

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

01

Marco normativo y planificador sobre salud mental

1.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL: CONVENIOS, DECLARACIONES E INFORMES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

En este ámbito se incluyen tanto los Convenios o Convenciones que obligan a los Estados que los han ratificado, como las Declaraciones, Resoluciones, Recomendaciones e Informes internacionales que consagran principios y directrices; asimismo hay que tener en cuenta la normativa comunitaria europea; a continuación se exponen las más significativas, en materia de derechos, salud mental y salud mental infante juvenil:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas, 1948. Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y deberes.
- Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales. Federación Mundial de la Salud Mental, 1989. Explicita la responsabilidad gubernamental y social de la atención.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989. La adhesión de España fue publicada en el BOE de 31-12-1990. Recoge los derechos de la infancia y es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos.
- Resolución 46/119 que aprueba los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. ONU, 17 de Diciembre de 1991. Se establecen los estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en la salud mental, con respecto al tratamiento y las condiciones de vida.

http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16

- Carta Europea de Derechos del Niño, Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo.
- Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, hecho en la Haya el 29 de mayo de 1.993. Su instrumento de ratificación fue publicado en el BOE de 1 de agosto de 1995.

- Resolución 48/96 que aprueba las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Asamblea General de Naciones Unidas, 20 diciembre de 1993. http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16
- Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, de 1994. Establece criterios para el ingreso involuntario, estándares de atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y prohibiciones para prevenir abusos en la atención y práctica psiquiátricas.
- Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina. Consejo de Europa, 1996. Primer instrumento internacional, jurídicamente vinculante, que incorpora el principio del consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico y altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación.
- Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría. Asociación Mundial de Psiquiatría, Asamblea General de Madrid, 25 de agosto de 1996; revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002. (www.1decada4.es/recursos/enlaces_etica/Declaracion_Madrid.pdf). Recoge las normas éticas que deben regir la conducta de psiquiatras de todo el mundo.
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, ratificado por España mediante Instrumento publicado en el BOE de 20 de octubre de 1999 núm. 251 (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>).
- Libro Blanco de 2000 de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas que padecen de Trastorno Mental, Comité de Bioética del Consejo de Europa. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para las personas con problemas de salud mental encarcelados.
- Resolución sobre la Promoción de la Salud Mental. Consejo de Europa, 2000. Invita a los Estados a incluir en sus políticas sanitarias la prevención y promoción de la salud mental. Contempla la salud mental como parte integrante de la estrategia comunitaria de salud pública.
- Informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas (<http://www.who.int/whr/2001/es/>).
- Conclusiones sobre la Lucha contra los problemas relacionados con el Estrés y la Depresión. Consejo de Europa, 2002. Se reconoce la importancia de fomentar la salud mental, especialmente a través de estrategias en relación a los determinantes del estrés y la depresión.
- Programa Mundial de Acción en Salud Mental. OMS, 2002. Plantea la brecha que existe entre la atención sanitaria en general con respecto a la atención sanitaria a la salud mental. "Cerremos la brecha, mejoremos la atención".
- Conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre la Conferencia Europea "La lucha contra la Estigmatización y la Discriminación en relación con la Enfermedad Mental", 2003. Importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra el estigma y la discriminación.
- 56ª Asamblea Mundial de la Salud A56/15. Punto 14.7 del orden del día provisional, de 27 de marzo de 2003. Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. El

apartado 19 lo dedica al desarrollo psicosocial y la salud mental de niños y adolescentes, reconociendo la necesidad de respaldar el desarrollo psicológico de lactantes, niños y adolescentes para que su vida comience con buena salud y la continuidad de la salud psicológica a lo largo de todo el ciclo vital. La OMS promoverá una amplia variedad de intervenciones eficaces para atender a los niños y adolescentes con necesidades de salud mental, que se realizarán por intermedio de las comunidades y los sistemas de salud (http://apps.who.int/gb/archive/s/s_wha56.html).

- Recomendación relativa a la Protección de la Dignidad y los Derechos Humanos de las Personas con Trastorno Mental. Consejo de Europa, 2004. A partir de esta recomendación se inicia la elaboración de un instrumento con el objetivo de velar por los derechos de las personas con trastornos mentales, que mida el grado de cumplimiento de esta norma en las políticas de los países miembros.
- Declaración de Helsinki y Plan de Acción Europeo para la Salud Mental, 2005, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y suscrita por España en 2005. Declaración europea en la que los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros reconocen la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida y productividad de las personas y establece la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia. www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../salud_mental/opsc_est17.pdf.
- Libro Verde de la Salud Mental en Europa: Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una Estrategia en Salud Mental en la Unión Europea, 2005. La Comisión abre un amplio debate sobre la salud mental. Se trata de iniciar una consulta pública sobre los medios para mejorar la gestión de las enfermedades mentales y promover el bienestar mental en la Unión Europea.
- Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas, Nueva York, 13 de diciembre de 2006. (http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=16) (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>). Ratificada por España mediante Instrumento de Ratificación publicado en el BOE de 21 de abril de 2008, núm. 96 (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-6963>). Persigue garantizar los derechos de estas personas en igualdad respecto al resto de ciudadanos, en todas las dimensiones de la vida. Sitúa a las personas con discapacidad como sujetos de derecho y establece que sus demandas y necesidades deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al conjunto de la ciudadanía. Pretende adicionalmente incorporar a la sociedad su talento y sus valores, tomando en consideración la perspectiva de las capacidades, diferencias y la diversidad funcional de una importante parte de la población mundial, que se estima en 650 millones de personas, un diez por ciento de los seres humanos.
- Reglamento (CE) N° 1920/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, sobre el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0001:0013:ES:PDF>)
- Decisión N° 1150/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de septiembre de 2007, por la que se establece para el periodo 2007-2013 el programa específico información y prevención en materia de drogas, como parte del programa general Derechos fundamentales y justicia. (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:257:0023:0029:ES:PDF>)

- Declaración de Trencin sobre el Estado de la Salud Mental en Prisiones, 2007. Informe presentado en la Conferencia de la OMS sobre Salud en Prisiones, en el que se revisa la situación de la salud mental y de su atención en las prisiones europeas, en aras de mejorarlas.
 - Informe sobre Libertades Fundamentales, Derechos Básicos y Atención al Enfermo Mental, al Comité de Expertos para el desarrollo de un instrumento de referencia para el Consejo de Europa . 2007. www.aen.es/web/docs/libertades_fundamentales_enfermo_mental_coe-esp.pdf
 - Programa de acción para superar las brechas en Salud Mental. OMS, 2008. Proporciona un conjunto de actividades y programas claros y coherentes para aumentar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.
 - Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la Unión Europea. Bruselas 12-13 junio 2008. Se reconoce la importancia y relevancia de la salud mental y el bienestar para la Unión Europea, sus Estados miembros, los actores interesados y sus ciudadanos. Para ello acuerdan la necesidad de dar un paso político decisivo para hacer de la salud mental y el bienestar una prioridad clave.
 - Resolución sobre la Salud Mental, de 19 de febrero de 2009, del Parlamento Europeo. (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//ES>).
- Informe propuesta de 28 de enero de 2009.
(<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES>).
- Declaración de la Oficina Regional para Europa. OMS, 2010. Empoderamiento del usuario en salud mental. Especifica la acción que hay que tomar para reforzar el empoderamiento del usuario Establece que la clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos.
 - Plan de Acción Europeo para la Salud Mental 2013-2020. OMS. La finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. Este plan tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social. Propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
 - Atlas de Salud Mental 2014. OMS.
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/

1.2. MARCO NORMATIVO ESTATAL Y DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS: LEGISLACIÓN Y OTROS INSTRUMENTOS

Marco normativo estatal.

En España no existe una ley específica sobre salud mental o sobre enfermedad mental. Al comienzo de la década de los ochenta, la Comisión Interministerial —Sanidad y Justicia— creada

ad hoc por el Gobierno recomendó que no se iniciase un procedimiento legislativo en esa dirección, al entender que una ley específica podría contribuir a la discriminación de este tipo de enfermedades y las personas que las padecen, pese a que incluyera entre sus objetivos la lucha contra su estigmatización. Sin embargo, sí que existe un marco normativo estatal que incide en la regulación y en la atención de la salud mental, que legitima lo recogido en la presente planificación y que se expone a continuación.

- Constitución Española de 1978. Reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43). El artículo 149.1.16 establece la competencia exclusiva del Estado para establecer las bases y la coordinación general de la sanidad.
- Código Civil, aprobado mediante Real Decreto de 24 julio de 1889, habiendo sido objeto de diversas modificaciones, entre ellas, también la de su Título X que dedica a la tutela, la curatela y la guarda de los menores o incapacitados, destacar de éste su artículo 271 que dispone que el tutor necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o de formación especial.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985: Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental. Dicha Comisión fue creada por Orden de 27 de Julio de 1983. El Informe, sin carácter normativo, tiene una gran trascendencia para las elaboraciones normativas posteriores dado que explicita los parámetros que han de servir en el futuro para la reforma psiquiátrica.
- Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>). En su artículo 70 establece que la coordinación general sanitaria incluirá la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, así como el establecimiento con carácter general de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia, y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios.

Además señala que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer estrategias y actuaciones sanitarias conjuntas, que si implicaran a todas ellas se consensuarían en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Dedica el Capítulo III (artículo 20) del Título I (del Sistema de salud) a la salud mental, desarrollando el contenido fundamental del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. Incluye la equiparación en derechos de la persona con problemas de salud mental y la inclusión de la atención en materia de salud mental en el sistema general de salud.

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>). Desarrollada por Reglamento aprobado mediante Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-979>).
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>). El artículo 763 regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, en un establecimiento de salud mental, sometiéndolo a las máximas

garantías procesales. El artículo 778 bis aborda el internamiento de menores con problemas de conducta en centros de protección específicos.

- Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, prevé, entre las medidas susceptibles de ser impuestas a los menores, el tratamiento ambulatorio de las alteraciones psíquicas (Art. 7) pudiendo las Comunidades Autónomas establecer los convenios o acuerdos de colaboración necesarios con otras entidades, bien sean públicas o privadas sin ánimo de lucro, para la ejecución de las medidas de su competencia (Art. 45. 3). Dicha Ley ha sido desarrollada reglamentariamente mediante Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio. Su artículo 6. j) establece la necesaria coordinación de actuaciones, especialmente en materia de educación y sanidad; su artículo 16 regula el tratamiento ambulatorio y el artículo 27 el internamiento terapéutico, contemplando el artículo 38 su asistencia sanitaria.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>). Regula el derecho a la información sanitaria, a la intimidad, a la autonomía del paciente, el consentimiento informado y la documentación sanitaria (la historia clínica, el informe de alta y otra documentación clínica).
- Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>) El artículo 7.1 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos y señala, además, las prestaciones que comprenderá el catálogo. El artículo 14 define la prestación sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos crónicos que, por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y sufrimientos y facilitar la reinserción social. También reconoce al Ministerio con competencias en materia de Sanidad las relativas al establecimiento de bases y coordinación general sanitaria y para impulsar la elaboración de planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes y otras actuaciones en coordinación con las Comunidades Autónomas.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760&p=20151006&tn=6>). De su articulado se recoge el derecho a la atención integral, incluida la psicológica.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212&p=20150708&tn=1#ddunica>). Se detallan las prestaciones que se incluyen tanto en la cartera de servicios de atención primaria como en la de atención especializada. Su Anexo III, relativo a la Cartera de servicios comunes de atención especializada, dedica el apartado 7 a la atención a la salud mental. Dicho real Decreto deroga el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-3554>) salvo su Disposición adicional 4ª relativa a las prestaciones de atención sociosanitaria, en tanto se desarrolla el contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>). Crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y reconoce un nuevo derecho de la ciudadanía, el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones. Por dependencia se entiende precisar ayudas importantes de otras personas para realizar tareas básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. La ley se inspira en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad de las prestaciones públicas del SAAD.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115&p=20130727&tn=2>). Su artículo 27, dedicado a la "Integración del principio de igualdad en la política de salud", recoge en su apartado 1 que "Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente".
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE nº 159, de 4 de julio) (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12945>).
- Resolución de 2 de febrero de 2009 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (<http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica, con fecha 28 de julio de 2017, nota en su página web que informa que un primer borrador de la Estrategia Nacional sobre Drogas y Adicciones 2017-2024 va a ser remitido en pocos días a los integrantes de la Conferencia Sectorial para trámite de alegaciones.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre derechos de las personas con discapacidad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>) España ratificó la Convención y el Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008, entrando en vigor el 3 de mayo de ese mismo año. A partir de ese momento pasa a ser parte del ordenamiento interno, por lo que es necesario adaptar y modificar determinadas normas para hacer efectivos los derechos que la Convención recoge.
- Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-14812# analisis>). Su objetivo es adecuar la regulación reglamentaria vigente en materia de discapacidad a las directrices de la Convención, en la línea marcada por la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>). Tiene por objeto garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de todo tipo de discriminación.
- Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de

oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22080>).

Empleo:

- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22949>).
- Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-13588&p=20120707&tn=2>).
- Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-21492>).

Ordenación de las Profesiones Sanitarias:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-200321340&p=20140328&tn=1#a3>).
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354&p=20170331&tn=1#a2>).
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176&p=20170331&tn=1#a2>).
- Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Psiquiatría (<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-15079>).
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Psicología Clínica (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-10107).
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081).
- Proyecto de Real Decreto por el que se crea el Título de Especialista Médico en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y se modifica la denominación del Título de la Especialidad de Psiquiatría por el de Psiquiatría del Adulto, publicado en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en fecha 28 de agosto de 2017, tras consulta pública previa cerrada. <http://www.msssi.gob.es/normativa/consultas/consultasCerradas.htm>.

Organización administrativa:

- Real Decreto 485/2017, de 12 de mayo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-5271>).

Marco normativo de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales (B.O.C. 56, de 04.05.1987). Para el logro de su objeto, consistente en garantizar el derecho de todos los ciudadanos a los servicios sociales, facilitando el acceso a los mismos, orientados a evitar y superar las situaciones de necesidad y marginación social que presenten individuos, grupos y comunidades, se crea un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública que tiene, entre otras, las siguientes líneas de actuación: a) Promover y potenciar aquellas actividades, servicios y recursos que permitan una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, en condiciones de igualdad, y el incremento y mantenimiento del bienestar social. b) Prevenir y eliminar las causas que conducen a la marginación. c) Atención y apoyo a las personas y grupos sociales, especialmente en casos de carencia y dependencia. d) Rehabilitación y promoción social de individuos, grupos y comunidades. e) Coordinación de la gestión administrativa de los servicios sociales y de éstos con otras áreas del Bienestar Social, tendente a una intervención integral y globalizada respecto de las necesidades sociales.

- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (B.O.C. 96, de 5.8.1994), que tiene por objeto, entre otros aspectos, el establecimiento y la ordenación del Sistema Canario de la Salud, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud. Además, contempla el Derecho a programas sanitarios y actuaciones especiales y preferentes para los enfermos mentales, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud (artículo 9) y Derechos específicos de los enfermos mentales (artículo 10) disponiendo que los pacientes que por razón de enfermedad física o mental, sean considerados incapaces o presuntos incapaces, en el sentido que lo manifiesta el título IX, del libro I, del Código Civil y que están ingresados o tuvieren que ingresar en un centro o establecimiento sanitario, gozan además de los derechos previstos en los artículos 6 y 9, de los siguientes derechos: a) Cuando en los ingresos voluntarios desapareciera la plenitud de facultades durante el internamiento, la Dirección del centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial en los términos regulados en el artículo 211 del Código Civil, debiendo reexaminar periódicamente la necesidad del internamiento. b) Los ingresos forzosos sólo podrán realizarse de acuerdo con el artículo 211 del Código Civil.
- Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (B.O.C. 32, de 15.3.1995).
- Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores (B.O.C. 23, de 17.2.97).
- Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. 94, de 28.7.1998).
- Decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de Centros y Servicios sociosanitarios de atención a drogodependientes (B.O.C. 112, de 12.8.1992). Orden de 13 de agosto de 1992, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se desarrolla el Decreto 118/1992, de 9 de julio, citado (B.O.C. 114, de 14.8.1992; c.e. B.O.C. 125, de 4.9.1992).
- Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Canarias (B.O.C. 107, de 16.8.2000).
- Orden de 12 de septiembre de 2001, por la que se amplía el anexo de la Orden de 19 de agosto de 1998, de la Consejería de sanidad y Consumo, por la que se regulan los ficheros

automatizados de datos de carácter personal del Servicio Canario de la Salud, por la que se crea el fichero “Proyecto Alzheimer 2001” y la Orden de 4 de marzo de 2002, por la que se amplía la relación de ficheros de datos de carácter personal existentes en el Servicio Canario de la Salud, creando un nuevo fichero en el que se contienen datos de carácter personal con la denominación de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias.

- Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos (B.O.C. 154, de 8.8.2005).
- Orden de 28 de febrero de 2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión (B.O.C. 55, de 17.3.2005).
- Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias (B.O.C. 143, de 22.7.2005) cuyo CAPÍTULO V del Título II regula los Servicios Farmacéuticos de los Centros de Atención a Drogodependientes, Sociosanitarios y Penitenciarios (artículos 62 a 64).
- Decreto 105/2006, de 20 de julio, por el que se regula la homologación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y por el que se desarrolla el régimen jurídico del concierto sanitario (B.O.C. 148, de 1.8.2006).
- Decreto 17/2010, de 25 de febrero, por el que se crea la Comisión Canaria de Formación Continuada de las profesiones sanitarias y se regula el procedimiento de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC 51, de 15.3.2010).
- Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres (BOC 45, de 5.3.2010; c.e. BOC 69, de 9.4.2010 y BOC 106, de 2.6.2010).
- Decreto 123/2014, de 18 de diciembre, por el que se establece el procedimiento para la implantación de tecnologías sanitarias en la práctica asistencial del Servicio Canario de la Salud y se crea el Comité Técnico para la evaluación de tecnologías sanitarias (BOC 251, de 29.12.2014).
- Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio (BOC 128, de 3.7.2015).

1.3. ÓRGANOS COLEGIADOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS CON COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL

1.3.1. Introducción

Existen determinadas áreas de especial complejidad y relevancia en salud mental para las que se ha estimado necesaria la constitución de órganos colegiados -comisiones y consejos- creados y regulados mediante Decretos territoriales que explicitan su naturaleza, funciones, composición y funcionamiento.

Estos órganos y su normativa reguladora son los siguientes:

- Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM). El Decreto 5/2016, de 15 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad (BOC 37, de 24.2.2016; c.e. BOC 41, de 1.3.2016; y BOC 52, de 16.3.2016) la regula en la Sección 5ª del capítulo III (artículos 25 a 30).

- Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para Enfermos Mentales, regulados mediante Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los citados Consejos Insulares (B.O.C. 75, de 19.6.98; c.e. B.O.C. 122, de 25.9.98).
- Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer, creada mediante Decreto 125/1999, de 17 de junio, (B.O.C. nº 89, de 9.7.1999; c.e. B.O.C. 144, de 29.10.1999).
- Comisiones Insulares de coordinación sobre drogodependencias, regulado mediante Decreto 5/2005, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad (B.O.C. 24, de 4.2.2005), que le dedica los artículos 33 a 36.

Hay que señalar que la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental es el único órgano colegiado de los antes relacionados que está adscrito a la Consejería de Sanidad, estando el resto de los órganos citados adscritos al Servicio Canario de la Salud.

Respecto a la regulación de la organización y funcionamiento del Servicio Canario de la Salud se encuentra en fase de Proyecto en tramitación, en el momento actual, el Decreto por el que se aprueba su Reglamento de Organización y Funcionamiento, que incluye la regulación de los Consejos Insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC), la Comisión asesora sobre enfermedad de Alzheimer y otras demencias y las Comisiones Insulares de coordinación sobre drogodependencias, que a fecha de hoy se encuentran regulados -como se ha visto- mediante decretos dispersos, en los que el paso del tiempo ha revelado la necesidad de realizar actualizaciones y mejoras en su regulación.

A continuación se expone la información relativa a tales Comisiones y Consejos, a la luz de su normativa reguladora.

1.3.2. Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM)

Su naturaleza es la de órgano consultivo de la Consejería competente en materia de sanidad que asesora, informa y propone actuaciones en materia de salud mental (artículo 25).

Sus funciones son las siguientes (artículo 26):

- a) Proponer la realización de convenios interinstitucionales que sean necesarios para proceder a una total integración de los recursos existentes en la asistencia psiquiátrica y la salud mental.
- b) Proponer criterios y medidas esenciales, a fin de iniciar en Canarias acciones y programas de promoción, prevención y educación sanitaria en el área de la salud mental.
- c) Fomentar iniciativas que se encaminen a mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de atención a la salud mental.
- d) Solicitar, de cuantas instituciones u organismos interesados en la atención a la salud mental se estime, información sobre modelos de actuación, proyectos, actividades, etc., que pudieran interesar.
- e) Trasladar a las Administraciones competentes las directrices establecidas y el contenido de los distintos acuerdos con el fin de que puedan ser introducidos en sus planes anuales, y se les asigne la dotación presupuestaria correspondiente.
- f) Facilitar información y asesorar, a fin de definir acciones y medidas concretas con el objeto de obtener en Canarias una política humana, científica y técnicamente válida.

- g)** Promover y colaborar con la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias en los programas de capacitación y formación continuada de los profesionales de las áreas sanitarias y sociosanitarias en materia de salud mental.
- h)** Promover la utilización conjunta de los recursos existentes en salud mental en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma Canaria.
- i)** Coordinar las actuaciones de los distintos Consejos Insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria (CIRPAC) contemplados en el Plan de Salud de Canarias.
- j)** Cuantas actuaciones sean precisas para lograr los objetivos marcados por la Comisión en materia de salud mental.

La Comisión Asesora puede recibir y escuchar las cuestiones y sugerencias dadas por individuos o grupos sobre las funciones que tiene atribuidas.

Con la aprobación de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, la Comisión Asesora puede llevar a cabo o proponer la elaboración de estudios sobre cualquier aspecto de los incluidos entre sus funciones, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias.

La Comisión Asesora comunicará a la Dirección General de Programas Asistenciales aquellos problemas o necesidades que requieran un estudio o actuación de ésta.

Su composición en Pleno es la siguiente (artículo 27):

- Presidencia: la ostenta la persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Vocales:
 - a)** Las personas titulares de las direcciones generales competentes o responsables de organismos autónomos de las siguientes materias:
 - Atención a las drogodependencias.
 - Dependencia y discapacidad.
 - Justicia.
 - Protección de la infancia y la familia.
 - Promoción educativa.
 - Servicio Canario de Empleo.
 - b)** Las personas titulares de las Direcciones de las siete Áreas de Salud.
 - c)** Las personas responsables de los servicios de psiquiatría de las diferentes Áreas de Salud de Canarias.
 - d)** Una persona representante de las siguientes Instituciones y Organismos con competencias o recursos en el área de salud mental, designadas a propuesta de éstos y nombradas por el titular de la Consejería competente en materia de sanidad:
 - Cabildo Insular de Tenerife.
 - Cabildo Insular de Gran Canaria.
 - Cabildo Insular de La Palma.
 - Cabildo Insular de Lanzarote.
 - Cabildo Insular de La Gomera.
 - Cabildo Insular de Fuerteventura.

- Cabildo Insular de El Hierro.
 - Universidad de La Laguna.
 - Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
 - Asociaciones Profesionales que tengan relación en el ámbito de la salud mental a propuesta conjunta de las inscritas en el Registro de Asociaciones de la Consejería competente en la materia.
- e)** Dos profesionales de reconocido prestigio en el campo de la salud mental, a propuesta de la Dirección General competente en materia de programas asistenciales del Servicio Canario de la Salud, cuyos nombramientos se realizarán por la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad.
- f)** Dos representantes de las Asociaciones de Familiares, por provincia, cuyos nombramientos se realizarán por la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad y a propuesta conjunta de las inscritas en el Registro de Asociaciones de la Consejería competente en la materia.
- Secretaría: la ejerce la persona vocal designada por acuerdo de la Comisión.

La Comisión Asesora constituirá de entre sus miembros una Comisión Permanente con la siguiente composición (Artículo 28) :

- a)** La persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, que ostentará la presidencia de la misma.
- b)** Dos personas responsables de los servicios de psiquiatría de las Áreas de Salud, a propuesta de las que forman parte del Pleno de la Comisión.
- c)** Tres representantes de los Cabildos Insulares.
- d)** Dos representantes cuyos nombramientos se realizarán entre profesionales de reconocido prestigio en el campo de la salud mental.

La Comisión Asesora en Pleno podrá delegar en la Comisión Permanente el ejercicio de las funciones que considere adecuadas, supervisando sus actuaciones para el mejor cumplimiento de sus fines y atribuciones. El Pleno de la Comisión Asesora deberá ser informado regularmente de todas las actuaciones que lleve a cabo la Comisión Permanente, pudiendo requerirla cuando lo crea necesario.

La Comisión Asesora podrá constituir grupos de trabajo para el estudio de cuestiones concretas, temas específicos o monográficos, y estarán integrados por los vocales o por técnicos ajenos a la misma, que designe la Presidencia a propuesta de dicha Comisión, debiendo dar cuentas de sus trabajos en la sesión de la Comisión Asesora que ésta determine (artículo 29).

En cuanto al régimen jurídico de su funcionamiento, la Comisión Asesora fijará sus normas de funcionamiento interno y se reunirá de manera ordinaria, al menos, cada seis meses y de manera extraordinaria cuando resulte necesario a criterio de la Presidencia o lo solicite la mitad de sus miembros. El quórum de asistencia, para la válida constitución del órgano, precisará la presencia de representantes de todas las Administraciones integrantes de la Comisión. La Comisión Asesora elevará anualmente a la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad una memoria de actividades que redactará quien ejerza el Secretariado (artículo 30).

