la **evaluación individual** que se facilitará a cada uno de los Servicios o Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental participantes, aportará **información orientativa sobre su situación comparada con el conjunto** de los Servicios en el momento actual.
11. Esta evaluación se toma como un receso en el camino a seguir por la organización que se marcó en el Plan 2018-2020, con la posibilidad de **reconducir y de mejorar la orientación** con el presente proceso evaluativo.
12. El **esfuerzo** realizado desde la **Oficina**, así como desde los **Servicios de Psiquiatría y Salud Mental**, con el **apoyo presupuestario** y con los resultados obtenidos sitúa a la atención a la Salud Mental en un **punto de partida** esperanzador para la progresión de actuaciones de mejora necesarios en los próximos años, y adaptados a la nueva realidad pandémica y postpandémica, a través del siguiente Plan de Salud Mental y Adicciones.



▶ 7. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CAID. Centro de Atención Integral al Drogodependiente.

CAD. Centro de Atención al drogodependiente.

CSM. Centro de Salud Mental.

EASC. Equipos de Apoyo Social Comunitario.

ECASAM. Equipo de calle de Salud Mental.

GPC. Guía de Práctica Clínica.

HCE. Historia Clínica Electrónica.

ORCSM. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

ORCSMyA Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

PCC. Programa de continuidad de cuidados.

PAIPSE. Plan de atención integral al profesional sanitario enfermo.

SM. Salud Mental.

TCA. Trastorno de la conducta alimentaria.

TEA. Trastorno del espectro autista.

TIC. Tecnologías de la Información y Comunicación.

TMG. Trastorno mental grave.

TPG. Trastorno de la personalidad grave.

UHB. Unidad de Hospitalización breve.

UHTR. Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación.

UVOPSE. Unidad de valoración y orientación del profesional sanitario enfermo.

▶ 8. FICHA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Ficha de gestión documental:

TÍTULO	Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020
COORDINACIÓN TÉCNICA Y ELABORACIÓN	Mercedes Navío. Beatriz Baón. Juan Carlos Ansele. Unidad Técnica de Planificación Estratégica, Calidad y Evaluación de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
PARTICIPACIÓN	Responsables de Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.
EMISOR	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
DESTINATARIO	Profesionales, asociaciones y ciudadanos
EN VIGOR DESDE	Julio 2021
TIPO DOCUMENTAL	Informe de Evaluación
Cómo nombrar el documento	Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020

Control de ediciones

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
1	Julio de 2021	Edición original



**Comunidad
de Madrid**