1.3.3. Consejos insulares de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC)

La naturaleza de estos Consejos Insulares, de los que existe uno en cada Área de Salud, es la de órganos colegiados adscritos al Servicio Canario de la Salud, que permiten complementar y coordinar recursos sanitarios y sociales que habrán de confluir en el colectivo de personas con enfermedad mental grave, a fin de evitar su marginación, y cuyo ámbito de actuación se coordina en la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (artículo 47 del Proyecto).

Sus funciones son las siguientes (artículo 48 del Proyecto):

1. Elaboración, a partir de los datos disponibles en los dispositivos asistenciales de Atención a la Salud Mental, Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidades de Media y Larga Estancia y de Rehabilitación y otros, y en el registro acumulativo de casos psiquiátricos (RECAP), de un censo de pacientes con enfermedad mental grave, ordenándolo según el nivel de necesidades.
2. Diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave (P.I.R.P.), asegurándose de que sus diferentes subprogramas sean los más adecuados para los correspondientes niveles de necesidades, y enviándolos para su aprobación a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.

Dicho P.I.R.P. deberá incluir entre sus líneas programáticas, al menos las de:

- a) Seguimiento de las personas con enfermedad mental grave, por medio de las Unidades de Salud Mental Comunitarias.
 - b) Desarrollo y promoción de Dispositivos Rehabilitadores Comunitarios (Centros de día, Unidades de noche).
 - c) Desarrollo y promoción de una Red de Apoyo Social y Comunitario, con subprogramas de empleo, apoyo domiciliario, atención a personas con enfermedad mental grave sin hogar, alojamiento alternativo, apoyo coyuntural y de tiempo libre.
3. Poner a disposición del responsable o responsables de los P.I.R.P., un inventario de recursos y prestaciones sociosanitarias, públicas o privadas que puedan contribuir a la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave.
 4. Asesorar, siguiendo los criterios de coordinación establecidos por la Dirección General de Programas Asistenciales, a los responsables de los servicios sanitarios y sociales, públicos o privados, sobre la correcta utilización de todos los recursos y prestaciones así como de los diferentes procedimientos para acceder a ellos.
 5. Supervisar mediante el análisis y evaluación, las memorias y planes anuales que conllevan los P.I.R.P., dando cuenta a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental de las conclusiones con carácter anual.
 6. Proponer criterios y procedimientos de control de calidad para los diferentes subprogramas del P.I.R.P., promoviendo aquellos que beneficien a los pacientes, en coordinación con el resto de los C.I.R.P.A.C., a través de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.
 7. Informar con carácter periódico a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental acerca de la actividad desarrollada para la realización del P.I.R.P.
 8. Emitir informe previo al plan de formación del personal de los centros y servicios concertados con la Administración para el caso de la asistencia a personas con trastornos mentales graves, así como cualquier otro que la normativa vigente le atribuya.

9. Cuantas otras funciones sean precisas para lograr los objetivos que se fijan en el P.I.R.P.

Su composición es la siguiente (artículo 49 del Proyecto):

- a) Presidencia, que será la persona titular de la Dirección de Área de Salud correspondiente.
- b) Los siguientes vocales (con ligeras pero necesarias diferencias respecto a la regulación vigente):
 - La o las personas titulares de las jefaturas de servicio de psiquiatría de los hospitales o de los servicios sanitarios del Área de Salud correspondiente o persona de dichos servicios en quien delegue.
 - La persona titular de la jefatura de servicio de salud mental de la Dirección General de Programas Asistenciales o persona de dicho servicio en quien delegue, que actuará de coordinador con la Presidencia de la Comisión Asesora sobre atención a la salud mental.
 - La persona responsable del PIRP, que será designada a propuesta de la Dirección de Área de Salud ratificada por la Dirección General de Programas Asistenciales, entre el personal del Servicio Canario de la Salud del Área de Salud correspondiente con responsabilidades en el ámbito de personas con enfermedad mental.
 - Una persona representante por cada una de las Direcciones Gerencias de hospitales o, en su caso, de la Gerencia de servicios sanitarios.
 - Una persona representante del Área de Salud correspondiente con competencias en rehabilitación psicosocial.
 - Una persona representante del Departamento de la Administración Autonómica con competencias en políticas sociales, en concreto, en la atención a personas con discapacidad o en situación de dependencia por enfermedad mental.
 - Una persona representante de acción social del Cabildo Insular o, en caso de existir, del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria, con competencias en la atención a personas con enfermedad mental grave.
 - Una persona representante del Servicio Canario de Empleo con competencia en formación y empleo para personas con discapacidad por enfermedad mental.
 - Una persona representante de la Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa con competencia en la formación para personas con discapacidad por enfermedad mental.
 - Dos personas representantes por parte de las Asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental y dos representantes por parte de las Asociaciones de personas con enfermedad mental, inscritas en el Registro de Asociaciones de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, con ámbito de influencia en el Área de Salud correspondiente; de no alcanzar el número de representantes uno de los tipos de asociaciones, el número sobrante podrá ser acumulado al otro tipo, hasta alcanzar el máximo de cuatro.
 - El siguiente número de personas representantes municipales, tratándose de las mismas personas designadas para los Consejos de Salud de Área:
 - En las Áreas de Salud de Gran Canaria y de Tenerife 9 representantes, respectivamente, con el siguiente criterio:
 - 3 en representación de los municipios de menos de 15.000 habitantes.
 - 3 en representación de los municipios entre 15.000 y 50.000 habitantes.
 - 3 en representación de los municipios de más de 50.000 habitantes.

- En el Área de La Palma, 9 representantes, con el siguiente criterio:
 - 3 en representación de los municipios de menos de 5.000 habitantes.
 - 3 en representación de los municipios entre 5.000 y 15.000 habitantes.
 - 3 en representación de los municipios de más de 15.000 habitantes.
 - En las Áreas de Salud de Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro 9 representantes, respectivamente.
- c) Secretaría, con voz y sin voto, que será designada a propuesta de la Dirección de Área de Salud correspondiente, entre el personal al servicio del Servicio Canario de la Salud, preferentemente de la Dirección de Área de Salud.

Las designaciones se realizarán por el Consejero o Consejera competente en materia de sanidad, a propuesta de los Organismos y Entidades integrantes. Las Comisiones creadas por el Pleno podrán solicitar, a través de la Presidencia del Pleno, la colaboración eventual de profesionales que consideren conveniente para el mejor desarrollo de las tareas encomendadas a las mismas, los cuales se incorporarán con voz pero sin voto.

En cuanto a su funcionamiento (artículo 50 del proyecto, asimismo con ligeras pero necesarias diferencias respecto a la regulación actualmente vigente):

La Presidencia del C.I.R.P.A.C. ostenta su representación así como la presidencia tanto del Pleno como de las comisiones del Consejo. En caso de ausencia, vacante o enfermedad u otra causa legal asumirá la presidencia la vocalía que representa el servicio de salud mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. En caso de ausencia o enfermedad de la persona que desempeñe la Secretaría, la Presidencia del Consejo podrá, para una determinada sesión, designar su suplente entre los vocales representantes de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Los C.I.R.P.A.C. funcionan en pleno y en comisión permanente. Son miembros del Pleno todos los del CIRPAC. La Comisión Permanente, que podrá ejercer por delegación del Pleno las atribuciones que éste determine, estará compuesta por:

- La Presidencia y la Secretaría o personas que reglamentariamente les sustituyan.
- Los siguientes miembros del CIRPAC, designados por el Pleno:
 - La persona responsable del P.I.R.P.
 - La persona representante del Área de Salud correspondiente con competencias en rehabilitación psicosocial.
 - Una persona titular de jefatura de servicio de psiquiatría de los hospitales o de los servicios sanitarios del Área de Salud correspondiente o persona de dicho servicio en quien delegue, a propuesta de dichos representantes.
 - Una persona representante de las Direcciones Gerencias de hospitales o, en su caso, de la Gerencia de servicios sanitarios, a propuesta de dichos representantes.
 - Una persona representante de la Administración Pública Autonómica, a propuesta de los representantes autonómicos.
 - La persona representante de la Administración Pública Insular.
 - Una persona representante de la Administración Pública Local, a propuesta de los representantes municipales.
 - Una persona representante de las Asociaciones, a propuesta de los representantes de las asociaciones.

El Pleno del C.I.R.P.A.C. podrá crear Comisiones para el estudio de cuestiones específicas, debiendo determinar el plazo para su constitución, sus objetivos y el plazo en que ha de cumplir el cometido que se le encomienda.

El Pleno del C.I.R.P.A.C. se reunirá en sesión ordinaria, al menos, una vez al semestre, previa convocatoria de su Presidencia.

1.3.4. Comisión Asesora sobre enfermedad de Alzheimer y otras demencias

El proyecto de Decreto modifica el nombre de la referida Comisión (en la regulación vigente se denomina Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer) así como que introduce ligeras modificaciones para la actualización y mejora de su regulación.

Su naturaleza es la de un órgano colegiado de carácter consultivo adscrito al Servicio Canario de la Salud (artículo 43), que tiene entre sus funciones las siguientes (artículo 44):

- a)** Asesorar a los órganos competentes de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud sobre el modelo de organización de la atención de las personas mayores con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- b)** Asesorar en el diseño de protocolos de diagnóstico y seguimiento del tratamiento de enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- c)** Velar por el desarrollo de un sistema de registro de seguimiento de las demencias.
- d)** Proponer el establecimiento de medidas para la optimización de los recursos destinados al tratamiento de las enfermedades psicogeríatras.
- e)** Asesorar sobre las estrategias con el fin de conseguir el soporte de la familia y de la comunidad en general en el tratamiento de las personas afectadas por estas enfermedades.
- f)** Asesorar sobre todos aquellos aspectos que inciden en la vida de estos pacientes y que deben ser objeto de especial atención.
- g)** Evaluar y aprobar, cuando corresponda, las propuestas terapéuticas garantizando el uso correcto de los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- h)** Elaborar estudios e informes sobre la prescripción correcta de los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en el ámbito de Canarias, para lo que deberá disponer de los datos clínicos y analíticos necesarios.
- i)** Elaborar y proponer la adopción de los protocolos de utilización de los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer para las indicaciones para las que se autorice el uso, así como también un modelo de boletín informatizado para cada uno de ellos.

Dichos boletines, una vez elaborados, serán de uso obligatorio para los médicos especialistas de los hospitales del Servicio Canario de la Salud que controlen pacientes susceptibles de ser tratados con estos fármacos y se remitirán, debidamente cumplimentados, al servicio de uso racional del medicamento y control de la prestación farmacéutica del Servicio Canario de la Salud.
- j)** Evaluar los datos que se hagan constar en los boletines a que se refiere el apartado anterior.
- k)** Proponer la adopción de las medidas necesarias con el fin de que, en la elaboración del censo de los enfermos que reciben tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer en

Canarias, se garantice su derecho a la intimidad y la confidencialidad de los datos que se consignen, de conformidad con las disposiciones legales vigentes en esta materia.

- l)** Emitir informe a las consultas que, dentro de su ámbito y a través de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, les puedan plantear los médicos de los enfermos que consumen fármacos autorizados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, así como las sociedades científicas y entidades representativas de estos médicos.
- m)** Promover la información adecuada en relación con el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer.

Su composición es la siguiente (artículo 45) :

- a)** Presidencia, que será la persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- b)** Vicepresidencia, que será designada por la presidencia entre los vocales de la Administración.
- c)** Vocales:
 - c.1.** Por parte de la Administración, las personas titulares de las jefaturas de los servicios de salud mental, atención especializada, atención primaria y uso racional del medicamento y control de la prestación farmacéutica o personas de dichos servicios en quien deleguen.
 - c.2.** Diez profesionales con acreditada experiencia en la investigación y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, propuestos por la Dirección General de Programas Asistenciales.
 - c.3.** Tres representantes por parte de las Asociaciones de familiares de pacientes que sufran enfermedad de Alzheimer u otras demencias, legalmente constituidas en Canarias e inscritas en el registro de asociaciones de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, a propuesta de dichas Asociaciones.
- d)** Secretaría, con voz y sin voto, que será designada entre el personal al servicio del Servicio Canario de la Salud, preferentemente de la Dirección General de Programas Asistenciales, a propuesta de la persona titular de dicho centro directivo.

La duración máxima en el ejercicio de ese cargo para los vocales no representantes de la Administración será de dos mandatos. La vicepresidencia sustituirá a la presidencia en casos de vacante, ausencia, enfermedad u otra causa legal y ejercerá las funciones que aquél expresamente le otorgue. La presidencia de la Comisión podrá para una determinada sesión, en caso de vacante, permiso, licencia, ausencia o enfermedad de la persona que desempeñe la secretaría, designar su suplente entre los vocales representantes de la Administración.

Los grupos de trabajo creados por el Pleno de la Comisión podrán solicitar, a través de la Presidencia del Pleno, la incorporación con carácter temporal de asesores externos quienes colaborarán con el grupo en el cumplimiento de sus funciones como expertos, los cuales se incorporarán con voz pero sin voto.

En cuanto a su funcionamiento (artículo 46):

Corresponde a la presidencia de la Comisión Asesora sobre enfermedad de Alzheimer y otras demencias presidir las sesiones del pleno y de los grupos de trabajo.

Dicha Comisión Asesora funciona en pleno y en subcomisión técnica. Son miembros del Pleno todos los de la Comisión.

Podrán convocarse reuniones extraordinarias del Pleno a iniciativa de su presidencia o a petición de al menos un tercio de sus componentes.

La Subcomisión Técnica se constituirá con los siguientes vocales, designados por la persona titular de la Dirección General de Programas Asistenciales:

- Dos personas titulares de las jefaturas de servicio de los señalados en el artículo 45 apartado 1.c) 1.
- Cinco profesionales de los señalados en el artículo 45, apartado 1.c) 2.

La Presidencia y Secretaría de la Subcomisión serán ejercidas por quien ostente, respectivamente, la Vicepresidencia y Secretaría de la Comisión Asesora.

La Subcomisión Técnica ejercerá las funciones de la Comisión Asesora que el Pleno considere oportuno delegarle y, en concreto, supervisará los protocolos individuales y emitirá los informes-propuesta facultativos o preceptivos que correspondan, relativos al empleo individual de fármacos indicados para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer y otras demencias, especialmente los sujetos a visado de inspección.

El Pleno de la Comisión podrá formar grupos de trabajo para el estudio de temas concretos cuando lo estime conveniente, debiendo determinar en el acuerdo de creación de los mismos su composición, finalidad y cometidos para los que se crean y el plazo en que han de cumplir dicho cometido. Los grupos de trabajo darán cuenta de su tarea en la sesión plenaria de la Comisión Asesora que ésta determine.

1.3.5. Comisiones Insulares de coordinación sobre drogodependencias

El proyecto de Decreto citado introduce asimismo ligeras modificaciones en su regulación.

En cuanto a su naturaleza (artículo 54) es la de órganos colegiados adscritos al Servicio Canario de la Salud, creados al amparo del artículo 27 de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias, y encargados en cada Área de Salud de la coordinación, seguimiento y evaluación de las acciones contempladas en la Ley 9/1998 y en los Planes Nacional, Insular, Canario y, en su caso, Municipales sobre drogas.

Sus funciones son las siguientes (artículo 55):

- a) En materia de planificación, la asistencia técnica y la elaboración de propuestas para la redacción del Plan Insular y, en su caso, de los Planes Municipales sobre drogas.
- b) Servir de enlace entre las distintas entidades locales de la isla para las propuestas de actuación conjunta, recabando y difundiendo información.
- c) Elaborar y aprobar propuestas conjuntas para presentar en la Comisión coordinadora de atención a las drogodependencias, sirviendo de enlace con dicho órgano colegiado.
- d) Elaborar un informe sobre el grado de cumplimiento de las acciones previstas en los distintos Planes sobre drogas que se apliquen en la isla.
- e) Presentar propuestas a la Comisión coordinadora de atención a las drogodependencias para una mejor ejecución de los distintos Planes sobre drogas.

- f) Coordinar los sistemas de información, documentación y estadística empleados por las Entidades Locales de la Isla.
- g) Las demás que les atribuyan las disposiciones legales.

Su composición es la siguiente (artículo 56):

- a) Presidencia, que será la persona titular de la Dirección General con competencias en materia de atención a las drogodependencias.
- b) Vocales:
 - b.1. Por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias:
 - Las personas titulares de las jefaturas de los servicios de coordinación técnica de atención a las drogodependencias y de salud mental o personas de dichos servicios en quienes deleguen.
 - La persona titular de la Dirección territorial o insular de Educación.
 - El Director o Directora del Área de Salud.
 - Una persona titular de jefatura de servicio de psiquiatría, o persona de dicho servicio en quien delegue, en representación de los hospitales o de los servicios sanitarios del Área de salud correspondiente, a propuesta de la Dirección General de Programas Asistenciales.
 - b.2. Una persona representante del Cabildo Insular, a propuesta de dicha entidad insular.
 - b.3. Dos personas representantes de los municipios de la isla, a propuesta de la asociación representativa de los municipios canarios.
 - b.4. Una persona representante de la Administración General del Estado, a propuesta de dicha Administración.
 - b.5. Una persona representante de las entidades relacionadas en materia de atención a las drogodependencias y con actuación en la respectiva isla, a propuesta conjunta de las mismas.
- c) Secretaría, con voz y sin voto, que será designada entre el personal al servicio del Servicio Canario de la Salud, preferentemente de la Dirección General con competencias en materia de atención a las drogodependencias, a propuesta de la persona titular de dicho centro directivo.

En cuanto a su funcionamiento (artículo 57) la Comisión quedará válidamente constituida cuando asista en primera convocatoria la mitad más uno de sus miembros y en segunda cuando concurra, al menos, la tercera parte de sus componentes. Las sesiones ordinarias serán, como mínimo, semestrales.

1.4. ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud es un documento de referencia ineludible para la planificación de la salud mental en las Comunidades Autónomas. Se elabora por parte de expertos de todas las disciplinas relacionadas con la salud mental, técnicos de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Para su elaboración se tienen en cuenta las actuaciones y planes llevados a cabo tanto en España como en la Unión Europea y la OMS, así como por parte de otros organismos como el Consejo de Europa y la OCDE, entre otros. En ella se recogen las líneas estratégicas

básicas que deben ser abordadas en España, comunes a cualquier Comunidad Autónoma (sin perjuicio de las adaptaciones necesarias). Se establecen objetivos generales, objetivos específicos y recomendaciones técnicas para lograrlos, así como un conjunto de indicadores para su evaluación.

La Estrategia “constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales. La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.” (MSC, 2007).

- **La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006, publicada en 2007**

Su objetivo fue promover la atención de calidad en salud mental, logrando la cohesión territorial. En su elaboración y en su evaluación posterior, participaron todas las CCAA y todos los actores implicados en la salud mental, alcanzándose el consenso y unanimidad, que ha hecho de este documento un elemento clave para el desarrollo de la salud mental a nivel nacional.

- **La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, publicada en 2011**

La Estrategia vigente en la actualidad es la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSPSI, 2011). Es un documento en el que se recogen de forma resumida los resultados de la evaluación de la Estrategia anterior que, junto con la información sobre hallazgos técnicos y científicos publicados en los últimos años, permitieron revisar y actualizar la propuesta inicial de la Estrategia, modificar o suprimir algunos objetivos y añadir otros.

Las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, junto con los Planes de Salud de Canarias, han representado los documentos de referencia básicos para la planificación y desarrollo estratégico de la salud mental en Canarias.

Las líneas estratégicas de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 son:

- Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
 - Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.
 - Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
 - Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario.
 - Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental.
- **Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y Formación a Profesionales, publicada en 2014**

En marzo de 2010 se decidió elaborar este documento, que fue aprobado por el Consejo Interterritorial en julio de 2013. Enumera los contenidos prioritarios de la Estrategia que deben servir de base a la difusión y a la formación de los profesionales. Considera

que se debe formar al menos en tres ámbitos: el de la atención primaria de salud, el de la atención hospitalaria y el de los servicios de apoyo social. También especifica otros ámbitos no sanitarios que deben recibir esta formación: el entorno del enfermo mental, los profesionales de la educación, los profesionales de los servicios públicos y el ámbito de las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el sector a través del manejo del sufrimiento humano. Además, define algunas herramientas para la difusión: a través del área institucional, de los medios de comunicación social y de las redes sociales.

1.5. PLANES AUTONÓMICOS EN MATERIA SANITARIA. EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017. EL PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS

1.5.1. Planes autonómicos en materia sanitaria

La Ley 11/94, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias regula en el Capítulo III del Título I (artículos 13 a 18) el Plan de Salud de Canarias. Respecto de su elaboración (artículo 16) señala que corresponde a la Consejería competente por razón de la materia, de acuerdo con las directrices establecidas por el Gobierno de Canarias y teniendo en cuenta los planes de cada una de las Áreas de Salud y las propuestas formuladas por los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y de las Zonas. El Plan de Salud será elevado a la consideración del Gobierno de Canarias por el Consejero competente en materia de sanidad, para su traslado al Parlamento de Canarias a los efectos de su tramitación reglamentaria y una vez que el Parlamento de Canarias se haya pronunciado, el Plan de Salud será aprobado por Decreto del Gobierno de Canarias, adoptado a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad, remitiéndose al Ministerio competente para su inclusión en el Plan Integrado de Salud. Dicho Plan se revisará a los tres años de su aprobación (artículo 18.4).

Por otra parte la citada Ley territorial contempla en el Capítulo III del Título II, al regular la asistencia sanitaria, la aprobación de un Plan Canario de Urgencias. Así su artículo 32 dispone:

“1. La atención sanitaria a la demanda urgente es prestada, como una actividad más de la asistencia sanitaria, por la Red de Asistencia Urgente, integrada por los centros y servicios sanitarios acreditados por el Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con las determinaciones del Plan Canario de Urgencia.

2. Con el objeto de asegurar la continuidad de la asistencia en el tiempo y entre los diferentes niveles asistenciales, así como garantizar las evacuaciones entre las diferentes Áreas de Salud, la Red contará con un Plan Canario Regional de Urgencias con su diseño y estructura correspondiente”.

Por otra parte, dicha Ley territorial no contempla la necesidad de la aprobación de un Plan de Salud Mental de Canarias, dedicando su artículo 9 a regular el derecho a programas sanitarios y actuaciones especiales y preferentes de determinados colectivos, entre ellos, el de los enfermos mentales, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud.

Sin embargo, tanto la experiencia autonómica comparada que evidencia que prácticamente todas las Comunidades Autónomas han aprobado un instrumento planificador en su territorio en el ámbito de la salud mental (algunas han aprobado Estrategias), como las Resoluciones aprobadas por el Parlamento de Canarias (por todas, la última, publicada en el BO del Parlamento de Canarias de fecha 6 de junio de 2017, por la que el Parlamento de Canarias insta al Gobierno de Canarias a elaborar un plan integral de salud mental de Canarias en

2017, que incluya las prescripciones contenidas en dicha Resolución) aconsejan la elaboración y aprobación de un Plan de Salud Mental en Canarias.

1.5.2. El Plan de Salud de Canarias 2016-2017

El Plan de Salud de Canarias está definido en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias como “el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria de todos los sujetos públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados serán sometidos a evaluación”. El vigente Plan de Salud de Canarias 2016-2017 fue aprobado en Consejo de Gobierno mediante Decreto 132/2016, de 26 de septiembre (BOC nº 190, Jueves 29 de Septiembre de 2016).

La línea de actuación 4.9 establece el “Desarrollo de un Plan de Salud Mental”. En este apartado, se señala que se debe “elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científicas, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son: ayuntamientos, cabildos y servicios sociales, educación, empleo y justicia, incluidos los CIRPAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud”.

A continuación se reflejan los contenidos del Plan de Salud de Canarias relativos a la salud mental:

La Salud Mental (Apartado Específico, II.3)

El concepto de salud mental es más amplio que la simple ausencia de enfermedad mental. Es un estado mental con funcionamiento satisfactorio, que se refleja en actividades productivas, relaciones plenas y la capacidad para adaptarse a los cambios y defenderse en las situaciones adversas. La salud mental es indispensable para el bienestar personal, las relaciones personales y familiares y la propia contribución a la sociedad. De todos los trastornos y enfermedades mentales, la ansiedad y la depresión son los más comunes. Una persona con depresión a menudo es incapaz de llevar a cabo las responsabilidades que le correspondan en su vida familiar o social. La incomprensión de la enfermedad mental y su estigmatización impiden a muchas personas con depresión buscar ayuda profesional y sufren incapacidad durante semanas o meses sin tratamiento. La depresión se asocia con otros problemas de salud, tales como enfermedad cardíaca, cáncer y diabetes así como a la ansiedad y a los desórdenes alimentarios. La depresión también se asocia con el consumo de alcohol y de drogas ilegales. Las enfermedades mentales pueden afectar sin distinción de edad, raza o niveles educativos. La depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y el riesgo de aparición se incrementa en personas mayores en las que coexisten otros problemas médicos y en situaciones de privación social.

Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo del año 2005, los trastornos mentales son responsables de, aproximadamente, el 11% de la carga de la enfermedad en términos de consumo de recursos, discapacidades laborales e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se prevé que esta proporción aumente hasta casi un 15% en 2020. Para el Sistema de Información del SNS, la prevalencia de trastornos mentales en población adulta mayor de 15 años en 2006 para Canarias era de 12,9%, un punto por debajo de la de España (13,8%). En Canarias, en

el 2008, la incidencia asistida en las Unidades de Salud Mental fue de 30 por cada 1000 habitantes. Asimismo, una de cada cuatro consultas en Atención Primaria es realizada por personas que tienen como principal o único motivo de consulta un problema de salud mental.

Las prioridades de la estrategia de Salud Mental, son las siguientes:

II.3.1. - Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves

II.3.2. - Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

El Trastorno Mental Grave (TMG)

Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 4 y 6**

Hay que asegurar la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, cuyo eje será la Unidad de Salud Mental Comunitaria, reduciendo el número de hospitalizaciones y mejorando su funcionamiento social y calidad de vida. Los modelos de referencia serán el "Tratamiento Asertivo Comunitario" y los "Programas de Continuidad de Cuidados".

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 6**

Es necesario definir e implantar los protocolos clínicos para la atención al proceso Trastorno Mental Grave, así como un Plan Integrado de Atención, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable y vinculado a la Historia clínica electrónica.

- **Estrategias para las Áreas de colaboración 9.1, 9,2 y 9,3, con otras instituciones y departamentos**

Hay que desarrollar y potenciar los aspectos contemplados en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Deben incluirse en los planes y programas asistenciales intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 7 y 8**

También deben desarrollarse programas de formación continuada y líneas de investigación en este ámbito.

La Salud Mental Infanto-Juvenil

Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 1 y 2**

Impulsar la promoción de hábitos de buena crianza en colaboración con otras instituciones, desde el inicio del embarazo y primera infancia favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo para la salud mental infanto-juvenil.

- **Estrategias para las Áreas de Impacto 6 y 4**

Continuar con el desarrollo de una red específica y especializada, de calidad, para la atención al grupo de edad de 0 a 18 años. Es necesario aplicar medidas de diagnóstico e intervención precoz en coordinación entre los departamentos de Salud, Servicios Sociales, Educación y Justicia. Hay que incrementar la atención a la patología grave.

- **Estrategias para Área de Impacto 10**

Hay que potenciar sistemas de información y de registro específicos de trastornos mentales

en niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en toda la Comunidad Autónoma.

- **Estrategias para el Área de Impacto 7**

Debe fomentarse la investigación básica y aplicada en Salud Mental y desarrollo de niños y adolescentes así como la formación continuada en este ámbito.

A continuación se reflejan contenidos del Plan de Salud de Canarias que, sin encuadrarse en el apartado específico dedicado a la salud mental, tienen relación con ésta.

En la sección de “**Ámbitos de intervención, objetivos estratégicos, áreas de impacto y líneas de actuación priorizadas**”, se establecen los siguientes:

Ámbito de intervención I. Influir sobre los determinantes de la salud.

Áreas de Impacto y Líneas de Actuación:

- **Área de Impacto 1**

Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.

Líneas de actuación

1.2. Promoción de la **salud infanto-juvenil**.

Se deben potenciar actividades de *promoción de la salud dirigidas al ámbito infanto-juvenil*: salud sexual y reproductiva, prevención del consumo de tabaco, alcohol, violencia y sus determinantes. (NAD)

Ámbito de intervención II: Potenciar el Sistema Canario de la Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.

- **Área de impacto 4**

Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial, buscando el balance óptimo entre la Atención Primaria, la Atención Especializada, la Atención Socio-Sanitaria, la Salud Pública, la Salud Laboral y la Salud Mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes, el ámbito materno-infantil, y realizando actuaciones en función de las desigualdades e inequidades de género y de condiciones socio económica.

4.4. Evaluar las guías de práctica clínica, los programas y los protocolos sanitarios de las patologías más prevalentes.

Las estrategias para la prevención y el control de los problemas y de las enfermedades prevalentes serán elaborados por el órgano correspondiente de la Consejería de Sanidad, en colaboración con las comisiones asesoras específicas y en consonancia con las Estrategias Nacionales del Sistema Nacional de Salud elaboradas desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estas estrategias (Cardiopatía Isquémica; Ictus; Cáncer; Diabetes; **Salud Mental**; Abordaje de la Cronicidad; Seguridad del Paciente; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Enfermedades Reumáticas y Musculo-esqueléticas; Enfermedades Raras y Cuidados Paliativos, Enfermedades Neurodegenerativas como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias) como los actuales programas y protocolos implantados desde el Servicio Canario de la Salud, entre ellos, el Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, serán sometidos a una evaluación de resultados e impacto general en el

sistema, incluyendo la perspectiva de género y de desigualdades socio-económicas en sus múltiples manifestaciones”. (Normas Directivas: ND).

- 4.5. Adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, entre ellas las demencias a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada.

Desarrollar protocolos integrados en Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Socio Sanitaria para adecuar la oferta asistencial del Servicio Canario de la Salud a fin de dar una respuesta coordinada entre instituciones y entidades competentes a las necesidades del nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, de las **mentales** y de las degenerativas. Contemplar las terapias no farmacológicas (TNF), como alternativa de tratamiento especializado para la detección precoz y potenciadoras de la capacidad funcional, para mantener a los pacientes en su domicilio y entorno habitual, mejorando su calidad de vida. Defender la inclusión de tales TFN dentro de los servicios del Sistema para la autonomía y la Atención a la Dependencia en el territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias (Cartera de Servicios) y de atención al final de la vida; se ha de fomentar la atención de las personas según grado de riesgo y de autonomía personal; fomentando la realización de actividades preventivas para mantener la capacidad funcional de los pacientes, potenciando aquellas actuaciones que permitan mantener al paciente en su domicilio o en su entorno habitual con la mayor calidad de vida posible. (Normas de Aplicación Directa: NAD).

Ámbito de intervención III: Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales.

- **Área de impacto 7**

Incidir en las agendas de investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población, que evalúe las nuevas formas de organización de la asistencia y analice su repercusión en la calidad de las prestaciones y en la salud de la población así como fomentando la innovación como forma de retorno de los recursos a la comunidad. Todo ello en el marco de respeto a los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, puesta de manifiesto en la Declaración de Helsinki (2013).

Líneas de actuación

- 7.1. Priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las mentales y las profesionales.

Se deben priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las **mentales** y las profesionales, priorizando los proyectos orientados a la lucha contra las enfermedades que mayor mortalidad y morbilidad causan hoy en la población del archipiélago. Se contemplará la investigación de las desigualdades por razón de sexo y situación socioeconómica, la demencia y el deterioro cognitivo leve así como el estudio de la carga ocupacional en la enfermedad común, en la búsqueda de nuevas evidencias que identifiquen las prácticas de excelencia y aquellas que den respuestas efectivas y, en su caso, que puedan ser integrados interinstitucional e intersectorialmente. (ND).

7.2. Desarrollar el Plan Estratégico de Investigación Sanitaria.

Elaborar un Plan Estratégico de Investigación Sanitaria que recoja el pensamiento de los expertos con los que cuenta Canarias que dé respuesta a aspectos como la investigación traslacional de las enfermedades crónicas y los **trastornos mentales** prevalentes, la gestión de la investigación y su financiación. Debe permitir y fomentar el reconocimiento de la función investigadora a los profesionales sanitarios de los centros y servicios de las Áreas de Salud. Será parte de este plan una colaboración activa entre las universidades públicas de Canarias y el Servicio Canario de la Salud, así como con otras entidades con competencias e intereses en investigación, identificando fortalezas, debilidades y líneas de actuación prioritarias buscando potencialidades entre organismos. (NAD).

En la sección **“Áreas de colaboración con otras instituciones y departamentos del Gobierno de Canarias”** se establece como *objetivo específico* relativo al *área de colaboración socio-sanitaria*: “Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención sociosanitaria, disminuyendo la burocracia de las diferentes acciones, estableciendo circuitos más ágiles y de priorización que faciliten el intercambio de información necesaria para la correcta atención entre los diferentes recursos definiendo un conjunto mínimo de datos de este sector para su visualización por parte de los interesados”. Como *líneas de actuación*, se establece el “apoyo a la atención a la salud mental, para lo que se deberá potenciar la coordinación entre las distintas instituciones, las organizaciones de pacientes y de familiares, las estructuras y servicios de la Red de Salud Mental (unidades de internamiento breve, hospitales de día, pisos asistidos, unidades de salud mental comunitaria, etc.) para lo cual se debe aumentar la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). (NAD).”

1.5.3. El Plan de Urgencias sanitarias

La Resolución aprobada por el Parlamento de Canarias (publicada en el BO del Parlamento de Canarias de fecha 6 de junio de 2017) por la que el Parlamento de Canarias insta al Gobierno de Canarias a elaborar un plan integral de salud mental de Canarias en 2017, incluye entre las prescripciones contenidas en dicha Resolución, las siguientes relativas a las Urgencias en materia de salud mental:

16. La disposición de un espacio propio para las personas con enfermedad mental grave en los servicios de urgencias que permita dispensar un trato adecuado, evitando fugas y agresiones innecesarias, así como acortando la permanencia de los pacientes a lo estrictamente necesario. Estas zonas deben estar a cargo de personal especializado y bien coordinado tanto con las unidades hospitalarias como con los dispositivos extrahospitalarios.
17. El impulso a la constitución de un equipo móvil de atención a domicilio para la resolución de las urgencias en materia de salud mental.

Actualmente, el Proyecto del Plan de Urgencias Sanitarias se encuentra en fase de elaboración, por lo que, atendiendo las prescripciones contenidas en la Resolución antes citada, sería deseable que también dicho Plan dedicara referencias específicas al ámbito de las urgencias sanitarias en materia de salud mental.

1.6. PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE CANARIAS. ESTRATEGIA DE ABORDAJE A LA CRONICIDAD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS (2015)

Si bien la Comunidad Autónoma de Canarias no ha aprobado hasta la fecha actual un Plan de Salud Mental, sí que ha elaborado programas y estrategias que abordan la materia de la salud mental, debiendo citar:

- Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias (Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, 2006).
- Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, 2015).

1.6.1. Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias (Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, 2006)

Este programa supone uno de los pilares básicos para el desarrollo de una estrategia adecuada y homogénea en nuestra Comunidad en el área de la salud mental infanto-juvenil. Su objetivo básico es el establecimiento de las bases de la atención de la Salud Mental de esta población, garantizando la continuidad de cuidados a través de una organización asistencial por niveles de atención, sectorizada y comunitaria.

La población infanto-juvenil tiene una especificidad evidente, ya que sus necesidades físicas, psíquicas y socio-familiares son diferentes a las de la población adulta. Teniendo en cuenta que están en pleno desarrollo y evolución de su personalidad, se hacen imprescindibles intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa, y respecto a los adultos, son diferentes los criterios diagnósticos, el proceso psicopatológico y el abordaje terapéutico.

El programa fue elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales del Servicio Canario de la Salud con la colaboración de profesionales de otros ámbitos, participando profesionales de las Consejerías autonómicas del Gobierno de Canarias con competencias en materia de educación, empleo y asuntos sociales, así como la Fiscalía encargada de la Sección de Protección de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Canarias y de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

El programa estableció, entre otros aspectos, la organización de la red de salud mental infanto-juvenil, la configuración de los equipos multidisciplinarios específicos, sus funciones y actividades, la organización y coordinación y las necesidades y estrategias de mejora.

La Comunidad Autónoma de Canarias ha optado por un modelo de atención a la población infanto-juvenil configurado por Unidades de Salud Mental específicas de Infanto-Juvenil (USM-IJ). Las USM-IJ son aquellas que tienen un equipo multiprofesional con formación especializada, dedicación exclusiva, en espacios específicos para atender a dicha población.

Sobre esta base, desde la publicación de este Programa, en Canarias se ha llevado a cabo un progresivo desarrollo de la red de salud mental infanto-juvenil, con cambios funcionales y estructurales. Hasta la actualidad se han creado seis USM-IJ. Asimismo, se han ido aumentando progresivamente los recursos humanos en los equipos de la USMC que prestan una atención específica a esta población: equipos funcionales de atención a la salud mental infanto-juvenil.

Por su parte, en 2003 y 2005 se crearon sendos Hospitales de Día infanto-juveniles en Tenerife y Gran Canaria respectivamente, ambos de ámbito provincial, para la atención a pacientes con trastorno mental grave que requieren este recurso.

A nivel hospitalario, se han desarrollado equipos específicos de infanto-juvenil integrados en los Equipos Funcionales de Interconsulta y Enlace, en hospitales de Gran Canaria y Tenerife.

Paralelamente a este proceso de desarrollo, la formación dirigida y coordinada por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales ha establecido la salud mental infanto-juvenil como una de sus líneas prioritarias.

En el plano de la coordinación y de la colaboración administrativa en el seno de la Administración autonómica canaria se han formalizado diversos instrumentos, entre los que debemos citar un Convenio entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes, del Gobierno de Canarias, para la realización de actuaciones conjuntas en relación al alumnado con patologías psíquicas (firmado a 2 de febrero de 2011 y estableciendo una vigencia indefinida), un acuerdo entre la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas sociales y Vivienda y la Consejería de Sanidad para la coordinación en materia de asistencia sanitaria a menores y jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas judiciales impuestas por los Juzgados de Menores de Canarias (31/7/2012) y un Protocolo general de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda del Gobierno de Canarias (2010), en el marco del Plan Integral del Menor, aprobado en el Parlamento de Canarias el 15 de abril de 1999.

1.6.2. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (2015)

En el apartado relativo a las Patologías crónicas (1.2.2.) destaca con una mayor prevalencia registrada en nuestra comunidad, especialmente, entre otras, la depresión, con una prevalencia superior al 8%. Desde una óptica de género, la depresión tiene un especial foco en mujeres, con una prevalencia casi tres veces mayor que en hombres. Aunque a menor escala, esta situación se produce también entre otras, en demencia, donde las mujeres doblan en porcentaje a los hombres.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 nuestra comunidad se sitúa por encima de la media nacional en cuatro de las patologías analizadas: entre ellas, la ansiedad crónica (4,5 puntos por encima) y la depresión crónica (2,8 puntos).

En cuanto a las iniciativas que abordan la cronicidad en Canarias (2.3) la estrategia recuerda que Canarias, en los últimos años, ha desarrollado diversas iniciativas en el ámbito de la cronicidad que han ido dando respuesta puntual a diversos problemas que plantea la situación actual y que han contribuido a disponer de una base previa de conocimiento e información sobre este tipo de patologías.

Así, por ejemplo, el vigente Plan de Salud de Canarias 2016-2017 establece preliminarmente entre sus ámbitos de intervención el objetivo de potenciar el Sistema Canario de Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios. Asimismo, en el marco del Plan de Salud se recogen los problemas de salud y de gestión sanitaria prioritarias en Canarias en relación a la cronicidad, como son, entre otros, la salud mental.

Además del Plan de Salud, Canarias ha lanzado numerosas iniciativas de ámbito autonómico relacionadas directa o indirectamente con la atención a la cronicidad, en diferentes fases de desarrollo e implantación, entre las que destacan, por lo que respecta a la salud mental:

- Los planes, protocolos y guías asistenciales (Alzheimer y otras demencias, salud mental infanto-juvenil, rehabilitación psicosocial, etc), que establecen las pautas de actuación como soporte a los profesionales sanitarios en sus procesos de toma de decisiones al atender a pacientes con determinadas patologías crónicas.
- La creación de Unidades de Salud Mental Comunitarias, que permiten una atención integral de este tipo de patologías mediante la coordinación de recursos sanitarios y sociosanitarios.

Bibliografía

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

02 Protocolos, guías y manuales

El abordaje integral y coordinado que se precisa en determinados trastornos, situaciones clínicas y contextos, unida a su complejidad inherente, hace recomendable la elaboración de documentos de referencia en los que se reflejen los distintos procedimientos recomendados. Además, estos documentos permiten lograr una mayor homogeneidad en las actuaciones clínicas, procedimentales y de coordinación que se realizan en Canarias. Con este propósito se han desarrollado documentos de diferente naturaleza en los últimos años en Canarias. Así, se ha elaborado el Manual "Salud Mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes" (Gobierno de Canarias, 2008), el Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria (Gobierno de Canarias, 2009), la Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave (Gobierno de Canarias, 2010), el Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales (Gobierno de Canarias, 2011) y el Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Gobierno de Canarias, 2011). A continuación se describe cada uno de estos documentos.

MANUAL "Salud Mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes" (Gobierno de Canarias, 2008)

Este manual fue coordinado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Fue elaborado por un amplio grupo de profesionales de nuestra Comunidad, de Salud Mental y Atención Primaria (AP). Su objetivo básico es la mejora de la calidad de la atención que desde los centros de AP se presta a los trastornos de la salud mental. El Manual está orientado como un Manual integrado de práctica clínica para los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma Canaria.

Los problemas de salud mental son muy comunes en la población. Se estima que su prevalencia en la población es del 9,1% del total de las enfermedades. Los estudios sobre prevalencia de morbilidad psiquiátrica en AP arrojan resultados entre un 20 y un 40%. Así mismo, aproximadamente 1 de cada 4 consultas en AP son realizadas por personas que tienen como principal o único motivo de consulta, un problema de salud mental.

El Manual se elaboró en el contexto del "Proyecto Salud Mental en Atención Primaria" (SAMAP) que tiene como objetivo general la mejora y homogeneización del tratamiento de los trastornos

mentales en AP. Sus objetivos específicos son el aumento en el porcentaje de pacientes con trastornos mentales comunes que reciben psicoterapia, la promoción de un uso racional de los psicofármacos, y la mejora en la coordinación entre los profesionales de AP y SM. Su objetivo último es la mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastorno mental.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (Gobierno de Canarias, 2009)

El objetivo básico de este protocolo fue el establecimiento de las bases de la atención a las personas con estos trastornos en nuestra Comunidad, en los distintos niveles de actuación (Equipos de Atención Primaria, Unidades de Salud Mental, Hospitales de día y Hospitalización total). Fue coordinado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, y elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales del Servicio Canario de la Salud. Este programa fue presentado y divulgado en las distintas USM de Canarias, y se realizaron reuniones de trabajo con los distintos equipos sanitarios y asociaciones de familiares.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son uno de los problemas de salud mental que requieren más atención multidisciplinar, coordinada y especializada, para su correcto abordaje. Son trastornos de notable complejidad, potencial gravedad y dificultades terapéuticas. Además, son uno de los trastornos que mayor interés y preocupación social despiertan. Por su parte, su relevancia sociosanitaria es indudable en cuanto afecta en la mayoría de los casos a población adolescente (mayormente mujeres), con una potencial evolución hacia la cronicidad.

Para una adecuada respuesta a estos complejos trastornos, que requieren complejos procedimientos preventivos y terapéuticos, deben establecerse unas bases tanto del tratamiento como de la coordinación necesaria entre los distintos profesionales e instituciones implicadas.

GUÍA DE CUIDADOS FÍSICOS PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (Gobierno de Canarias, 2010)

Esta Guía fue coordinada por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, y elaborada por profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental de nuestra Comunidad. Su objetivo es la provisión de un documento basado en el conocimiento científico que pueda ser utilizado por los profesionales de la Comunidad, favoreciendo por tanto la homogeneidad y la mejora de la calidad asistencial en esta área. Las recomendaciones en cuanto a la salud física de los pacientes con trastorno mental grave (TMG) elaboradas en nuestra Comunidad suponen una continuidad respecto a las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, la Estrategia Europea en Salud Mental, la Estrategia en Salud Mental del SNS y las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica, entre otras.

La salud física de los pacientes con TMG es peor que en la población general, implicando una peor morbilidad, calidad de vida, y menor esperanza de vida. Además, estos pacientes tienen un menor uso de los servicios de prevención y de tratamiento. Los profesionales de salud mental deben tener un papel activo en el área de la salud física de los pacientes con TMG, procurando que se produzca un adecuado cuidado de ésta. Por su parte, en el cuidado de la salud física del paciente con TMG, Atención Primaria juega un papel primordial, constituyendo el eje central de esta área.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANSEXUALES (Gobierno de Canarias, 2011).

Este protocolo fue coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales, con participación de Salud Mental, Atención Primaria y Atención Especializada. Fue elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales de nuestra Comunidad. Su objetivo general es mejorar la atención sanitaria de las personas transexuales residentes en Canarias. Representa un consenso profesional que promueve la atención sanitaria integral y continuada de las personas transexuales, de forma que se logre la normalización en su atención, permitiendo así facilitar el desarrollo personal y la calidad de vida de todas las personas implicadas. Recoge las actuaciones que se deben realizar en Atención Primaria y Especializada para normalizar la atención a estas personas y asegurar su remisión y tratamiento en las Unidades de Atención a la Transexualidad (UAT). Establece la idoneidad de constituir una Unidad en cada una de las dos provincias canarias.

Este protocolo pretende también contemplar la realidad de niños/as y adolescentes con conductas no conformes con el género o con disforia de género, ya que la adecuada información, el seguimiento y la intervención temprana con las familias y en el ámbito escolar puede ayudar, con la prudencia necesaria en estos casos, a evitar el peregrinaje que estas personas siguen antes de asumir su identidad o iniciar su proceso.

La transexualidad es una realidad social presente desde los tiempos históricos más antiguos, que ha derivado en situaciones de exclusión social. La desinformación, tanto de la población como de los profesionales, acerca del proceso que la persona transexual tiene que seguir, motivan y hacen necesaria la puesta en marcha de protocolos que den una respuesta a las demandas sentidas por afectados y familiares.

MANUAL DE ACTUACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (Gobierno de Canarias, 2011)

Este Manual fue coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales, con participación de Salud Mental, Atención Primaria y Atención Especializada. Fue desarrollado por un grupo multidisciplinar de profesionales de nuestra Comunidad.

Los objetivos del Manual son la mejora en la calidad de la atención sanitaria y sociosanitaria a las personas con demencia. Como objetivos específicos, pretende mejorar la capacidad diagnóstica y de diagnóstico precoz de los médicos de Atención Primaria, mejorar la calidad de las derivaciones a las consultas de atención especializada, mejorar la calidad del tratamiento indicado (farmacológico y no farmacológico) y que este sea precoz. Otro objetivo complementario a los anteriores es que exista una homogeneización de los procesos diagnósticos, terapéuticos y de atención sociosanitaria, a las personas con demencia en nuestra Comunidad.

Para todo ello el Manual se elaboró con un enfoque determinado, proveyéndolo de unas características como su enfoque práctico, basado en el conocimiento científico disponible, y la inclusión de diversos capítulos no habituales en otros textos, referentes a situaciones que se pueden dar en el día a día de la consulta con estos pacientes (p.ej: aspectos legales y éticos, información para pacientes y cuidadores, terapias no farmacológicas, etc).

Como estrategia mixta de difusión del Manual y de formación continuada, se realizaron dos cursos en línea, de ámbito autonómico, basados en este Manual. Tuvieron lugar entre 2013-2014 y 2015-2016, con una alta acogida. El curso estuvo dirigido a médicos de Atención Primaria, enfermería de

Atención Primaria, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos clínicos, neurólogos, residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, psiquiatría, psicología y neurología. Sus objetivos básicos fueron mejorar las competencias y actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales que atienden a los pacientes con demencia en nuestra Comunidad.

Las demencias en general y la enfermedad de Alzheimer en particular, son entidades muy prevalentes. Alrededor del 1,5% de las personas de 65 a 69 años padece demencia, aumentando exponencialmente con la edad (16-25% en los mayores de 85 años). Las personas con demencia experimentan, en su gran mayoría, una discapacidad intelectual y física progresiva, por lo que precisan y merecen una atención específica y de calidad.

Estos protocolos, guías y manuales descritos están disponibles (versión íntegra en formato pdf), en la página web del Servicio Canario de la Salud, en la sección de Programas Asistenciales / Salud Mental:

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>

03 Demografía

3.1. POBLACIÓN

Población en Canarias

2015 CANARIAS			
	AMBOS SEXOS	Hombres	Mujeres
TOTAL	2.100.306	1.043.203	1.057.103

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Explotación Estadística del Padrón Municipal.

Superficie

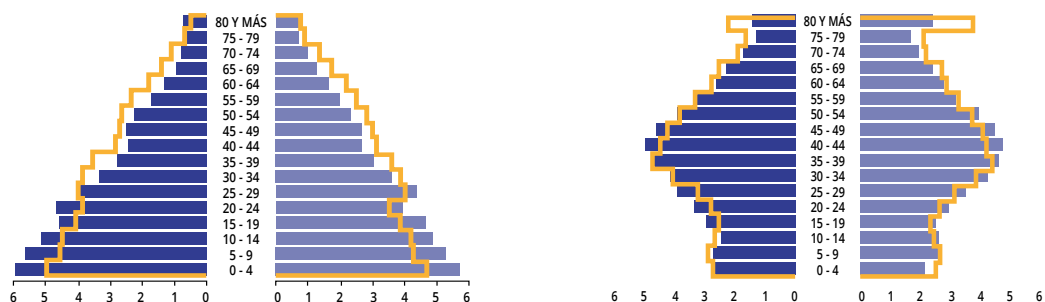
Superficie (km²) y porcentajes

	KM2	%
Canarias	7.447	100
Lanzarote	846	11
Fuerteventura	1660	22
Gran Canaria	1560	21
Tenerife	2.034	27
La Gomera	370	5
La Palma	708	10
El Hierro	269	4

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de datos del Instituto Geográfico Nacional.

Estructura de la población

Estructura de la población. Comparativa 1960 y 2014



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

Indicadores demográficos

	01/01/2011	01/01/2012	01/01/2013
Índice de juventud	14,64%	14,62%	14,52%
Índice de vejez	13,80%	14,22%	14,45%
	2011	2012	2013
Tasa bruta de natalidad	8,2	8,12	7,51
Tasa general de fecundidad	30,96	31	28,94
Índice sintético de fecundidad	1,04	1,06	0,99
Edad media de la madre:			
Total	31,12	31,26	31,5
Tasa bruta de nupcialidad			
Total	2,65	2,78	2,94
Hombres	5,32	5,61	5,88
Mujeres	5,30	5,53	5,86
Edad media al matrimonio			
Hombres	37,5	38,1	38,8
Mujeres	34,5	34,9	35,7
Tasa bruta de mortalidad	6,39	6,65	6,45
Tasa de mortalidad infantil	3,6	2,38	5,62
Edad media de la defunción			
Hombres	71,40	71,88	72,20
Mujeres	78,30	78,55	78,20

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Densidad de población (habitantes / km²)

	01/01/2012	01/01/2013	01/01/2014
Canarias	284	285	283
Lanzarote	168	168	168
Fuerteventura	64	66	64
Gran Canaria	546	547	546
Tenerife	442	441	437
La Gomera	60	57	56
La Palma	121	120	118
El Hierro	41	41	40

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Padrón Municipal de Habitantes.

Población según nacionalidades

	CANARIAS
Total	2.104.815
De España	1.837.677
Del extranjero	267.138
UE - 28 ⁽¹⁾	152.445
Resto Europa	10.901
África	29.428
América	56.917
Otros	17.447

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Padrón Municipal de Habitantes.

Datos a 1 de enero de 2014 / (1) Excepto España

Entrada de pasajeros por vía aérea

	2012	2013	2014 (p)
Total	16.132.982	16.046.551	17.152.939
Extranjero	10.097.354	10.584.005	11.502.919
Resto de España	3.133.210	2.942.434	2.975.143
Interinsulares	2.902.418	2.520.112	2.674.877

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos de Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (AENA).

Tráfico portuario de pasajeros

	2012	2013	2014
Tráfico de pasajeros			
Total	6.669.334	7.494.569	7.418.844
Pasajeros de crucero	1.725.889	1.624.473	1.913.235

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos de Autoridades Portuarias de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife.

Estancias y altas en centros sanitarios según diagnósticos principales. 2013

	ESTANCIAS	ALTAS
Total	1.291.199	179.504
Enfermedades infecciosas y parasitarias	44.304	3.373
Neoplasias (tumores)	138.920	16.428
Enfer. endocrinas, de nutrición, metabólicas, de inmunidad	28.813	4.001
Enfer. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	11.172	1.351
Trastornos mentales	114.754	3.737
Enfer. del sist. nervioso y de los órganos de los sentidos	43.594	5.959
Enfermedades del sistema circulatorio	209.067	23.626
Enfermedades del aparato respiratorio	144.014	18.197
Enfermedades del aparato digestivo	128.206	23.132
Enfermedades del aparato genitourinario	59.597	10.576
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	57.340	18.950
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	16.738	2.507
Enfer. del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	59.778	12.893
Anomalías congénitas	7.283	1.529
Ciertas Enfermedades con origen en el periodo perinatal	20.628	2.694
Síntomas, signos y estados mal definidos	31.404	6.832
Lesiones y envenenamientos	129.873	16.682
Altas sin diagnóstico	22.172	2.289

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Morbilidad Hospitalaria".

Población de 16 y más años en relación con la actividad económica (miles de personas)

		TOTAL	ACTIVOS			INACTIVOS
			TOTAL	OCUPADOS	PARADOS	
2012	Total	1.750,9	1.102,7	743,5	359,2	648,2
	Hombres	867,6	598,0	407,0	191,0	269,6
	Mujeres	883,3	504,7	336,5	168,2	378,6
2013	Total	1.769,0	1.101,1	729,7	371,4	667,9
	Hombres	875,0	594,3	390,2	204,1	280,7
	Mujeres	894,0	506,8	339,5	167,3	387,2
2014	Total	1.782,8	1.093,1	738,8	354,3	689,6
	Hombres	880,7	588,4	401,2	187,2	292,3
	Mujeres	902,1	504,7	337,6	167,1	397,4

INACTIVOS						
	TOTAL	ESTUDIANTES	JUBILADOS O PENSIONISTAS	LABORES DEL HOGAR	INCAPACIDAD PERMANENTE	OTROS
2012	648,2	119,5	281,0	170,8	55,3	21,7
2013	667,9	114,2	283,7	179,3	66,2	24,5
2014	689,6	121,8	287,9	189,6	62,1	28,2

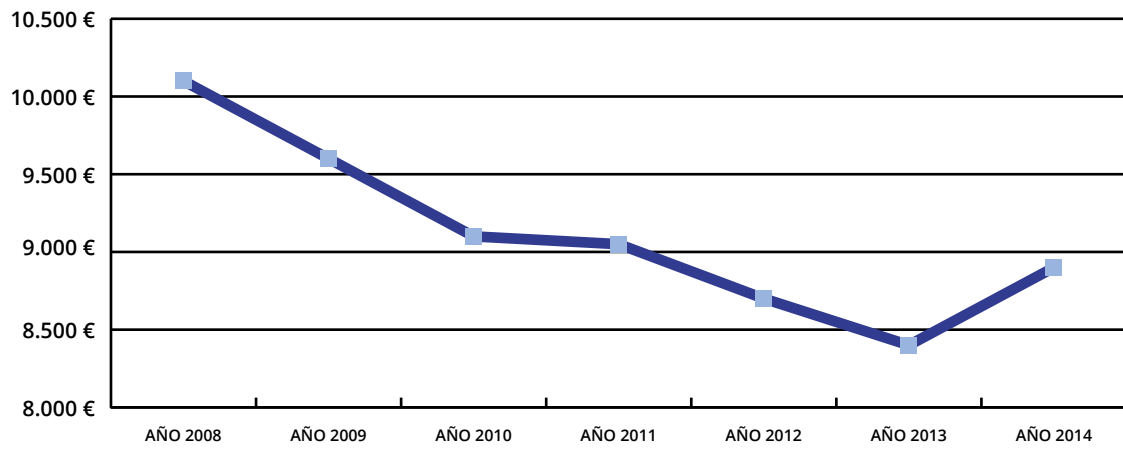
Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Población Activa (EPA)".

Tasas de actividad, empleo y paro

	CANARIAS			ESPAÑA		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Actividad	62,98	62,24	61,32	60,40	60,02	59,60
Empleo	42,46	41,25	41,44	45,43	44,36	45,03
Paro	32,58	33,73	32,42	24,79	26,09	24,44

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Población Activa (EPA)".

Gastos medios anuales por persona



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC), a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta de Presupuestos Familiares".

3.2. POBLACIÓN ASIGNADA

Población asignada a Atención Primaria

La población asignada a los centros de Atención Primaria (AP) en Canarias es de 1.957.769 personas, de las que 966.337 son hombres y 991.432 mujeres.

	CANARIAS 2015		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Total grupos de edad	1.957.769	966.337	991.432

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de los datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Por edades, la población de 0 a 14 años es de 284.256 personas, y la de 15 o más, de 1.673.513 personas.

Población asignada a hospitales - Adultos e infanto-juvenil - Año 2016

ÁREA	HOSPITAL	POBLACIÓN USM	POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS	MUJERES MENOR DE 18 AÑOS	HOMBRES MENOR DE 18 AÑOS	POBLACIÓN ADULTOS	MUJERES ADULTAS	HOMBRES ADULTOS
Suma Total		1.970.141	345.005	167.952	177.053	1.625.136	830.567	794.569
Área de Salud de Fuerteventura Total		98.624	20.711	10.038	10.673	77.913	38.596	39.317
Área de Salud de Fuerteventura	HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA	98.624	20.711	10.038	10.673	77.913	38.596	39.317
Área de Salud de Gran Canaria Total		796.625	135.823	66.193	69.630	660.802	337.296	323.506
Área de Salud de Gran Canaria	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEBRÍN	389.927	62.656	30.454	32.202	324.271	167.286	156.985
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA	409.698	73.167	35.739	37.428	336.531	170.010	166.521
Área de Salud de Lanzarote Total		136.374	27.272	13.216	14.056	109.102	54.461	54.641
Área de Salud de Lanzarote	HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA	136.374	27.272	13.216	14.056	109.102	54.461	54.641
Área de Salud de El Hierro Total		9.031	1.470	720	750	7.561	3.800	3.761
Área de Salud de El Hierro	HOSPITAL INSULAR NTRA. SRA DE LOS REYES	9.031	1.470	720	750	7.561	3.800	3.761
Área de Salud de La Gomera Total		16.428	2.647	1.294	1.353	13.781	6.870	6.911
Área de Salud de La Gomera	HOSPITAL INSULAR NTRA. SRA DE GUADALUPE	16.428	2.647	1.294	1.353	13.781	6.870	6.911
Área de Salud de La Palma Total		73.719	11.685	5.698	5.987	62.034	31.652	30.382
Área de Salud de La Palma	HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA	73.719	11.685	5.698	5.987	62.034	31.652	30.382
Área de Salud de Tenerife Total		839.340	145.397	70.793	74.604	693.943	357.892	336.051
Área de Salud de Tenerife	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS	416.982	70.555	34.470	36.085	346.427	177.972	168.455
	HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA DE CANDELARIA	422.358	74.842	36.323	38.519	347.516	179.920	167.596

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Población asignada a USM - Adultos e infanto-juvenil - Año 2016

ÁREA	USM	POBLACIÓN USM	POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS	MUJERES MENOR DE 18 AÑOS	HOMBRES MENOR DE 18 AÑOS	POBLACIÓN ADULTOS	MUJERES ADULTAS	HOMBRES ADULTOS
Suma Total		1.997.508	372.372	181.361	191.011	1.625.136	830.567	794.569
Área de Salud de Fuerteventura Total		98.624	20.711	10.038	10.673	77.913	38.596	39.317
Área de Salud de Fuerteventura	USM GRAN TARAJAL	25.879	0	0	0	25.879	12.585	13.294
	USM INFANTO JUVENIL FUERTEVENTURA	20.711	20.711	10.038	10.673	0	0	0
	USM PUERTO DEL ROSARIO	52.034	0	0	0	52.034	26.011	26.023
Área de Salud de Gran Canaria Total		796.625	135.823	66.193	69.630	660.802	337.296	323.506
Área de Salud de Gran Canaria	USM BAÑADEROS	94.747	15.990	7.698	8.292	78.575	39.721	39.036
	USM CANALEJAS	95.092	14.005	6.722	7.283	81.087	42.445	38.642
	USM CIUDAD ALTA (LA FERIA - BARRIO A.)	88.046	14.520	7.103	7.417	73.526	38.540	34.986
	USM LASSO	49.736	7.612	3.647	3.965	42.124	21.434	20.690
	USM PUERTO	109.042	18.141	8.931	9.210	90.901	46.580	44.321
	USM TELDE	111.510	20.398	10.114	10.284	91.112	46.501	44.611
	USM TRIANA	57.750	8.801	4.310	4.491	48.949	25.136	23.813
	USM VECINDARIO	190.702	36.356	17.668	18.688	154.346	76.939	77.407
Área de Salud de Lanzarote Total		136.374	27.272	13.216	14.056	109.102	54.461	54.641
Área de Salud de Lanzarote	USM INFANTO JUVENIL LANZAROTE	27.272	27.272	13.216	14.056	0	0	0
	USM VALTERRA I	109.102	0	0	0	109.102	54.461	54.641
Área de Salud de El Hierro Total		9.031	1.470	720	750	7.561	3.800	3.761
Área de Salud de El Hierro	USM VALVERDE	9.031	1.470	720	750	7.561	3.800	3.761
Área de Salud de La Gomera Total		16.428	2.647	1.294	1.353	13.781	6.870	6.911
Área de Salud de La Gomera	USM SAN SEBASTIÁN	16.428	2.647	1.294	1.353	13.781	6.870	6.911
Área de Salud de La Palma Total		73.719	11.685	5.698	5.987	62.034	31.652	30.382
Área de Salud de La Palma	USM INFANTO JUVENIL LA PALMA	11.685	11.685	5.698	5.987	0	0	0
	USM LOS LLANOS DE ARIDANE	28.455	0	0	0	28.455	14.553	13.902
	USM SANTA CRUZ DE LA PALMA	33.579	0	0	0	33.579	17.099	16.480

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

ÁREA	USM	POBLACIÓN USM	POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS	MUJERES MENOR DE 18 AÑOS	HOMBRES MENOR DE 18 AÑOS	POBLACIÓN ADULTOS	MUJERES ADULTAS	HOMBRES ADULTOS
Área de Salud de Tenerife Total		866.707	172.764	84.202	88.562	693.943	357.892	336.051
Área de Salud de Tenerife	USM ADEJE	52.224	0	0	0	52.224	26.457	25.767
	USM ARONA (EL MOJÓN)	107.645	0	0	0	107.645	54.309	53.336
	USM ICOD	37.925	5.786	2.844	2.942	32.139	16.286	15.853
	USM INFANTO JUVENIL ARONA - ADEJE (EL MOJÓN)	39.631	39.631	19.144	20.487	0	0	0
	USM INFANTO JUVENIL CHUC	43.188	43.188	21.061	22.127	0	0	0
	USM INFANTO JUVENIL LA OROTAVA	27.367	27.367	13.409	13.958	0	0	0
	USM LA LAGUNA	82.667	0	0	0	82.667	42.767	39.900
	USM OFRA	98.446	16.734	8.180	8.554	81.712	42.477	39.235
	USM PUERTO DE LA CRUZ	127.164	21.581	10.565	11.016	105.583	54.347	51.236
	USM SANTA CRUZ - LA LAGUNA	88.199	0	0	0	88.199	45.476	42.723
	USM SANTA CRUZ - SALAMANCA	124.412	18.477	8.999	9.478	105.935	56.677	49.258
	USM TACORONTE	37.839	0	0	0	37.839	19.096	18.743

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

04 La salud mental en Canarias

4.1. LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL. LA ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS

4.1.1. La Encuesta de Salud de Canarias. Metodología

La Encuesta de Salud de Canarias se realizó durante el año 2015 y se publicó en 2016. Para personas de 16 y más años se utiliza el cuestionario GHQ-12 que corresponde a la forma abreviada de 12 ítems del Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire). Es un instrumento diseñado y validado para ser autoadministrado. Su finalidad es el cribado de los trastornos mentales actuales. No es un instrumento para realizar diagnósticos clínicos ni valorar trastornos crónicos. Principalmente detecta la presencia de depresión, ansiedad, desajuste social e hipocondría. No sirve, por tanto, para el cribado de psicosis funcionales. Su aplicación sirve para conocer la situación actual de la salud mental de la persona en el momento de la realización de la encuesta, respecto a su situación habitual. Se pregunta si la persona ha experimentado recientemente un síntoma en particular o un tipo de comportamiento, con referencia a los últimos 30 días. Las respuestas se puntúan en forma de escala de Likert de 4 categorías. A cada una se les adjudica el valor 0 (respuestas 1 y 2) o 1 (respuestas 3 y 4). Una vez sumados los valores obtenidos de las 12 preguntas, se considera como punto de corte para considerar un posible trastorno mental la puntuación mayor o igual a 3. Este punto de corte ha sido validado en la población de Cataluña.

Para el análisis, se establecieron franjas de edad de 16 a 29 años, 30 a 44 años, 45 a 64 años y de 65 años o más.

Por otra parte, se midió la percepción del entrevistado ante las diversas situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en la vida cotidiana. El apoyo social se considera un buen predictor de salud y bienestar. Para medirlo se utiliza el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC. Este cuestionario mide los aspectos cualitativos y funcionales del apoyo social, más que la red de apoyo. En especial mide dos dimensiones del apoyo emocional: el apoyo confidencial y el afectivo. El cuestionario utiliza una escala de 11 ítems. Cada uno admite 5 posibles respuestas en una escala Likert. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde con una

puntuación inferior a 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

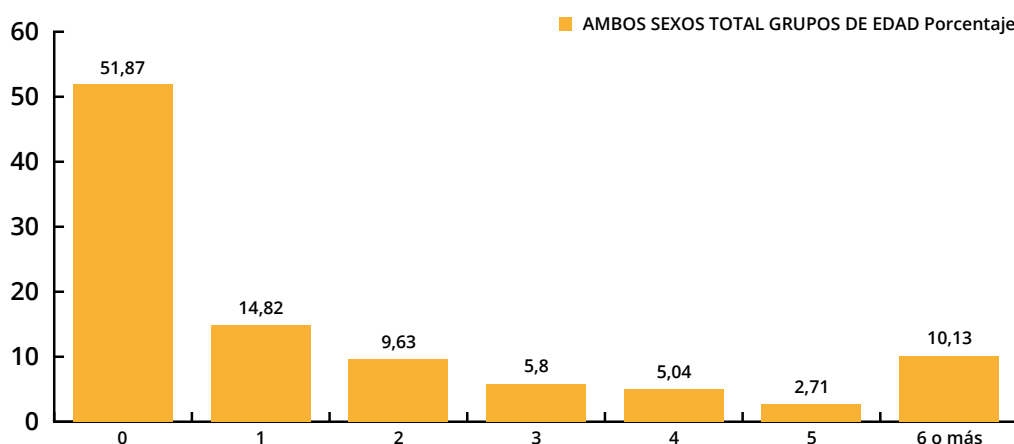
Para la evaluación de la salud mental de la población infanto-juvenil (entre 4 y 15 años de edad) residente en Canarias se utilizó el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ). Este instrumento ha mostrado ser bien aceptado y fácil de utilizar en estudios de cribado de patología psiquiátrica en la edad pediátrica. De hecho, es el cuestionario de cribado más utilizado en los últimos años en los países occidentales y ha sido recientemente validado con población infanto-juvenil de Canarias en su versión para padres y profesores. Se utilizó la versión para padres de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Cuatro de ellas evalúan conductas problemáticas y hacen referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros. La quinta escala evalúa una cualidad del comportamiento, que sirve para disminuir el sesgo que crea el denominado “efecto halo”, que es la tendencia, cuando se juzga una característica de una persona, a dejarse influenciar por otra característica o por la impresión general de la persona, denominada conducta positiva de socialización. Los ítems presentan tres posibilidades de puntuación: no es cierto, un tanto cierto y es absolutamente cierto, que se puntúan: 0, 1 o 2. El punto de corte para la escala general es de 19. Para las subescalas, los puntos de corte son de 5 para la escala de síntomas emocionales, de 4 para la escala de problemas de conducta, de 8 para la escala de hiperactividad, y de 3 para la escala de problemas con los compañeros, siendo normales las puntuaciones que se obtengan por debajo de estos valores. Para la escala pro-social el punto de corte es 4 y se consideran normales las puntuaciones superiores a este valor.

Para el análisis se establecieron franjas de edad de 4 a 9 años y de 10 a 15 años.

4.1.2. Salud mental en la población general. Adultos

El 23,7% de la población adulta tuvo puntuaciones sugestivas de un trastorno mental (puntuación igual a 3 o mayor).

Población de 16 y más años según estado de salud mental - Canarias 2015



Fuente: Instituto Canaria de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de la Salud (SCS).

Las franjas de edad con mayores prevalencias fueron las de 45 a 64 años (27,%) y de mayores de 64 años (26,6%). La franja de edad con menor prevalencia fue la de 30 a 44 años (19,1%).

Comparando por **sexo**, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (27,1% vs. 20,2%). En mujeres, las franjas de edad con mayor prevalencia fueron las de mayores de 64 años (33,6%) y la de 45 a 64 años (30,4%). En hombres, la mayor prevalencia estuvo en la franja de 45 a 64 años (23,5%). Sin embargo, la franja de mayores de 64 años fue la segunda con menor prevalencia (18,2%).

Al comparar por **islas y áreas**, las mayores prevalencias se dieron en La Palma (29,6%), Tenerife - Área metropolitana (29,3%) y Gran Canaria - Área metropolitana (26,6%). Gran Canaria y Tenerife presentaron prevalencias por encima de la media (24,4% y 24,3% respectivamente). La menor prevalencia se registró en Fuerteventura (11,1%); otra prevalencia sensiblemente inferior a la global de Canarias fue la de El Hierro (17%).

Al evaluar la prevalencia según el **nivel de estudios**, la mayor prevalencia se produjo en el grupo de personas sin estudios (48,8%). Las personas con estudios primarios presentaron también una mayor prevalencia (29,6%) respecto al global. La menor prevalencia se produjo en las personas con estudios superiores (17,6%).

En cuanto al **tipo de actividad**, las mayores prevalencias se registraron en los grupos "Otra situación" y en los parados (33,2% y 31% respectivamente). Otras prevalencias por encima del global en Canarias fueron las de los jubilados, prejubilados o incapacitados para trabajar (29,6%) y los dedicados principalmente a las tareas del hogar (27,6%). Las menores prevalencias se produjeron en los grupos "Ocupado" (17,7%) y estudiantes (18,6%).

Al evaluar según las **clases sociales** basadas en la ocupación de la persona de referencia, la clase con mayor prevalencia fue la VI (28,6%). Las clases IV y V mostraron prevalencias similares (26,9% y 26% respectivamente), superiores al global de Canarias. Las clases I, II y III mostraron prevalencias similares (17,6%, 18,3% y 17,8% respectivamente), inferiores al global de Canarias.

Clases establecidas:

- **Clase I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- **Clase II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- **Clase III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Clase IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas.
- **Clase V:** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- **Clase VI:** Trabajadores/as no cualificados/as.

En cuanto al **apoyo social y funcional percibido**, la media fue de 47 en Canarias, muy similar entre hombres y mujeres (47,7 vs. 47,6 respectivamente). Esta media es claramente superior al punto de corte (32), con lo que se corresponde con un apoyo social y funcional percibido normal. En las diferentes franjas de edad se obtuvieron puntuaciones similares, si bien hubo puntuaciones ligeramente inferiores a medida que la edad aumenta.

Al comparar entre islas y comarcas, la mayores puntuaciones se registraron en La Gomera (50,7), Fuerteventura (49,6) y Gran Canaria - Sur (49). La menor puntuación se registró en Gran Canaria - Norte (45,4).

Al comparar según las clases sociales basadas en la ocupación de la persona de referencia, las menores puntuaciones se dieron en las clases VI y V (47,3), y las mayores, en la I y II (48,1).

4.1.3. Salud mental en la población general. Población infanto-juvenil

La puntuación media del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) en la población de 4 a 15 años de Canarias fue de 9 (frente al punto de corte de 19). La puntuación fue ligeramente superior en la franja de edad de 4 a 9 años, respecto a la de 10 a 15 años (9,2 vs. 8,8). La puntuación fue similar en ambos sexos (niños: 9,1 vs. niñas 9).

Todas las subescalas mostraron medias también propias de normalidad: por debajo de los puntos de corte en síntomas emocionales (1,8 frente al punto de corte de 5), problemas de conducta (1,7 frente al punto de corte de 4), hiperactividad (4 frente al punto de corte de 8), problemas con los compañeros (1,5 frente al punto de corte de 3), y por encima en la escala pro-social (8,9 frente al punto de corte de 4). Sin embargo, hay que considerar que todas estas puntuaciones son las medias poblacionales de este grupo de edad.

Al comparar por islas, las mayores puntuaciones se registraron en Tenerife y Gran Canaria (9,2 ambas), mientras que las menores correspondieron al grupo de Lanzarote y Fuerteventura (8,2).

Al evaluar según las **clases sociales** basadas en la ocupación de la persona de referencia, la mayor puntuación correspondió a la clase VI, y la menor, a la I. De hecho, hubo una asociación lineal entre la clase social y la puntuación.

4.1.4. Ideación suicida

El 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de su vida ideas de suicidio. Esta prevalencia es mayor que el 4,4% hallado en el mayor estudio epidemiológico realizado en España, que formó parte del estudio europeo ESEMeD (Gabilondo et al., 2007). Sin embargo, hay que considerar la posible influencia en esta mayor tasa, de la crisis económica que comenzó en 2008 en España, ya que las crisis económicas se han asociado a mayor tasa de suicidio (Oyesanya et al., 2015; Parmar et al., 2016).

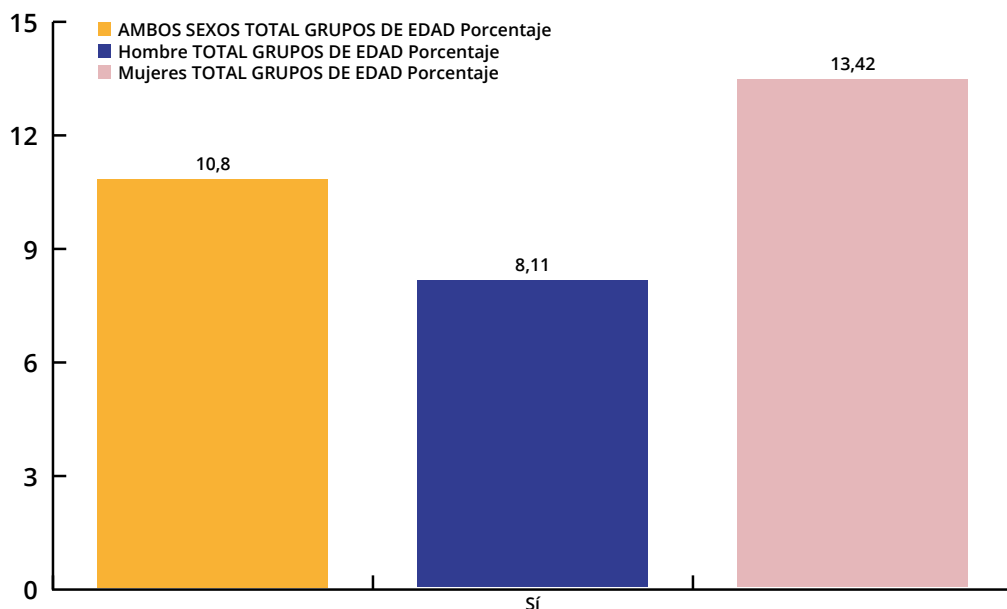
En cuanto a los **grupos de edad**, la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años, con un 12,3%, y la menor, en la de 16 a 29 años, con un 7,9%.

Población de 16 y más años según estado de salud mental - Canarias 2015

	PENSAMIENTOS SUICIDAS EN ALGÚN MOMENTO DE LA VIDA. SÍ (%)
De 16 a 29 años	7,93
De 30 a 44 años	11,56
De 45 a 64 años	12,31
De 65 y más años	9,58
Total	10,8

Al comparar por **sexo**, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (13,4% vs. 8,1% respectivamente). En las mujeres la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años (16,3%) y en los hombres, en la de 30 a 44 años (10,7%).

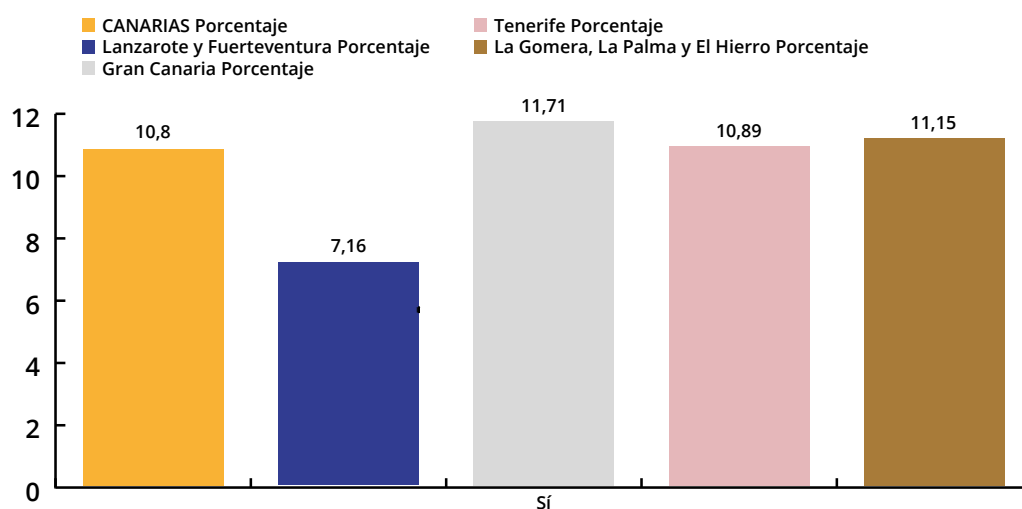
Población de 16 y más años según pensamientos suicidas por sexo



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de Salud (SCS).

Al comparar por **islas**, la mayor prevalencia se produjo en Gran Canaria (11,7%). La prevalencia de La Gomera, La Palma y El Hierro (agrupadas: 11,1%) y de Tenerife (10,9%) fue ligeramente inferior. La menor prevalencia se produjo en Lanzarote y Fuerteventura (agrupadas: 7,2%).

Población de 16 y más años según pensamientos suicidas por islas - 2015



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de Salud (SCS).

En cuanto al **momento** de tener las ideas suicidas, entre las personas que declararon haber tenido ideas de suicidio, el 29,4% refirieron haberlas tenido en los últimos 12 meses (el 27,4% de los hombres y el 30,6% de las mujeres).

Según la **clase social** basada en la ocupación, la mayor prevalencia se produjo en la clase VI (13,9%). Las menores prevalencias se produjeron en las clases II y III (7,5% y 7,8% respectivamente).

Clases establecidas:

- **Clase I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- **Clase II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- **Clase III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Clase IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas.
- **Clase V:** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- **Clase VI:** Trabajadores/as no cualificados/as.

Bibliografía

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(13): 494-00.

Oyesanya M, López-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatry*. 2015; 5(2): 243-54.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*. 2016; 354:i4588.

4.2. Morbilidad asistida en Atención Primaria

Número de zonas básicas de salud, de centros de salud y de consultorios por islas y años

	CANARIAS 2015
Número de zonas básicas de salud	108
Número de centros de salud	108
Número de consultorios	154

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de los datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Número y ratio de médicos/as de familia, pediatras y personal de enfermería por islas y años

	CANARIAS 2015	
	Número	Ratio
Médicos de familia	1.174	1.435
Pediatras	314	871
Personal de enfermería	1.196	1.637

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de los datos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

La Salud Mental en consultas de Atención Primaria

En la siguiente tabla se muestran los datos básicos sobre la morbilidad asistida en las consultas de Atención Primaria de Canarias.

ÁREA	POBLACIÓN ¹	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ²	RATIO DE PREVALENCIA	INCIDENCIA EN 2015 ³	RATIO DE INCIDENCIA	Nº CONSULTAS ⁴	RATIO CONSULTAS ⁵
Tenerife	833.460	309.982	2,69 / 1	27.843	29,93 / 1	3.534.140	11,40
Gran Canaria	794.899	265.031	3 / 1	30.585	25,99 / 1	3.311.038	12,49
Lanzarote	133.423	40.491	3,30 / 1	4.664	28,61 / 1	514.761	12,71
Fuerteventura	96.649	28.801	3,36 / 1	3.687	26,21 / 1	299.682	10,41
La Palma	73.464	26.293	2,79 / 1	2.222	33,06 / 1	355.237	13,51
La Gomera	16.309	5.324	3,06 / 1	597	27,32 / 1	90.236	16,95
El Hierro	8.912	3.316	2,69 / 1	325	27,42 / 1	48.221	14,54
Total	1.957.116	679.238	2,88 / 1	69.923	27,99 / 1	8.153.315	12

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

1 Población a 31/12/2015

2 Pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental según CIE-10

3 Casos con diagnóstico de algún trastorno mental durante el 2015, sin diagnóstico previo de trastorno mental

4 Nº de consultas realizadas durante el 2015 a pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

5 Ratio de consultas realizadas durante el 2015, respecto al nº de pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental.

En Canarias, 679.238 personas tienen algún diagnóstico de trastorno mental (actual o como antecedente). Esto supone un **ratio de prevalencia** de 1 de cada 2,88 personas. Los peores ratios se dieron en Tenerife (2,69 / 1), El Hierro (2,69 / 1) y La Palma (2,79 / 1), mientras que los mejores se dieron en Fuerteventura (3,36 / 1), Lanzarote (3,30 / 1) y La Gomera (3,06 / 1).

En cuanto a la incidencia, en Canarias hubo 69.923 personas a las que, sin tener un diagnóstico previo de trastorno mental, se les diagnosticó durante el 2015 algún trastorno mental. Esto supone un **ratio de incidencia** de 1 persona de cada 27,99. Los peores ratios de incidencia se dieron en Gran Canaria (25,99 / 1) y Fuerteventura (26,21 / 1), mientras que los mejores se dieron en La Palma (33,06 / 1) y Tenerife (29,93 / 1).

Durante el 2015 en Canarias se realizaron 8.153.315 **consultas** a personas con algún trastorno mental. Esto supone un ratio de 12 consultas respecto al número de pacientes con algún trastorno mental. Las mejores ratios (mayor número de consultas) se dieron en las islas de menor población: La Gomera (16,95), El Hierro (14,54) y La Palma (13,51). La peor ratio se dio en Fuerteventura (10,41).

A continuación se muestran los datos relativos a los diferentes **grupos diagnósticos**.

GRUPO DIAGNÓSTICO ¹	CASOS PREVALENTES	CASOS INCIDENTES ²	NÚMERO DE CONSULTAS ²	RATIO CONSULTAS / CASOS PREVALENTES
F0	143.164	10.980	2.070.303	14,46
F1	239.375	22.008	2.627.088	10,97
F2	11.585	410	178.530	15,41
F3	149.728	6.451	2.304.523	15,39
F4	242.685	18.390	3.202.100	13,19
F5	113.440	8.358	1.626.286	14,33
F50	5.803	523	80.637	13,90
F6	63.120	5.255	926.507	14,68
F60	5.805	240	91.379	15,74
F7	6.439	261	74.728	11,61
F8	9.693	1.133	100.645	10,38
F9	44.971	4.660	523.185	11,63

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

¹ Grupos diagnósticos según la CIE 10

² Periodo de referencia: año 2015. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

Grupos diagnósticos

- F0: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F1: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
- F2: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F3: Trastornos del humor (afectivos).

- F4: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F5: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- F50: Trastornos de la conducta alimentaria.
- F6: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F60: Trastornos específicos de la personalidad.
- F7: Retraso mental.
- F8: Trastornos del desarrollo psicológico.
- F9: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Para el análisis de los grupos diagnósticos se incluyó, además de los grandes grupos, a los subgrupos F50 y F60, dada la heterogeneidad diagnóstica de los grupos F5 y F6, y la importancia de los subgrupos diagnósticos F50 y F60.

Los grupos diagnósticos con mayor número de **casos prevalentes** fueron los F4 (242.685) y F1 (239.375). También presentaron un alto número de casos los grupos F3 (149.728), F0 (143.164) y F5 (113.440).

Los grupos con mayor número de **casos incidentes** también fueron el F1 (22.008) y el F4 (18.390).

En cuanto a las **consultas**, los pacientes con mayor número de consultas fueron los correspondientes al subgrupo F60 (15,74) y a los grupos F2 (15,41) y F3 (15,39). Los pacientes con menor número de consultas fueron los correspondientes a los grupos F8 (10,38) y F1 (10,97). Es posible que el menor número de consultas correspondiente al grupo F1 esté influido por la asistencia, de una considerable proporción de las personas con diagnósticos de este grupo, a las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD).

El que el grupo F2 haya mostrado uno de los ratios de consultas más elevados resulta llamativo, ya que contrasta con la creencia de que los pacientes con estos diagnósticos acuden menos a los Centros de Atención Primaria. Esta mayor asistencia puede estar influida por varios factores. Por una parte, los pacientes con trastornos mentales graves tienen peor salud física que la población general. Por otra parte, las consultas pueden obedecer a cualquier motivo, lo que incluye las consultas para expedición de recetas de tratamientos indicados en las Unidades de Salud Mental. En este aspecto existe heterogeneidad entre las USM, de forma que en algunas se expiden con continuidad la gran mayoría o la totalidad de las recetas de los psicofármacos, mientras que en otras los psiquiatras las expiden solo cuando coinciden con una consulta clínica por psiquiatría. El análisis comparativo entre islas que se muestra en la tabla que figura debajo muestra un patrón de consultas que resulta similar al del conjunto de los trastornos mentales, con un mayor ratio de consultas en las islas menores, y un ratio similar entre Tenerife y Gran Canaria, algo mayor en esta última.

Comparación por áreas de consultas y ratio de consultas en pacientes con diagnósticos F2

ÁREA	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO F2	Nº CONSULTAS ¹	RATIO CONSULTAS ²
Tenerife	5.166	76.762	14,86
Gran Canaria	4.862	74.933	15,41
Lanzarote	506	8.697	17,19
Fuerteventura	318	4.256	13,38
La Palma	572	10.129	17,71
La Gomera	105	2.396	22,82
El Hierro	56	1.357	24,23
Total	11.585	178.530	15,41

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

1 Nº de consultas realizadas durante el 2015 a pacientes con diagnóstico del grupo F2. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

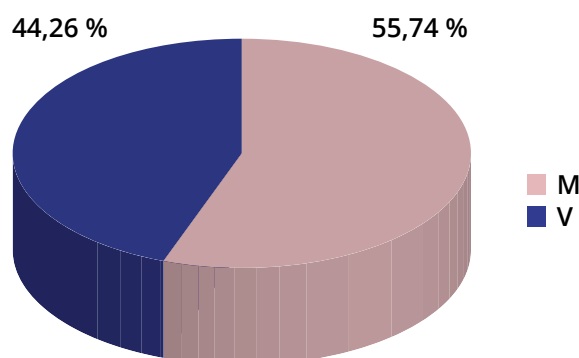
2 Ratio de consultas realizadas durante el 2015, respecto al nº de pacientes con diagnóstico del grupo F2.

4.3. MORBILIDAD ASISTIDA EN LA RED DE SALUD MENTAL

4.3.1. Morbilidad asistida en las unidades de salud mental

Los datos que se exponen a continuación sobre morbilidad asistida relativos a las Unidades de Salud Mental de Canarias han sido extraídos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

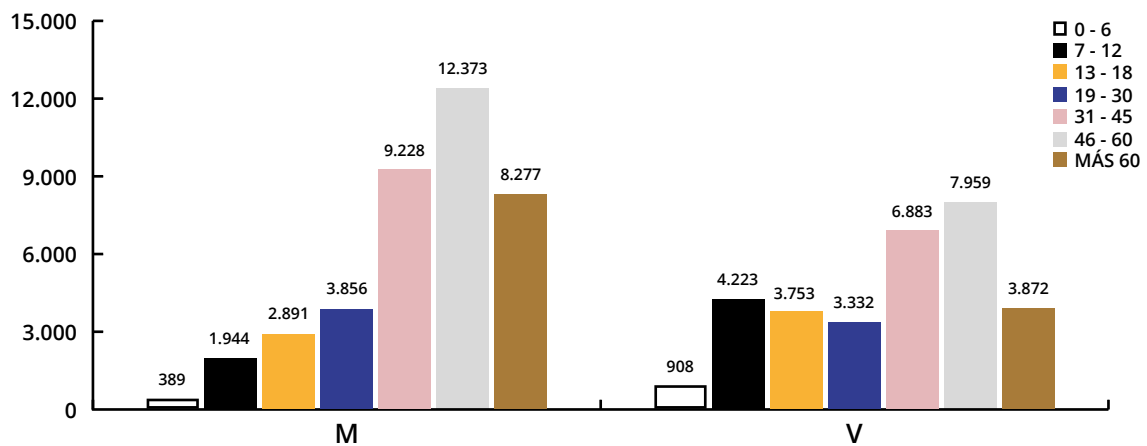
Pacientes por sexo. Canarias. Año 2016



En las USM de Canarias hay un ligero predominio del sexo femenino frente al masculino (55,74% vs. 44,26%).

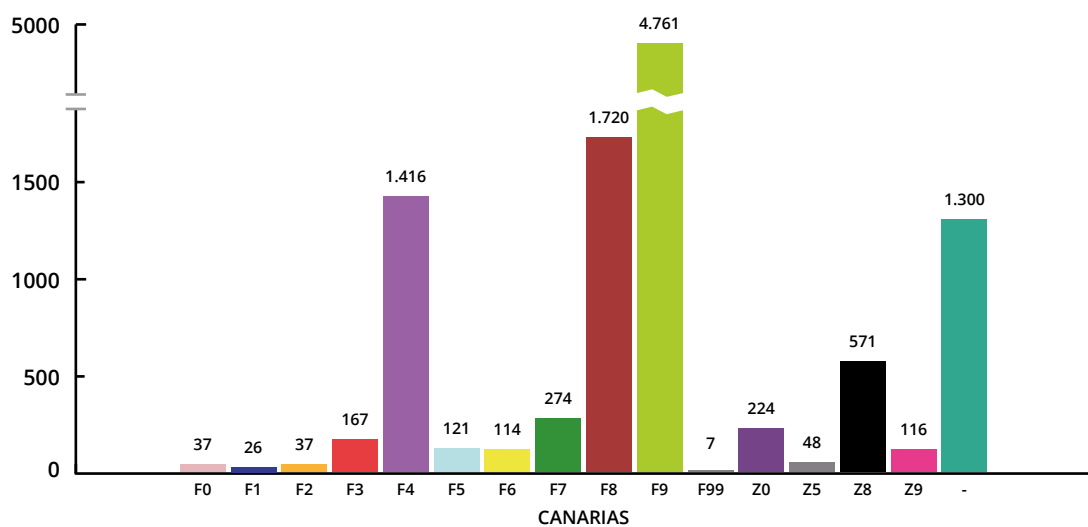
Pacientes por edad. Canarias. Año 2016

SEXO	0-6	7-12	13-18	19-30	31-45	46-60	MÁS 60
M	389	1.944	2.891	3.856	9.228	12.373	8.277
V	908	4.223	3.753	3.332	6.883	7.959	3.872
Total	1.297	6.167	6.644	7.188	16.111	20.332	12.149



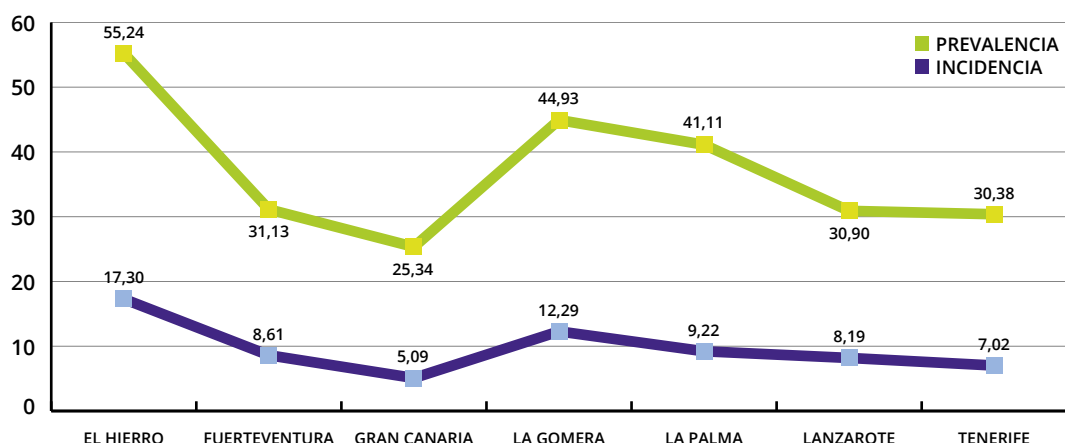
La franja de edad principal en ambos sexos es la de 46 a 60 años, seguida por la de 31 a 45 años.

Pacientes menores de 18 años por diagnóstico. Canarias. Año 2016



El principal grupo diagnóstico en menores de 18 años es el F9 (F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia).

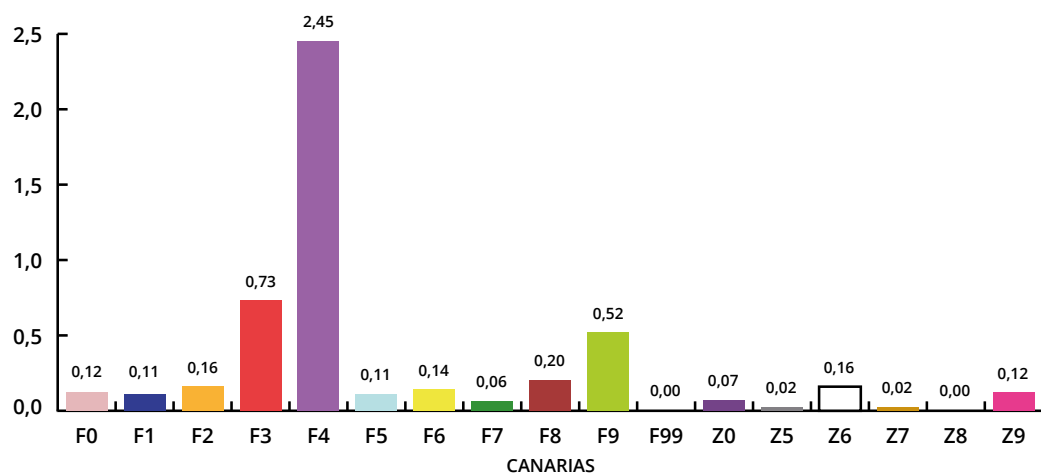
Tasas de incidencia y prevalencia por área. Canarias. Año 2016



Las tasas de incidencia y prevalencia presentan una distribución desigual entre las islas. Las mayores tasas se producen en El Hierro, La Gomera y La Palma, mientras que las menores se dan en Gran Canaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta la influencia mayor que tienen los casos incidentes y prevalentes en las tasas en poblaciones pequeñas.

Incidencia tratada por diagnóstico. Canarias. Año 2016

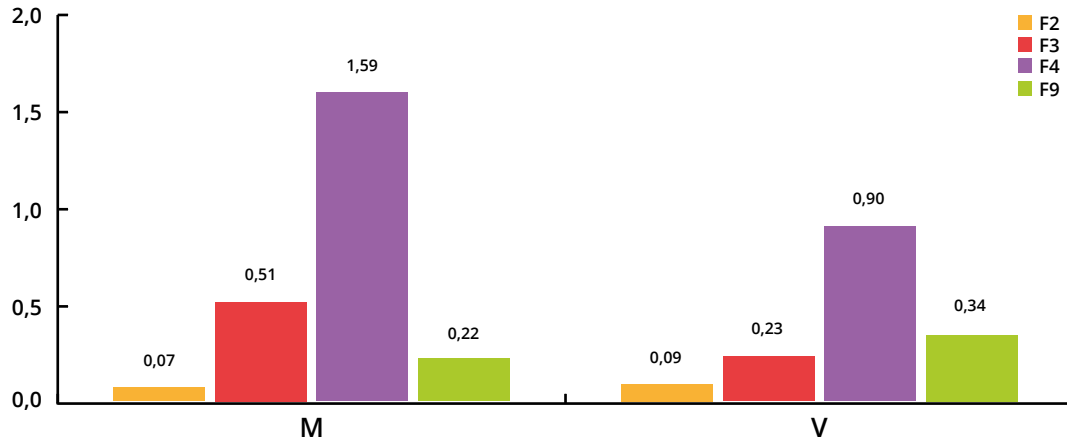
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Canarias	0,12	0,11	0,16	0,73	2,45	0,11	0,14	0,06	0,20	0,52	0,00	0,07	0,02	0,16	0,02	0,00	0,12



El grupo diagnóstico con mayor incidencia en Canarias es el F4 (F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). La tasa de incidencia tratada es de 2,45, muy por encima de la siguiente mayor tasa, de 0,73, correspondiente al grupo F3 (F30-39 Trastornos del humor o afectivos).

Incidencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

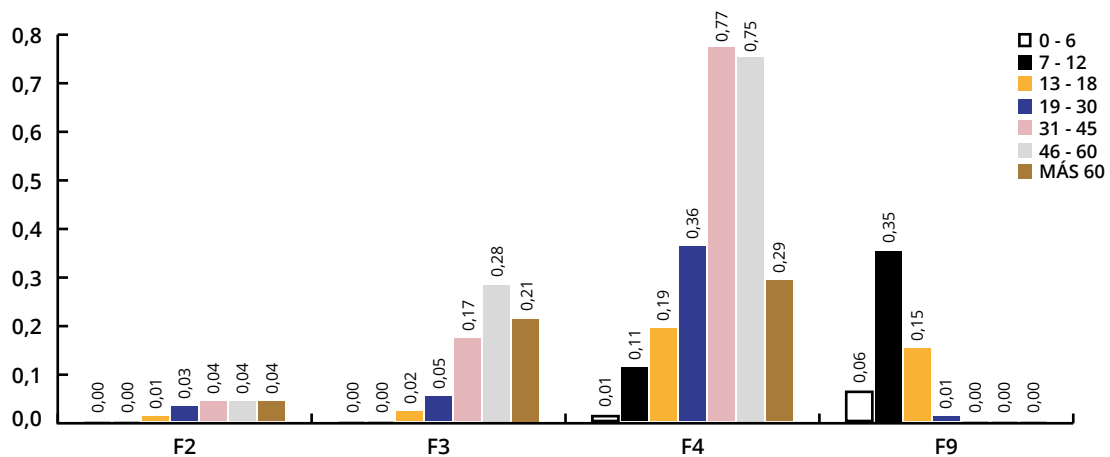
CANARIAS				
SEXO	F2	F3	F4	F9
M	0,07	0,51	1,59	0,22
V	0,09	0,23	0,90	0,34



El grupo diagnóstico con mayor incidencia tratada en Canarias, en ambos sexos, es el F4 (F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos).

Incidencia tratada por diagnóstico y edad. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

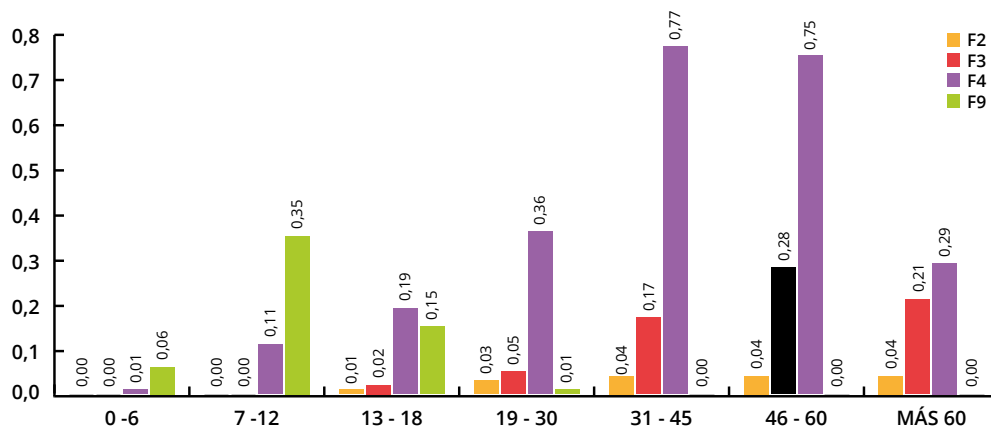
	0 - 6	7 - 12	13 - 18	19 - 30	31 - 45	46 - 60	MÁS 60
F2	0,00	0,00	0,01	0,03	0,04	0,04	0,04
F3	0,00	0,00	0,02	0,05	0,17	0,28	0,21
F4	0,01	0,11	0,19	0,36	0,77	0,75	0,29
F9	0,06	0,35	0,15	0,01	0,00	0,00	0,00



El grupo diagnóstico F4, el de mayor incidencia tratada en Canarias, tiene su mayor incidencia en los grupos de edad de 31 a 45 años y 46 a 60 años. En el grupo F3 la mayor incidencia se produce en el grupo de edad de 46 a 60 años.

Grupos de edad e incidencia tratada por diagnóstico. F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

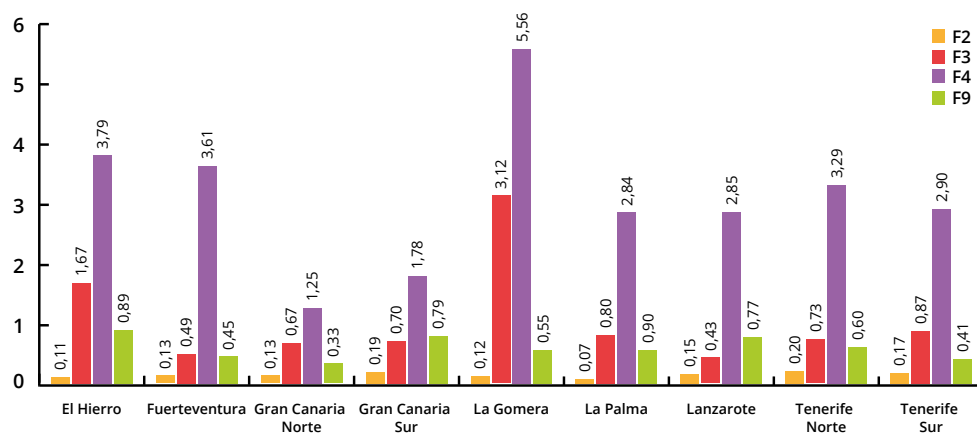
EDAD	F2	F3	F4	F9
0 - 6	0,00	0,00	0,01	0,06
7 - 12	0,00	0,00	0,11	0,35
13 - 18	0,01	0,02	0,19	0,15
19 - 30	0,03	0,05	0,36	0,01
31 - 45	0,04	0,17	0,77	0,00
46 - 60	0,04	0,28	0,75	0,00
MÁS 60	0,04	0,21	0,29	0,00



En todos los grupos de edad adulta, el grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada en Canarias es el F4. También lo es en el grupo de edad de 13 a 18 años, pero con una diferencia mínima respecto al grupo F9. En los grupos de edad de 0 a 6 años y de 7 a 12 años, el grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada en Canarias es el F9.

Incidencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Áreas. Año 2016

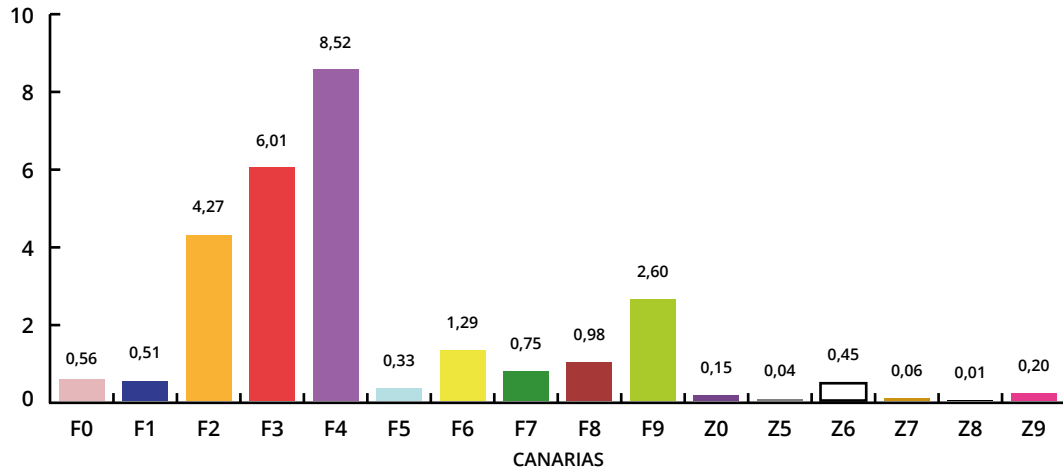
	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
F2	0,11	0,13	0,13	0,19	0,12	0,07	0,15	0,20	0,17
F3	1,67	0,49	0,67	0,70	3,12	0,80	0,43	0,73	0,87
F4	3,79	3,61	1,25	1,78	5,56	2,84	2,85	3,29	2,90
F9	0,89	0,45	0,33	0,79	0,55	0,90	0,77	0,60	0,41



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor incidencia tratada en Canarias y en todas sus áreas. Los siguientes grupos diagnósticos de mayor incidencia tratada son el F3 y el F9.

Prevalencia tratada por diagnóstico. Canarias. Año 2016

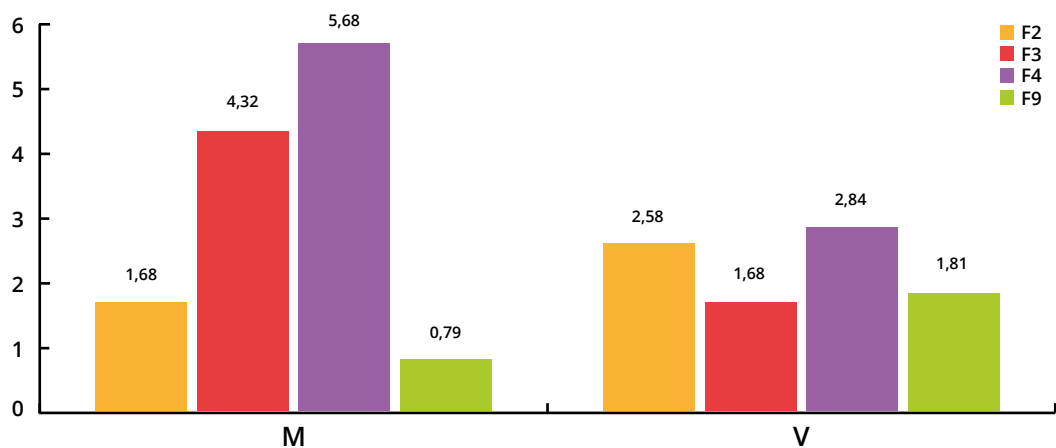
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Z0	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Canarias	0,56	0,51	4,27	6,01	8,52	0,33	1,29	0,75	0,98	2,60	0,15	0,04	0,45	0,06	0,01	0,20



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor prevalencia tratada en Canarias (8,52), seguido por el F3 (6,01) y el F2 (4,27).

Prevalencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

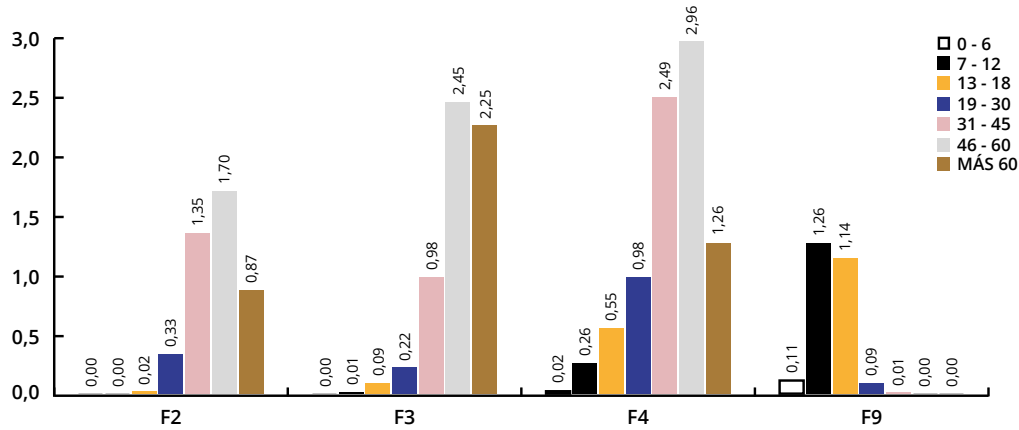
SEXO	F2	F3	F4	F9
M	1,68	4,32	5,68	0,79
V	2,58	1,68	2,84	1,81



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor prevalencia tratada en Canarias en ambos sexos. Sin embargo, su prevalencia es el doble en mujeres que en hombres (5,68 vs. 2,84). También hay una marcada mayor prevalencia tratada del grupo diagnóstico F3 en mujeres respecto a los hombres (4,32 vs. 1,68). En los hombres, sin embargo, son más prevalentes respecto a las mujeres, los grupos F2 (2,58 vs. 1,68) y F9 (1,81 vs. 0,79).

Prevalencia tratada por diagnóstico y edad. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

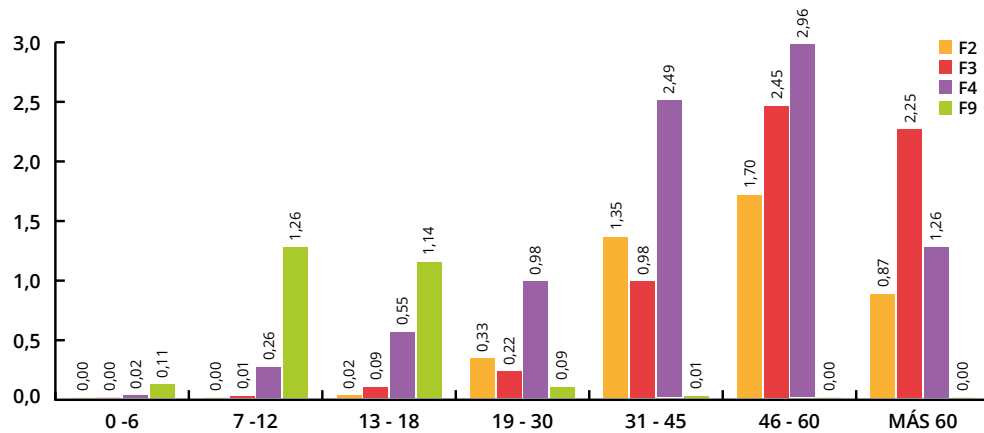
	0 - 6	7 - 12	13 - 18	19 - 30	31 - 45	46 - 60	MÁS 60
F2	0,00	0,00	0,02	0,33	1,35	1,70	0,87
F3	0,00	0,01	0,09	0,22	0,98	2,45	2,25
F4	0,02	0,26	0,55	0,98	2,49	2,96	1,26
F9	0,11	1,26	1,14	0,09	0,01	0,00	0,00



El grupo diagnóstico F4, el de mayor prevalencia tratada en Canarias, alcanza su valor más alto en los grupos de edad de 46 a 60 años (2,96) y de 31 a 45 años (2,49). El grupo de edad de 46 a 60 años también es el predominante en los grupos diagnósticos F3 y F2.

Grupos de edad y prevalencia tratada por diagnóstico. F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

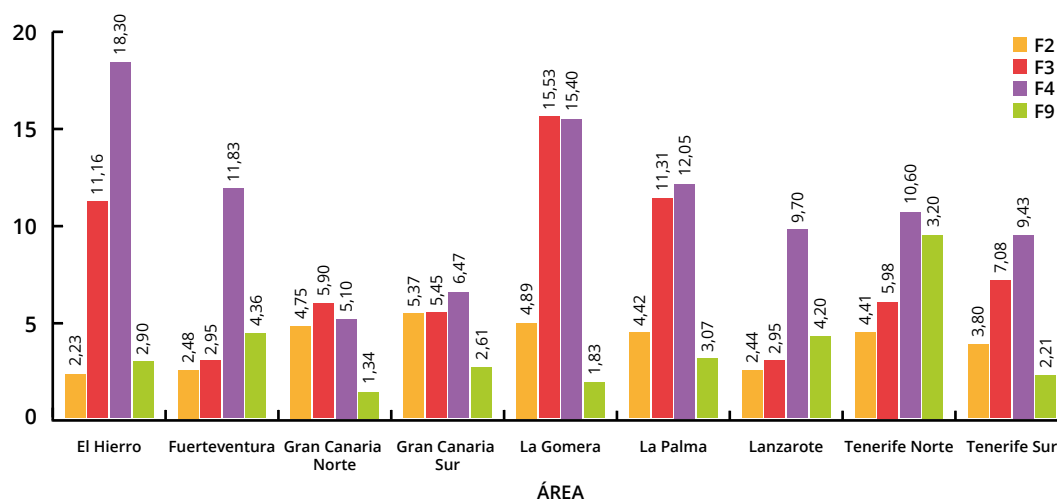
EDAD	F2	F3	F4	F9
0 - 6	0,00	0,00	0,02	0,11
7 - 12	0,00	0,01	0,26	1,26
13 - 18	0,02	0,09	0,55	1,14
19 - 30	0,33	0,22	0,98	0,09
31 - 45	1,35	0,98	2,49	0,01
46 - 60	1,70	2,45	2,96	0,00
MÁS 60	0,87	2,25	1,26	0,00



En los grupos de edad adulta el grupo diagnóstico de mayor prevalencia tratada es el F4, excepto en el grupo de mayores de 60 años, en que lo es el F3. En los grupos de edad infanto-juvenil, el grupo diagnóstico de mayor prevalencia tratada es el F9.

Prevalencia tratada por diagnóstico. Áreas. Año 2016

	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
F2	2,23	2,48	4,75	5,37	4,89	4,42	2,44	4,41	3,80
F3	11,16	2,95	5,90	5,45	15,53	11,31	2,95	5,98	7,08
F4	18,30	11,83	5,10	6,47	15,40	12,05	9,70	10,60	9,43
F9	2,90	4,36	1,34	2,61	1,83	3,07	4,20	3,20	2,21



En todas las áreas, excepto en Gran Canaria Norte, el grupo diagnóstico de mayor prevalencia tratada es el F4. Frente a la distribución habitual con claro predominio del grupo diagnóstico F4, en Gran Canaria (Norte y Sur) las tasas de los grupos diagnósticos F4, F3 y F2 son bastante similares.

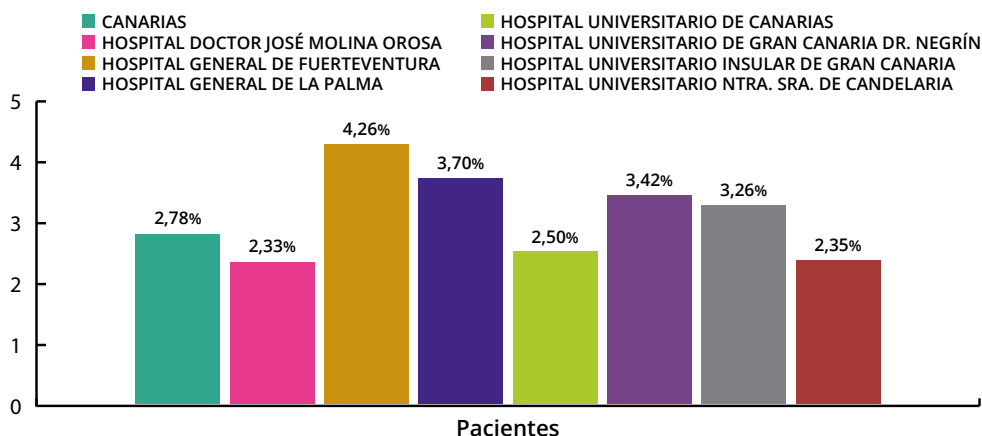
4.3.2. Morbilidad asistida en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales

La información que se muestra a continuación procede del Almacén de datos de hospitalización de la DGPPAA.

Pacientes hospitalizados. Hospitales. Año 2016

HOSPITAL USM + CH	PACIENTES	%
CANARIAS	1.631	2,78 %
HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA	98	2,33 %
HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA	132	4,26 %
HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA	112	3,70 %
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS	358	2,50 %
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN	329	3,42 %
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA	363	3,26 %
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA	289	2,35 %

El porcentaje está referido al total de pacientes atendidos en las USM de referencia de cada uno de los hospitales.

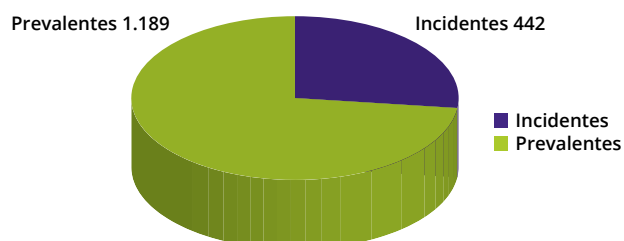


El porcentaje está referido al total de pacientes atendidos en las USM de referencia de cada uno de los hospitales.

El 2,78% de los pacientes atendidos en las USM de referencia de los hospitales de Canarias, tuvo un ingreso durante el año 2016. La mayor tasa de hospitalización correspondió al Hospital General de Fuerteventura (4,26%) y las menores, al Hospital Doctor José Molina Orosa (2,33%) y al Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (2,35%).

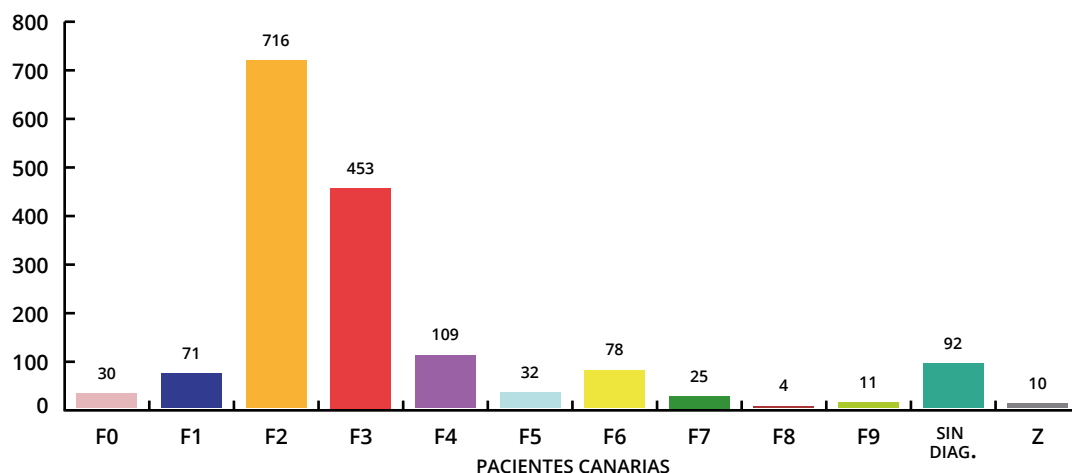
Pacientes hospitalizados. Incidencia y Prevalencia. Hospitales. Año 2016

HOSPITAL	PREVALENTES	INCIDENCIAS
HOSPITAL DOCTOR JOSÉ MOLINA OROSA	75	23
HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA	87	45
HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA	82	30
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS	246	112
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN	238	91
HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA	286	77
HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA	211	78



De los pacientes que ingresaron en el 2016, el 72,9% eran pacientes que ya asistían a las USM de referencia desde antes de 2016, mientras que el 27,1% comenzaron a asistir a la USM de referencia durante el propio 2016.

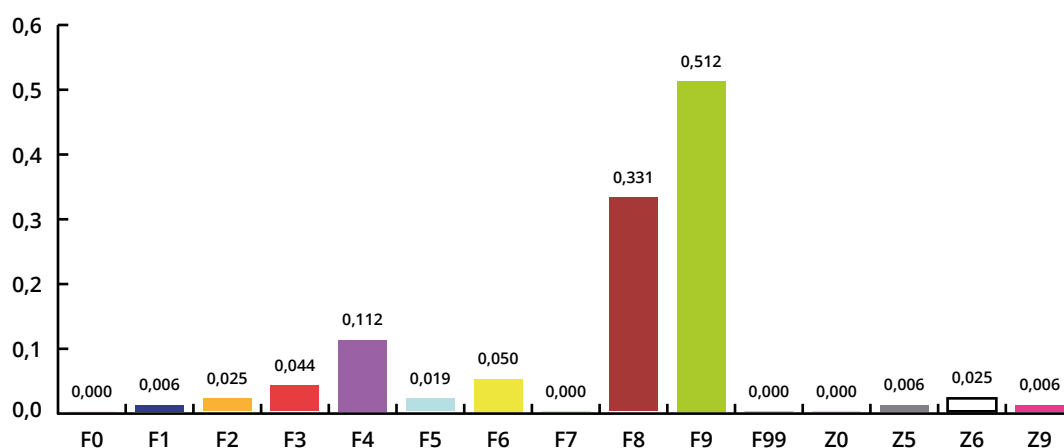
Pacientes hospitalizados por diagnóstico. Canarias. Año 2016



El grupo diagnóstico más frecuente entre los pacientes hospitalizados en 2016 en Canarias fue el F2 (716 pacientes), seguido por el F3 (453 pacientes). Los demás grupos diagnósticos son bastante menos frecuentes.

Prevalencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Tenerife. Año 2016

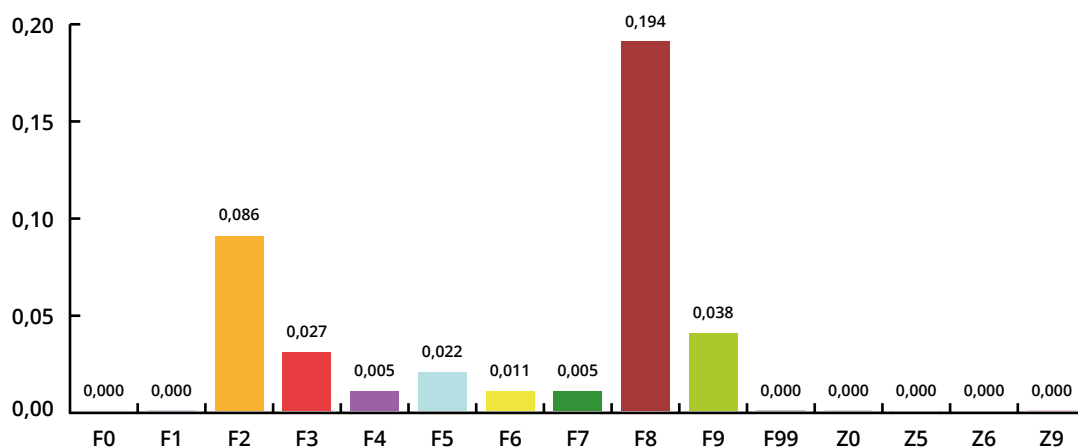
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil Doctor Guigou	0,00	0,01	0,02	0,04	0,11	0,02	0,05	0,00	0,33	0,51	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01



El grupo diagnóstico de mayor prevalencia entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil Doctor Guigou en 2016 fue el F9 (0,51), seguido del F8 (0,33).

Prevalencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Gran Canaria. Año 2016

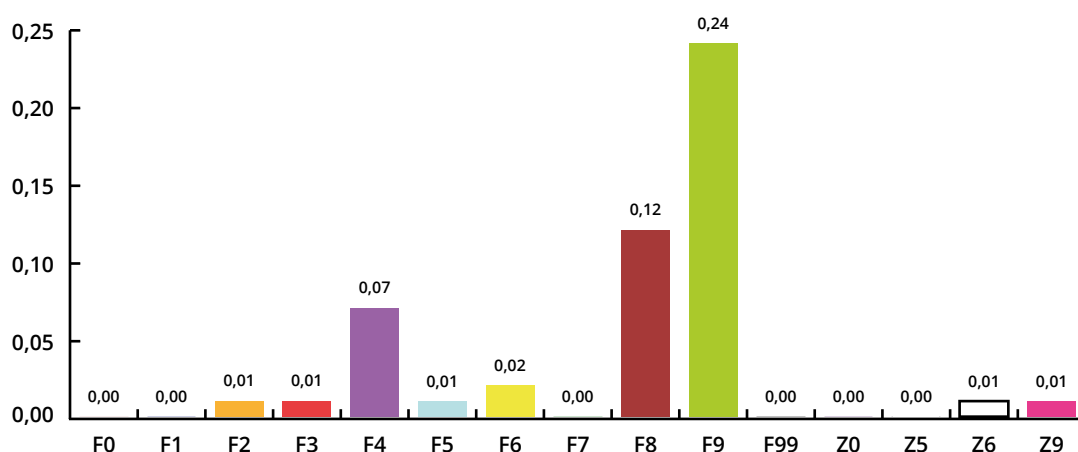
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria	0,00	0,00	0,09	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,19	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



El grupo diagnóstico de mayor prevalencia entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil de Gran Canaria en 2016 fue el F8 (0,19), seguido del F2 (0,09) y el F9 (0,04).

Incidencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Tenerife. Año 2016

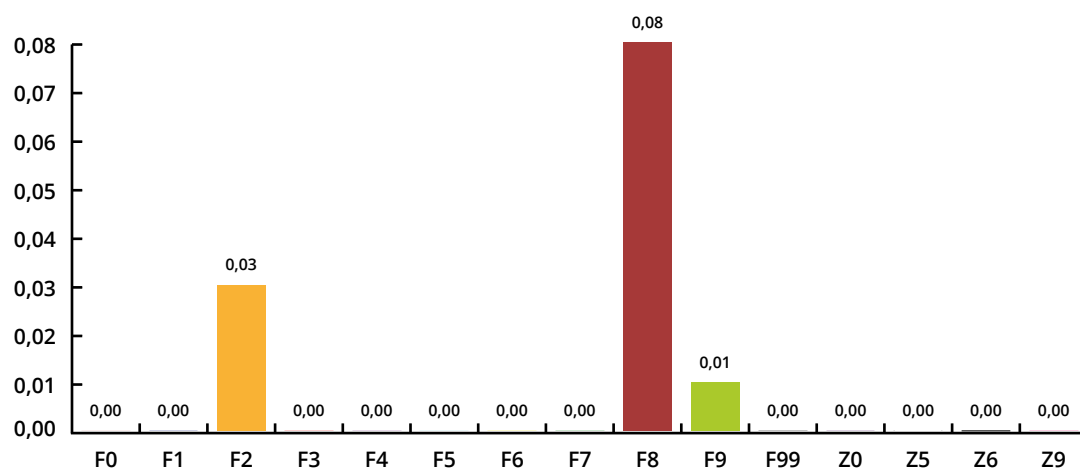
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil Doctor Guigou	0,00	0,00	0,01	0,01	0,07	0,01	0,02	0,00	0,12	0,24	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01



El grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil Doctor Guigou en 2016 fue el F9 (0,24), seguido del F8 (0,12). Los demás grupos presentan una incidencia marcadamente inferior.

Incidencia tratada por diagnóstico. Hospital de Día Infanto-juvenil. Gran Canaria. Año 2016

UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9
Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



El grupo diagnóstico de mayor incidencia tratada entre los pacientes que acuden al Hospital de Día Infanto-juvenil de Gran Canaria en 2016 fue el F8 (0,08), seguido del F2 (0,03) y F9 (0,01).

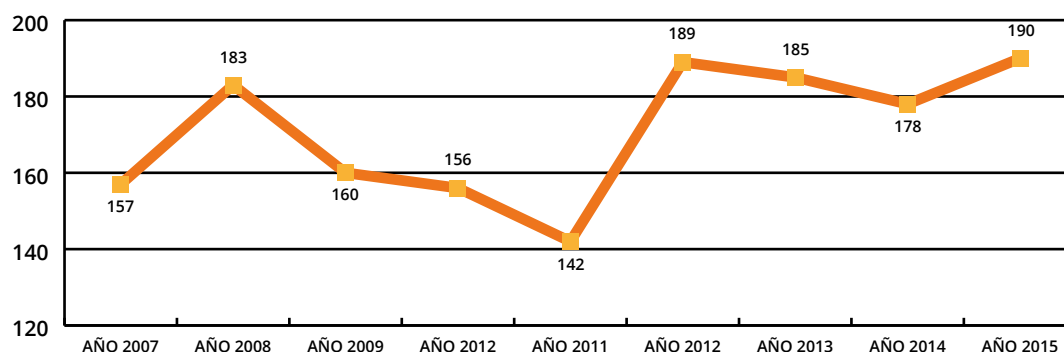
4.4. LA CONDUCTA SUICIDA

4.4.1. Suicidio consumado en Canarias y España

4.4.1.1. Suicidio consumado en canarias

4.4.1.1.1. Datos globales

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº suicidios	157	183	160	156	142	189	185	178	190



Fuentes: ISTAC

Se han producido incrementos en el número de suicidios en Canarias entre los años 2007 – 2008, 2011 – 2012 y 2014 - 2015. En 2013 y 2014 se produjo un ligero descenso respecto al 2012.

4.4.1.1.2. Suicidios por islas

	AMBOS SEXOS								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CANARIAS	157	183	160	156	142	189	185	178	190
Lanzarote	11	8	9	10	7	4	10	10	10
Fuerteventura	3	9	10	6	2	4	14	7	9
Gran Canaria	62	58	52	63	63	108	73	80	77
Tenerife	61	92	73	62	61	62	79	67	82
La Gomera	3	1	1	0	1	2	4	2	3
La Palma	17	14	15	13	8	7	5	9	8
El Hierro	0	1	0	2	0	2	0	3	1

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

El comportamiento evolutivo del suicidio ha sido desigual entre las islas. De hecho, los aumentos producidos en los periodos 2007 – 2008, 2011 – 2012 y 2014 – 2015 no han obedecido a un aumento homogéneo en Canarias, sino que han estado condicionados por aumentos específicos en alguna de las islas mayores. Específicamente, en el periodo 2007 – 2008 el aumento se produjo a expensas del aumento en Tenerife (de 61 a 92); en el periodo 2011 – 2012, a expensas del aumento producido en Gran Canaria (de 63 a 108) y en el periodo 2014 – 2015 a expensas del aumento en Tenerife (de 67 a 82).

4.4.1.1.3. Suicidios por sexos

	CANARIAS								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hombres	122	154	129	126	107	153	138	135	142
Mujeres	35	29	31	30	35	36	47	43	48

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

El suicidio ha ocurrido mayoritariamente en hombres respecto a mujeres. El ratio hombre / mujer han sido:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
3,49 / 1	5,31 / 1	4,16 / 1	4,20 / 1	3,06 / 1	4,25 / 1	2,94 / 1	3,14 / 1	2,96 / 1

En el conjunto del periodo evaluado las cifras de suicidio fueron: 1.206 (hombres) y 334 (mujeres), lo que supone un ratio de 3,61 / 1.

Este ratio es concordante con el que se produce en los países occidentales (4:1) (MSPSI, 2012).

4.4.1.1.4. Suicidios - Métodos

El método mayoritario en todos los años evaluados (2007 – 2015) ha sido la *Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)*. El segundo método en frecuencia ha sido la *Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (X80)*. A continuación se muestran los datos correspondientes a estos dos métodos principales.

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº total	157	183	160	156	142	189	185	178	190
X70	72	89	85	88	66	93	90	85	84
X80	26	37	28	33	37	58	54	53	46

Considerando el nº total de suicidios en el periodo evaluado (1.540), la *Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)* ha supuesto el 48,8% (752 de 1.540), y la *Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (X80)*, el 24,2% (372 de 1.540).

4.4.1.1.5. Tasas de suicidio

En la siguiente tabla se muestran: población en cifras absolutas de Canarias, las cifras de suicidio consumado, y el correspondiente cálculo de la tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año:

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Población	2.025.951	2.075.968	2.103.992	2.118.519	2.126.769	2.118.344	2.118.679	2.104.815	2.100.306
Suicidios	157	183	160	156	142	189	185	178	190
Tasa 100.000 hab / año	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05

Fuente: ISTAC. Cifras padronales / Cifras Oficiales de Población / Datos publicados / Series anuales. Municipios por islas de Canarias.

La población en las islas en el periodo evaluado se muestra en la siguiente tabla:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lanzarote	132.366	139.506	141.938	141.437	142.517	142.132	141.953	141.940	143.209
Fuerteventura	94.386	100.929	103.167	103.492	104.072	106.456	109.174	106.930	107.367
Gran Canaria	815.379	829.597	838.397	845.676	850.391	852.225	852.723	851.157	847.830
Tenerife	865.070	886.033	899.833	906.854	908.555	898.680	897.582	889.936	888.184
La Gomera	22.259	22.622	22.769	22.776	23.076	22.350	21.153	20.721	20.783
La Palma	85.933	86.528	86.996	87.324	87.163	85.468	85.115	83.456	82.346
El Hierro	10.558	10.753	10.892	10.960	10.995	11.033	10.979	10.675	10.587

A continuación se muestran las cifras de suicidio consumado por islas y años evaluados, y el cálculo correspondiente de la tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lanzarote	132.366	139.506	141.938	141.437	142.517	142.132	141.953	141.940	143.209
Suicidios	11	8	9	10	7	4	10	10	10
Tasa*	8,31	5,73	6,34	7,07	4,91	2,81	7,04	7,04	6,98
Fuerteventura	94.386	100.929	103.167	103.492	104.072	106.456	109.174	106.930	107.367
Suicidios	3	9	10	6	2	4	14	7	9
Tasa	3,18	8,92	9,69	5,80	1,92	3,76	12,82	6,55	8,38
Gran Canaria	815.379	829.597	838.397	845.676	850.391	852.225	852.723	851.157	847.830
Suicidios	62	58	52	63	63	108	73	80	77
Tasa	7,60	6,99	6,20	7,45	7,41	12,67	8,56	9,40	9,08
Tenerife	865.070	886.033	899.833	906.854	908.555	898.680	897.582	889.936	888.184
Suicidios	61	92	73	62	61	62	79	67	82
Tasa	7,05	10,38	8,11	6,84	6,71	6,90	8,80	7,53	9,23
La Gomera	22.259	22.622	22.769	22.776	23.076	22.350	21.153	20.721	20.783
Suicidios	3	1	1	0	1	2	4	2	3
Tasa	13,48	4,42	4,39	0	4,33	8,95	18,91	9,65	14,43
La Palma	85.933	86.528	86.996	87.324	87.163	85.468	85.115	83.456	82.346
Suicidios	17	14	15	13	8	7	5	9	8
Tasa	19,78	16,18	17,24	14,89	9,18	8,19	5,87	10,78	9,72
El Hierro	10.558	10.753	10.892	10.960	10.995	11.033	10.979	10.675	10.587
Suicidios	0	1	0	2	0	2	0	3	1
Tasa	0	9,30	0	18,25	0	18,13	0	28,10	9,45

*Tasa: nº suicidios / 100.000 habitantes / año

La OMS ha establecido una clasificación de las tasas de suicidio en una población en función del número de suicidios por 100.000 habitantes y año:

- Baja: < 5
- Media: 5 – 15
- Alta: 15 – 30
- Muy altas: > 30

(OMS, citado por OPS, 2011)

En todos los años del periodo evaluado, las tasas de suicidio en Canarias se han situado en el rango de unas tasas medias. Sin embargo, las tasas son heterogéneas al analizar las diferentes islas, ya que se han producido tasas altas en algunas, y bajas en otras. Ambos tipos son las que se han resaltado en la tabla.

4.4.1.1.6. Suicidio por edades

En la siguiente tabla se muestran los grupos de edad con las cifras absolutas de suicidio durante el 2015, y las tasas calculadas según la población en estas franjas de edad.

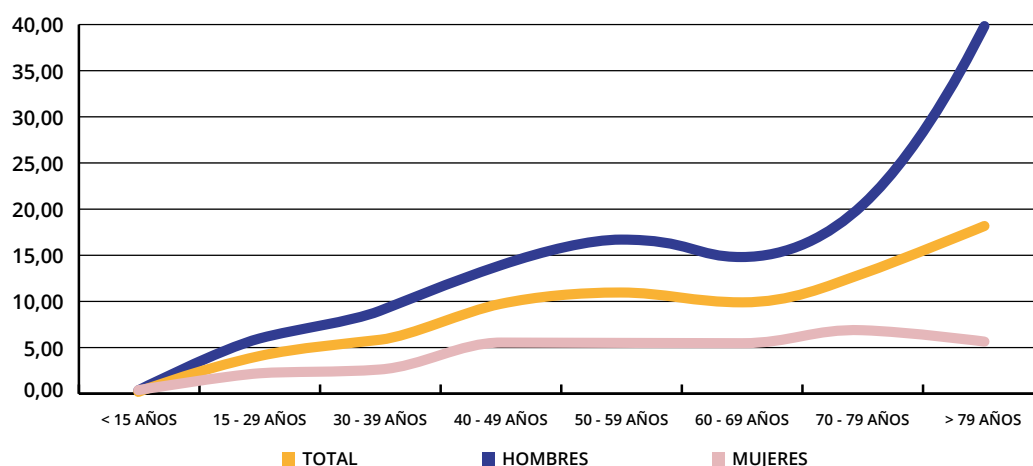
Canarias - Suicidios por franjas de edad - 2015

FRANJA ETARIA	Nº ABSOLUTO	POBLACIÓN	TASA
Total	190	2.100.306	9,05
Menores de 15	1	299.400	0,33
15 - 19	4	103.715	3,86
20 - 29	9	252.575	3,56
30 - 39	22	346.355	6,35
40 - 49	39	381.116	10,23
50 - 59	58	296.154	19,58
60 - 69	28	205.163	13,65
70 - 79	19	135.214	14,05
Más de 79	10	80.614	12,40

Las franjas de edad con mayores tasas de suicidio son las de más de 40 años en adelante. Todas ellas presentan tasas superiores a la tasa media. La franja de edad con la tasa más alta es la de 50 - 59 años. En la franja de edad de 15 a 29 años la tasa en 2015 fue de 3,65 por 100.000 habitantes / año, que se encuadra en rango de tasas "bajas" según la OMS. El comportamiento de las tasas según las franjas de edad es parecido al del conjunto de España para el mismo año, como se muestra en la siguiente tabla y gráfico. En España, la mayor tasa se produce en el grupo de mayores de 79 años.

EDADES	TOTAL	H.	M.
< 15 años	0,11	0,19	0,03
15 - 29 años	4,11	5,96	2,20
30 - 39 años	5,83	8,93	2,64
40 - 49 años	9,75	13,87	5,52
50 - 59 años	11,01	16,77	5,38
60 - 69 años	9,85	14,67	5,42
70 - 79 años	12,97	20,49	6,85
> 79 años	18,08	39,68	5,71
Total	7,73	11,70	3,89

Tasas de suicidio por edades y sexo en España, 2015



Fuente: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (elaboración propia a partir de los datos del INE) www.fsme.es

4.4.1.1.7. Suicidio en niños y adolescentes

A continuación se muestran las cifras absolutas de suicidio consumado en los años 2007 – 2015, en menores de 15 años, diferenciados por sexo, y la tasa / 100.000 hab. / año.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
♂	1	0	0	1	0	0	1	0	1
♀	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Total	1	1	0	1	0	1	1	1	1
Población	295.244	298.219	299.154	300.313	299.261	297.469	307.599	303.772	299.400
Tasa/100.000 h	0,34	0,34	0	0,33	0	0,34	0,32	0,39	0,33

Fuente: ISTAC. Explotación Estadística del Padrón Municipal / Resultados principales. Islas, comarcas y municipios de Canarias. 2000-2014

A continuación se refleja la **tasa en España**:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
♂	7	2	7	3	1	4	6	4	7
♀	5	2	1	0	1	1	3	6	1
Total	12	4	8	3	2	5	9	10	8
Tasa/100.000 h	0,184	0,060	0,117	0,043	0,029	0,071	0,127	0,142	0,114

Fuente: INE

Aunque infrecuente en nuestra Comunidad y en el conjunto de España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos. Las tasas en Canarias han sido inferiores

a las de España en los dos años en los que no hubo casos en nuestra Comunidad, pero superiores en los demás años. Hay que tener en cuenta el factor de la población de referencia sobre la que se calculan las tasas, ya que, al ser en Canarias un número marcadamente inferior al del conjunto de España, la ocurrencia de un solo caso ha sido suficiente para sobrepasar la tasa de España.

4.4.1.2. Suicidio consumado en España

En la siguiente tabla se refleja la comparativa entre las tasas de suicidio en Canarias y el global de España en el periodo evaluado.

AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76

Datos: Tasa de suicidio por 100.000 habitantes / año. Fuentes: ISTAC e INE
Población España: INE. Padrón. Población por municipios.

Las tasas de suicidio en Canarias han sido ligeramente superiores a las del conjunto de España, excepto en el año 2011. La mayor diferencia se ha producido en el año 2012.

En la siguiente tabla se muestra la comparativa con las tasas de suicidio en Europa.

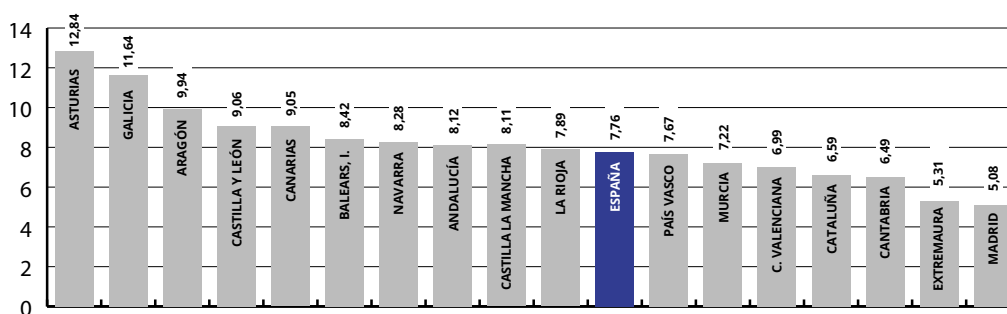
AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76
UE 28	11,4	11,7	11,9	11,8	11,68	11,72	11,67	--	--

UE 28: Unión Europea – 28 países. Fuentes: ISTAC, INE y EUROSTAT

Las tasas de suicidio en Canarias y España son sensiblemente inferiores a las del conjunto de la **Unión Europea**. Aunque ambas se encuadran en el rango medio (5 – 15), las de Canarias y España están más próximas al dintel inferior, mientras que las de la UE lo están al dintel superior.

En España existe variabilidad en las tasas según las **Comunidades Autónomas**. En el siguiente gráfico se muestran las tasas correspondientes al **año 2015**:

Tasas de suicidio por 100.00 habitantes y CCAA, 2015



Fuente: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (elaboración propia a partir de los datos del INE) www.fsme.es

4.4.2. Tentativas de suicidio en Canarias y España

Según lo reflejado en la GPC del Ministerio de Sanidad sobre conductas suicidas, las cifras reales de tentativas suicidas son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. Las cifras estimadas en España están entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, con las limitaciones expresadas (MSPSI, 2012). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes y de 170/100.000 habitantes en medio hospitalario (MSPSI, 2012). En el estudio epidemiológico europeo ESEMeD, se halló para España una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% (Gabilondo et al., 2007).

En Canarias no disponemos de registros fiables que nos permitan inferir la epidemiología de las tentativas suicidas. Aunque se dispone de una *Ficha de registro de conductas suicidas* integrada en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP), su cumplimentación ha sido muy baja. En la actualidad se cuenta con información recogida en las historias clínicas electrónicas de los servicios de urgencia hospitalarios y en breve se podrá disponer de los primeros datos sobre estas.

4.4.3. Ideación suicida en Canarias y España

Por motivos metodológicos, resulta difícil la obtención de datos epidemiológicos fiables sobre la ideación suicida. En Canarias disponemos de este dato, ya que la prevalencia de ideación suicida se evaluó en la Encuesta de Salud de Canarias realizada en 2015 y publicada en 2016.

El 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de su vida ideas de suicidio. Esta prevalencia es mayor que el 4,4% hallado en el mayor estudio epidemiológico realizado en España, que formó parte del estudio europeo ESEMeD (Gabilondo et al., 2007). Sin embargo, en esta mayor tasa hay que considerar la posible influencia de la crisis económica que comenzó en 2008 en España, ya que las crisis económicas se han asociado a mayor tasa de suicidio (Oyesanya et al., 2015; Parmar et al., 2016).

En cuanto a los **grupos de edad**, la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años, con un 12,3%, y la menor, en la de 16 a 29 años, con un 7,9%.

Al comparar por **sexo**, las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los hombres (13,4% vs. 8,1% respectivamente). En las mujeres la mayor prevalencia se produjo en la franja de 45 a 64 años (16,3%) y en los hombres, en la de 30 a 44 años (10,7%).

Al comparar por **islas**, la mayor prevalencia se produjo en Gran Canaria (11,7%). La prevalencia de La Gomera, La Palma y El Hierro (agrupadas: 11,1%) y de Tenerife (10,9%) fue ligeramente inferior. La menor prevalencia se produjo en Lanzarote y Fuerteventura (agrupadas: 7,2%).

En cuanto al **momento** de tener las ideas suicidas, entre las personas que declararon haber tenido ideas de suicidio, el 29,4% refirieron haberlas tenido en los últimos 12 meses (el 27,4% de los hombres y el 30,6% de las mujeres).

Según la **clase social** basada en la ocupación, la mayor prevalencia se produjo en la clase VI (13,9%). Las menores prevalencias se produjeron en las clases II y III (7,5% y 7,8% respectivamente).

Clases establecidas:

- **Clase I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- **Clase II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

- **Clase III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Clase IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas.
- **Clase V:** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- **Clase VI:** Trabajadores/as no cualificados/as.

4.4.4. Resumen - conclusiones

- El número absoluto de suicidios y la tasa han experimentado variaciones en el periodo evaluado.
- Los aumentos marcados que se han producido en los periodos 2007 – 2008 y 2011 – 2012 han estado condicionados principalmente por aumentos en una de las islas mayores, y no por un aumento homogéneo en Canarias. En el primer periodo señalado se produjo a expensas básicamente del aumento en Tenerife, y en el segundo, en Gran Canaria.
- El ratio entre hombres y mujeres en el periodo evaluado fue de 3,6:1, coincidiendo con el que se produce en los países occidentales.
- El método mayoritario en todos los años evaluados ha sido la Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, seguido de la Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.
- Las franjas de edad con mayores tasas de suicidio son las de más de 40 años en adelante. La franja de edad con la tasa más alta es la de 50 - 59 años.
- El suicidio en la menores de 15 años, aunque es infrecuente en nuestra Comunidad y en el conjunto de España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos.
- Las tasas de suicidio en Canarias para el periodo evaluado han sido algo superiores a las del conjunto de España. Ambas se sitúan en el rango considerado como 'medio' según la OMS.
- Ha existido variabilidad en las tasas de suicidio entre las islas. En Fuerteventura y La Gomera se produjeron tasas consideradas como 'bajas' en 3 de los 9 años evaluados, y en Lanzarote en 2 años. Por el contrario, en La Palma y El Hierro se produjeron tasas consideradas como 'altas' en 3 años, y en La Gomera, en un año.
- En España existe variabilidad considerable en las tasas de suicidio según las Comunidades Autónomas.
- Las tasas de suicidio de Canarias y España han sido considerablemente inferiores a las del conjunto de Europa.
- En el mayor estudio epidemiológico europeo sobre salud mental disponible, en España se ha hallado una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para la tentativa suicida, y del 4,4% para la ideación suicida.
- La prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida en la población mayor de 16 años en Canarias fue de 10,8% en 2015. Esta prevalencia resulta superior a la de España (4,4%); sin embargo, esta última se obtuvo en 2002, en un periodo anterior a la crisis económica.
- La mayor prevalencia de ideación suicida en Canarias se produjo en la franja de 45 a 64 años (12,3%), en mujeres (13,4%), en Gran Canaria (11,7%) y en las clase social VI (13,9%).

4.4.5. Acciones realizadas

Todas las acciones que se describen a continuación tienen un fin común, que es la detección precoz del riesgo suicida, la evaluación adecuada de la conducta suicida si ya se ha producido, y en ambos casos, la intervención terapéutica más adecuada en cada caso para la reducción del riesgo suicida.

4.4.5.1. Análisis de la situación: informes técnicos

Uno de los pilares básicos de cualquier estrategia de prevención es el análisis de la situación. De hecho, constituye una de las recomendaciones de la OMS en su reciente documento sobre prevención del suicidio (OMS, 2014). El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA ha desarrollado, desde el año 2013, análisis pormenorizados de la situación en Canarias, que abarcan una serie temporal desde el 2007. Los objetivos básicos de estos análisis son el mejor conocimiento del fenómeno, su evolución, la orientación para el desarrollo de estrategias de prevención adecuadas, y la evaluación de los resultados de las intervenciones.

4.4.5.2. Sistemas de información

- **RECAP (Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias).** El Servicio de Salud Mental ha logrado durante estos años su implantación total en nuestra Comunidad y un enorme desarrollo de este registro, convirtiéndolo en puntero a nivel nacional. El registro está diseñado como un fichero longitudinal de pacientes afectados de trastornos mentales en el que se recogen todos y cada uno de los contactos que estos tienen con los diferentes dispositivos asistenciales en Salud Mental. Permite un seguimiento continuo y proporciona datos sobre el uso de los servicios y el tipo de intervenciones realizadas. Suministra información imprescindible para unas adecuadas políticas de gestión, planificación, evaluación de rendimientos, adopción de decisiones e investigación. En el RECAP de los servicios de urgencias hospitalarios se incluyen formularios que recogen información relativa a las conductas suicidas, lo que permite evaluar tanto las tasas de prevalencia asistida como su evolución a lo largo de los años, así como los tipos de intervenciones realizadas.
- **Historia Clínica Electrónica (HCE):** Durante estos años se ha procedido a la implantación progresiva de la HCE electrónica en nuestra Comunidad. Por su parte, se han realizado las acciones necesarias para la integración del RECAP con la HCE.

4.4.5.3. Formación específica

Existen pruebas científicas de que la formación de profesionales tiene efectos considerables en la reducción del riesgo suicida (Mann et al., 2005; MSPSI, 2012). De hecho, es uno de los pilares básicos señalados en el reciente documento de la OMS de prevención del suicidio (OMS, 2014).

- **Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del SNS.** Este curso, impartido en 2014 en ambas provincias, dirigido a profesionales de salud mental y acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, se basó en las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (MSPSI, 2012). Las Guías de Práctica Clínica (GPC) proveen un conjunto de recomendaciones claves basadas en una profunda revisión sistemática de estudios científicos relevantes con el propósito de dar respuesta a las incertidumbres existentes en la práctica clínica diaria. Además, en la propia GPC se recomendaban acciones encuadradas en su difusión, como los cursos de formación basados en ella (MSPSI, 2012). El curso tuvo una 2ª edición tras unos meses (2015) en la provincia de Las Palmas, dada la alta demanda de asistencia.

- **Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria.** Realizado en 2016 en ambas provincias. Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Con una orientación teórico - práctica, incluyó conceptos básicos, epidemiología, factores de riesgo y factores protectores, aspectos básicos de la entrevista y actitud, la conducta suicida en edad infanto-juvenil, aspectos legales, y recomendaciones sobre la evaluación e intervención, tanto para pacientes con riesgo suicida como para aquellos con tentativa suicida. Además de la parte teórica incluyó entrevistas varias en modo role-playing. Al igual que los cursos realizados para los profesionales de salud mental, tuvo una gran acogida.

4.4.5.4. Documentos para la práctica clínica

- **“Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria”.** Este documento, concebido como un recurso para la consulta en Atención Primaria, se publicó en el Portal Drago-AP en 2016. Refleja de forma sucinta los conceptos básicos, factores de riesgo y factores protectores, aspectos básicos de la entrevista y actitud, y recomendaciones sobre la evaluación e intervención, tanto para pacientes con riesgo suicida como para aquellos con tentativa suicida. La principal fuente de referencia de este documento fue la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (MSPSI, 2012). Supuso una actualización del anterior documento, “Abordaje del suicidio en atención primaria” (2007), que contenía conceptos básicos, recomendaciones para la entrevista y evaluación del riesgo y conducta suicida, instrumentos psicométricos y criterios de derivación.

4.4.5.5. Investigación

La investigación sobre suicidio en Canarias se viene produciendo desde hace décadas, si bien sin una continuidad estable temporal ni en cuanto a los profesionales implicados. Este Servicio, a través del Programa de Investigación en Salud Mental, desde su inicio (2009) ha promovido que la conducta suicida sea una línea prioritaria de investigación. En los últimos años se ha publicado un número considerable de artículos en revistas de impacto sobre esta área, por parte de profesionales de nuestra Comunidad.

Bibliografía

EUROSTAT. Oficina Europea de Estadística (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. Med Clin (Barc). 2007; 129(13): 494-00.

Instituto Canario de Estadística (<http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>).

Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>).

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005; 294(16): 2064-74.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: MSPSI; 2012.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. Informe subregional de suicidio. Centroamérica y República Dominicana 1988 – 2008. Panamá: OPS; 2011.

Oyesanya M, López-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. World J Psychiatry. 2015; 5(2): 243-54.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. BMJ. 2016; 354:i4588.

Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

05

Recursos para la atención a personas con trastorno mental

5.1. RED DE RECURSOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL

Los dispositivos sanitarios para la atención a la salud mental se distribuyen de la forma siguiente:

RECURSOS AMBULATORIOS:

1. Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).
2. Unidades de Salud Mental Comunitarias Infanto-Juveniles (USMC-IJ).
3. Hospitales de Día Infanto-Juveniles.

RECURSOS HOSPITALARIOS:

- Unidades de Internamiento Breve (UIB).
- Unidades Funcionales Hospitalarias de Interconsulta y Enlace (UFIE).
- Unidades de Media Estancia (UME).
- Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental (UCYR).

5.1.1. Unidades de salud mental comunitarias de adultos

La actividad de consultas se realiza en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC o USM) y su número en Canarias asciende a 24 distribuidas por todo el territorio, además de 6 Unidades específicas de Infanto-Juvenil. En ellas se da cobertura al 100% de la población, de las Áreas de Salud respectivas, que demanda este tipo de asistencia, tras haber sido atendidos con anterioridad en sus respectivos centros de Atención Primaria. La atención a la población infanto-juvenil se realiza en las USMC por equipos funcionales dedicados a la atención de esta población y por las Unidades específicas de infanto-juvenil.

UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS POR ÁREAS DE SALUD - 2016	
ÁREA	UNIDADES
GRAN CANARIA	8
TENERIFE	9+3*
LANZAROTE	1+1*
FUERTEVENTURA	2+1*
LA PALMA	2+1*
LA GOMERA	1
EL HIERRO	1
TOTAL	24+6*

* Unidades de Infanto-juvenil específicas

5.1.2. USMC de Infanto-Juvenil

La edad infanto-juvenil va desde los 0 a los 17 años. Actualmente (2016) Canarias cuenta con 6 Unidades específicas de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil: 3 en Tenerife (Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Hospital del Sur y CAE de La Orotava), 1 en Lanzarote, 1 en Fuerteventura y 1 en La Palma.

5.1.3. Hospitales Día de Infanto-Juvenil

En Canarias disponemos de dos Hospitales de Día para la población infanto-juvenil; uno en cada provincia. El Hospital de Día Infanto-Juvenil de la provincia de Las Palmas está ubicado en Gran Canaria, y el de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en Tenerife. Ambos asumen los pacientes de la población de su provincia.

- **El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Tenerife**, "Diego Matías Guigou y Costa", inició su actividad en Diciembre de 2003. El Hospital cuenta con 45 plazas, distribuidas en 3 grupos de edad: de 0-6 años, de 7-12 y de 13-17.
- **El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria** se inauguró en diciembre de 2005. Cuenta con 45 plazas distribuidas en tres grupos de edad: de 0-6 años, de 7-12 y de 13-17.

	RECURSOS HUMANOS EN INFANTO- JUVENIL - HOSPITALES DE DÍA									
	Psiqu.	Psic.	DUE	A.E.	T.O.	Psm	T.Soc	Prof.	Cel.	A.A.
Gran Canaria	1	2	2	9	1	1	1	1	1	1
Tenerife	1,1P	1	1	7	1	1	1	1	1	1

Psiqu. Psiquiatra; P: Pediatra; Psic: Psicólogo; DUE: Enfermero; A.E.: Auxiliar de Enfermería; T.O.: Terapeuta Ocupacional; Psm: Psicomotricista; T.Soc: Trabajador social; Prof: Profesor de Educación Especial (concedida por la Consejería de Educación); Cel: Celador; A.A.: Auxiliar Administrativo.

5.1.4. Unidades de Internamiento Breve y Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace

La hospitalización psiquiátrica en régimen de agudos está indicada en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceras personas, haciendo necesario un diagnóstico y/o tratamiento que no pueda ser realizado en la comunidad y que conlleva mayores beneficios terapéuticos para el paciente. Su objetivo principal es posibilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente. Son lugares de cuidados psiquiátricos continuados de corta estancia, con atención las 24 horas del día, fundamentalmente para adultos con trastornos mentales, con un número de camas que debería oscilar entre las 10 y las 30. En el caso de la población infanto-juvenil afecta de trastornos mentales que requieran un ingreso hospitalario, éste deberá realizarse en los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales para los menores de 15 años, y en las plantas de Psiquiatría (UIB), a partir de los 15 años.

En Canarias hay 7 UIBs, ubicadas en los Hospitales de las siguientes Áreas de Salud: 2 en Tenerife, 2 en Gran Canaria, 1 en Lanzarote, 1 en Fuerteventura, y 1 en La Palma.

Además, existen **Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE)**, con personal específico o compartido con la UIB en los 4 Hospitales de las Islas capitalinas. En el resto, las tareas de Interconsulta y Enlace son realizadas por profesionales de la UIB.

Estas Unidades, además de atender las Interconsultas de patología psiquiátrica de otros Servicios Hospitalarios, incluidas las Urgencias, y de prestar apoyo psicológico a los pacientes con cualquier patología somática que lo requieran, trabajan de manera programada con:

- **CHNSC:** Servicios de Cuidados Paliativos (incluyendo la atención a pacientes con ELA y E. Fibroquística), Neurología, Cirugía Infantil Oro-facial, Trasplantes Hepáticos, Unidad del Dolor, Pediatría y Oncología, Consultas externas hospitalarias de psicooncología (2 veces en semana), psiquiatría oncológica, atención de enfermería de los pacientes con la TEC de mantenimiento (2 veces en semana).
- **CHUC:** Psicooncología, VIH e Infecciones, Valoración para trasplante de donante vivo, Valoración previa de trasplante hepático, Rehabilitación cardíaca, Psicooncología infantil, Transexualidad.
- **CHUIMI:** Cirugía, Oncología, Cuidados Paliativos, Pacientes con lesiones medulares, Neuropsicología, Transexualidad.
- **HUGC Dr. Negrín:** Cirugía Bariátrica, Trasplante Hepático, Transexualidad.

CAMAS DE UIB - 2016	
Área	Nº
Gran Canaria	60
Tenerife	62
Lanzarote	12
Fuerteventura	16
La Palma	14
TOTAL	164

5.1.5. Unidades de Media Estancia y Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental

En Canarias disponemos de dos Unidades de Media Estancia y dos Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental (UCYR), repartidos ambos entre las dos provincias, situados en Gran Canaria y Tenerife. Cada una de estas unidades da cobertura a la población de su provincia.

En Tenerife se cuenta con 24 camas de media estancia y 70 de UCYR, ubicadas en el Complejo Febles Campos, sectorizadas tomando como referencia los dos Hospitales de Tenerife.

En Gran Canaria se cuenta con 29 camas de media estancia y 90 de UCYR, ambas unidades ubicadas en el Hospital Juan Carlos I.

CAMAS DE UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA - 2016		
Área	Nº	Tasa / 100.000*
UME Gran Canaria	29	2,8
UME Tenerife	24	2,6
TOTAL	53	2,7

*Tarjetas sanitarias a fecha 25/06/2016: Provincia de Las Palmas: 1.030.371; Provincia de S/C Tenerife: 937.140. Total: 1.967.511

CAMAS DE UNIDADES CLÍNICAS Y DE REHABILITACIÓN - 2016		
Área	Nº	Tasa / 100.000*
Las Palmas de GC	90	8,7
S/C de Tenerife	70	7,5
TOTAL	160	8,1

*Tarjetas sanitarias a fecha 25/06/2016: Provincia de Las Palmas: 1.030.371; Provincia de S/C Tenerife: 937.140. Total: 1.967.511

	PLAZAS SOCIOSANITARIAS – ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD – CANARIAS 2016			
	Residenciales	CRPS	Pisos	Pensión /Atención Domiciliaria
Gran Canaria	162	379	156	0
Lanzarote	30	70	8	11
Fuerteventura	0	45	3	2
Tenerife	81	222	163	120
La Palma	20	70	6	20
La Gomera	0	21	0	0
El Hierro	0	0	0	0
TOTAL	293	807	336	153

5.2. RED DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS

5.2.1. Los recursos

En los últimos años ha habido un incremento moderado en todos los recursos intermedios para la atención a enfermos mentales crónicos, que se hizo mucho más patente a lo largo de 2004-2006, fundamentalmente en Tenerife y Gran Canaria, impulsado este crecimiento por el Programa de Atención a la Discapacidad (PAD) (2005-2010), subsector Salud Mental.

En Tenerife, está constituido el **Equipo Comunitario Asertivo (ECA)**, un ambicioso programa de alojamiento alternativo, que comenzó en 2005. Se trata de un servicio especializado, en el ámbito domiciliario, para la atención, seguimiento y cuidados integrados de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Cuenta con tres unidades móviles (área norte, área metropolitana y área sur) y un equipo multidisciplinar específico constituido por 3 Psiquiatras, 11 Enfermeros y 4 Trabajadores sociales, además de cuidadores o educadores sociales y animadores de ocio y tiempo libre contratados por ONGs y otras administraciones. La Dirección técnica, supervisión y evaluación es realizada por el responsable del PIRP de Tenerife. Depende del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria y presta su atención en toda la isla.

En Gran Canaria, esta constituido el **Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)**, anteriormente denominado Equipo Móvil de Salud Mental (EMOSAM) que atiende a las personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo y a usuarios de miniresidencia. Integrado también por un equipo multidisciplinar formado por 4 Psiquiatras, 10 Enfermeros, 2 Trabajadores Sociales y 1 Auxiliar de Enfermería. La Dirección técnica, supervisión y evaluación es realizada por el responsable del PIRP de Gran Canaria. Mientras que en los primeros años la cobertura era la zona metropolitana de Las Palmas de Gran Canaria, desde el 2011 se amplió a la zona sur de la isla.

Por su parte, los **Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP)** son un recurso específico dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y persistentes que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial dirigidas a la mejora de la autonomía y funcionamiento, mantenimiento de éstas e integración social en la comunidad en las mejores condiciones de normalización, independencia y calidad de vida.

También existen en ambas islas capitalinas sendos **Equipos de apoyo al empleo** para estos pacientes con TMG.

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE GRAN CANARIA	
CDRPS	1 Telde
	2 Vecindario
	3 Maspalomas
	4 Mancomunidad del Norte GC
	5 Casa del Mar - Las Palmas de GC
	6 San Francisco 1- Las Palmas de GC
	7 San Francisco 2 - Las Palmas de GC
	8 Teror
	9 Doña Genoveva Díaz Moreno - AFAES - Las Palmas de GC
	10 El Pino - Las Palmas de GC
Programa de empleo	Sí
Nº de plazas en viviendas supervisadas (Pisos)	156 plazas
Miniresidencia	1 Miniresidencia San Juan de Dios 1 - Las Palmas de GC
	2 Miniresidencia San Lorenzo 1 - Telde
	3 Miniresidencia San Lorenzo 2 - Telde
	4 Miniresidencia El Pino 1 - Las Palmas de GC
	5 Miniresidencia El Pino 2 - Las Palmas de GC
Equipo Móvil Comunitario	ETAC

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE TENERIFE	
CDRPS	1 Camino del Hierro - S/C de Tenerife
	2 La Laguna
	3 Puerto de la Cruz
	4 Icod de los Vinos
	5 Arona
	6 Guía de Isora
	7 La Salud Bajo - S/C de Tenerife
Programa de empleo	Sí
Nº de plazas en viviendas supervisadas (Pisos)	163
Nº de plazas supervisadas en Atención a domicilio	120
Miniresidencia	Miniresidencia "Las Vistas" - S/C de Tenerife
	Miniresidencia "Raquel Arozena" - S/C de Tenerife
	Miniresidencia "El Nogal" - Guamasa
	Miniresidencia "El Pastor" - Granadilla
	Miniresidencia "La Adelfas" - Puerto de la Cruz
Equipo Móvil Comunitario	ECA

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA PALMA	
CDRPS	1 CRPS Villa Flora - S/C de la Palma
	2 CRPS Pedregales - Los Llanos de Aridane
Programa de empleo	Sí
Nº plazas en Viviendas Supervisadas (pisos)	6
Nº plazas supervisadas en atención a domicilio	20
Miniresidencia	Miniresidencia "Villa Flora" - Breña Baja

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA GOMERA	
CDRPS	CRPS de la Gomera

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LANZAROTE	
CDRPS	1 El Cribo - Arrecife
	2 Dr. Julio Santiago Obeso -
Programa de empleo	Sí
Nº de plazas en viviendas supervisadas (Pisos)	8
Nº de plazas supervisadas en Pensiones	11
Miniresidencia	1 Dr. Julio Santiago Obeso - Tahíche

DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE FUERTEVENTURA	
CDRPS	1 Gran Tarajal
	2 Puerto del Rosario
Programa de Empleo	Sí
Nº de plazas en Viviendas supervisadas (Pisos)	3
Nº de plazas supervisadas en Pensiones	2

5.2.2. La atención a la discapacidad: El PAD y La Ley de Dependencia

5.2.2.1. El programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias

El Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias en el Sector de Salud Mental (PAD) se desarrolló en el período 2005 – 2010. Tras su conclusión, se ha dado continuidad a la atención a la discapacidad mediante Convenios entre los respectivos Cabildos insulares, la Consejería de Sanidad y la Consejería de Cultura, Deporte, Políticas Sociales y Vivienda. El PAD tuvo los objetivos que se exponen a continuación.

- **Objetivos generales:**

- Establecer las orientaciones estratégicas y medidas de actuación a desarrollar de manera específica en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad.
- Alcanzar una atención de calidad y económicamente efectiva, que esté centrada en la persona con discapacidad y que persiga prioritariamente la permanencia en su domicilio y su entorno habitual.
- Proponer fórmulas de acceso a los distintos servicios y recursos ágiles, acorde con las necesidades de los usuarios y que garanticen el principio de oportunidad e igualdad de todos los ciudadanos.

- **Objetivos específicos:**

- Adecuar las instalaciones existentes dedicadas a la atención de personas con discapacidad a las actuales demandas del sector, tanto en lo que se refiere a edificaciones, instalaciones y dotaciones como en la cartera de servicios.
- Homogeneizar los recursos institucionales de atención social y socio-sanitaria a nivel insular, en el área de la discapacidad.
- Llevar a cabo la creación de plazas nuevas, de acuerdo con los criterios de planificación conocidos y acordados además de las posibilidades presupuestarias de las Administraciones intervinientes. En el sector de salud mental la planificación de los recursos socio-sanitarios en este ámbito se realizarán en el marco de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial Acción Comunitaria (CIRPAC).
- Diversificación de los recursos, servicios y prestaciones.
- Garantizar la continuidad y fluidez de la atención desde los sistemas sanitarios y sociales.
- Diversificación de los recursos, servicios y prestaciones.
- Establecer las bases para la creación de una organización de coordinación entre las distintas administraciones (autonómica, insular, municipal) y sistemas (social y sanitario) que garantice la atención socio-sanitaria.

5.2.2.2. La Ley de Dependencia

La Ley de dependencia ha supuesto un desafío para los responsables de salud mental de nuestro país. Dado que en sí misma no es específica para los trastornos mentales, sino para las patologías consideradas de un modo global, ha sido necesaria la puesta en marcha de acciones coordinadas para que su implantación no suponga un perjuicio a los pacientes con trastornos mentales, respecto a lo realizado a través del Programa de Atención a la Discapacidad (PAD) que se venía desarrollando en Canarias. A este aspecto se han unido los factores de la complejidad intrínseca y

necesidad de coordinación entre distintas Administraciones públicas con competencias en materia de sanidad y bienestar social. Una de las misiones de esta Ley era otorgar un sistema estable de provisión de recursos que faciliten la autonomía. Sin embargo, se ha promovido lo que en la Ley figura como excepcional: las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar.

A continuación se exponen con detalle las propuestas que se han realizado en nuestra Comunidad, respecto a los déficits que presenta esta Ley, para subsanarlos:

- 1. Garantizar a las personas con discapacidad el acceso a las prestaciones y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.**
 - El baremo de la Ley de Dependencia no valora adecuadamente a las personas con discapacidad por enfermedad mental. La valoración del nivel de dependencia y el baremo que deriva de ellas, deben ser revisadas en lo que respecta a las personas con TMG, de manera que sean sensibles a las características propias de estos trastornos mentales y las consecuencias de padecerlos. Para la valoración se debería contar con informe del equipo de salud mental e indicación de recurso o prestación para el Programa Individual de Atención (PIA).
 - La definición de Dependencia se ajusta mal y de un modo problemático a las necesidades psicosociales de las personas con TMG (plurales, cambiantes, individualizadas, etc.). La valoración de dependencia se centra sobre todo en las dificultades para el desempeño de actividades básicas de la vida diaria (comer, beber, deambular, asearse, etc.) y en las necesidades de apoyo intermitente o continuado para el desarrollo de dichas actividades de cuidado personal. Gran parte de las personas con enfermedad mental van a presentar distintas dificultades de funcionamiento psicosocial pero éstas no se van a expresar en graves problemas para que desarrollen con autonomía las actividades básicas de cuidado personal, por lo que un porcentaje importante no va a ser reconocido como dependiente, especialmente en lo que a los grados más graves respecta. En su caso podrán optar al grado I de Dependencia Moderada, o en la mayoría de los casos, aparecer sin grado.
 - Resulta preocupante la situación de aquellas personas que no han obtenido un grado de dependencia (sin grado) y deben seguir acogidas en las plazas que actualmente ocupan, puesto que presentan una diversidad funcional importante que requiere de recuperación / rehabilitación.
 - La coordinación de los dos ámbitos de actuación (la atención sanitaria y la social) constituyen la base de la valoración y de la objetivación en el Programa Individual de Atención (PIA). Una misma persona no debe tener dos PIA.
 - El acceso a las prestaciones de Dependencia debe asegurarse desde la derivación de las Unidades de Salud Mental Comunitaria, para garantizar la continuidad de atención y distribuir los recursos de una manera justa, eficiente y adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad por enfermedad mental.
- 2. Desarrollar formas de asistencia y apoyo para las familias que incluyen personas con discapacidad entre sus miembros.**
 - Desarrollar atención domiciliaria de forma coordinada entre servicios sociales, servicios sanitarios especializados y atención primaria.
 - Contar con plazas residenciales de “respiro familiar” para estancias cortas o con apoyo domiciliario cuando sea necesario para la familia (ausencias por hospitalización, etc.).
 - Implementar programas psicoeducativos para familiares.

- 3. Acceso al mercado laboral. Evolución adecuada del empleo protegido hacia el empleo en el sistema ordinario de trabajo.**
 - Disminuir barreras para la incorporación laboral de las personas con TMG.
 - Asegurar que las empresas cumplen la legislación en materia de contratación de personas con discapacidad.
 - Informes de capacidades que sean útiles para promover el acceso al empleo ordinario.
 - Adaptación al puesto de trabajo, teniendo en cuenta que las barreras para este colectivo no son las mismas que para otros colectivos con discapacidad (horarios, turnicidad, roles internos en la empresa, estrés, etc).
 - Potenciar la utilización de las nuevas tecnologías y la formación en ese campo.
 - Asegurar el seguimiento y apoyo de larga duración a los trabajadores en las empresas por parte de preparadores laborales, para asegurar mantener el puesto de trabajo.
- 4. Acceso a la vivienda.**
 - Facilitar acceso a viviendas públicas sin necesidad de tutela.
 - Contar con recursos alojativos transitorios y de baja exigencia para personas con TMG en situación "sin hogar".
- 5. Acceso al sistema educativo.**
 - Contar con servicios de asistencia personal que presten apoyo para la integración en entornos educativos.
 - Intervenciones para reducir el estigma en centros educativos.
- 6. Igualdad.**
 - Fomentar la participación apoyando a las asociaciones de usuarios.
 - Contar con prestaciones económicas que garanticen un modo de vida digno.
 - Asegurar que se cumplen los derechos recogidos en la Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad.
 - Tener en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad por enfermedad mental en los planes y estrategias contra la exclusión social y la pobreza.
 - Asegurar la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta la elevada morbilidad por enfermedades físicas y la menor esperanza de vida de las personas con TMG.
- 7. Participación.**
 - Formación para las personas con discapacidad en autocuidados y ayuda mutua.
 - Intervenciones para reducir el estigma en grupos clave (sanidad, educación servicios sociales, fuerzas orden público, etc.).
- 8. Atención a personas de edad avanzada con TMG.**
 - Asegurar la continuidad asistencial y asistencia en residencias o centros de día de mayores a aquellas personas de edad avanzada y diagnosticados de TMG, que lo precisen.

5.3. RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS USMC CANARIAS - 2016								
	Psiq.	Psicól.	DUE	Aux. Enfer	Aux. Adm.	T. Social	Celad.	Total
Tenerife	29	22	16	10	10 (1**)	5	0	92
Gran Canaria	30	29	23	16	12	8	1	119
Fuerteventura	3	4	5	2	2	2	0	18
Lanzarote	3	8	3	2	3	2	2	23
La Palma	4	5	2**	3	0	1	0	15
La Gomera	1	2 (1*)	1	1	0	1	0	5
El Hierro	1	1	0	0	0	1	0	3
TOTAL	71	70	50	34	27	20	3	275

Incluye los profesionales dedicados a la atención infanto-juvenil.
 (*) 1 a tiempo parcial (**) Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM TENERIFE 2016					
USM	PSQ	PSC	DUE	A.E	TS
Arona	4 (2**)	2	2	1	1*
Adeje	2	1	1	1	
Ofra	2 (1**)	3	2	2	1
S/C Salamanca	5	3	2	2	1
La Laguna	2	2	2	2	1*
Tacoronte	1	1	1	0	
Icod	1	1	1	0	1*
Puerto de la Cruz	3	2	2	2	
S/C- La Laguna	4	4	1	0	0
TOTAL	25	18	14	10	5

* Compartido, ** A tiempo parcial

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM-IJ TENERIFE 2016						
	PSQ	PSC	DUE	A.E	TS	Logopeda
USM Infanto Juvenil Tenerife (CHUC)	2	2	0	0	0	0
USM Infanto Juvenil Arona- Adeje	1	1	1	0	1*	0
USM Infanto Juvenil Orotava	1	1	1	0	1*	1**
TOTAL	4	4	2	0	2	1

* Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos
 ** A tiempo parcial

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM GRAN CANARIA 2016						
U.S.M	PSQ		PSC	DUE	A.E.	T.S
Puerto	3	1*	4	3	2	1
C. Alta	3		3	3	2	1
Canalejas	3	1*	3	3	2	1
Bañaderos	3		3	3	2	1
Telde	4		4	3	2	1
Vecindario	7		5	4	2	1
Triana	2	1*	4	2	2	1
Lasso	2		3	2	2	1
TOTAL	30		29	23	16	8

* Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM LANZAROTE 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
Valterra	2	7	2	2	2
TOTAL	2	7	2	2	2

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM-IJ LANZAROTE 2016					
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
USM Infanto Juvenil Lanzarote	1	1	1	0	1*

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM FUERTEVENTURA 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
Puerto del Rosario	1	2	3	1	1*
Gran Tarajal	1	1	1	1	1
TOTAL	2	3	4	2	2

* Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM-IJ FUERTEVENTURA 2016					
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
USM Infanto Juvenil Fuerteventura	1	1	1	0	1*

*Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos

RELACION DE PROFESIONALES POR USM LA PALMA 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E	TS
S/C de la Palma	2	2	1	1	1*
Los Llanos de Aridane	1	2	1	1	
TOTAL	3	4	2	2	1

* Compartido

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM - IJ LA PALMA 2016					
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
USM Infanto Juvenil La Palma	1	1	1*	1	0

* Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM. LA GOMERA 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
San Sebastián de la Gomera	1	2(1**)	1	1	1
TOTAL	1	2	1	1	1

** A tiempo parcial

RELACIÓN DE PROFESIONALES POR USM EL HIERRO 2016					
U.S.M	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S
Valverde	1	1	0	0	1
TOTAL	1	1	0	0	1

En las siguientes tablas solo se muestran los profesionales que atienden a población infanto-juvenil.

RED DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN USMC 2016							
	PSQ	PSC	DUE	A.E.	T.S.	Log.	Total
Gran Canaria	5	8	0	0	0	0	13
Tenerife	6	4	0	0	2*	1**	10
Lanzarote	1	1	1	0	1*	0	3
Fuerteventura	1	1	1	0	1*	0	3
La Palma	1	1	0	1	0	0	2
El Hierro	1*	1*	0	0	0	0	2
La Gomera	1*	1/2*	0	0	0	0	1 y 1/2
TOTAL	16	16 y 1/2	2	1	4*	1**	40 y 1/2

*Profesional a tiempo parcial compartido con la USMC de adultos ** Profesional a tiempo parcial

RECURSOS HUMANOS DE LAS UIB + UFIE DE CANARIAS 2016								
	Psiqu.	Psicól.	DUEs	T. Social	Aux. Enferm.	Aux. Admin.	Cel.	Ter. Ocup.
Tenerife	15	6(2*)	36(1**)	2(1*,1**)	41	3(2*)	0	1
La Palma	2	1	6	0	5	0	0	0
Gran Canaria	17	6(1*,1**)	34(4**)	1	42	3(1**)	12	2
Lanzarote	3(1*)	0	7	1*	5	0	5	1*
Fuerteventura	2	1	11	1*	7	0	5	0

* Compartido, ** Media jornada

RECURSOS HUMANOS - UME Y UCYR 2016										
	PSQ	PSC	DUE	T. social	Aux. Enf.	Aux. Adm.	Adm.	Cel.	Mon.	T.O.
UME y UCYR Tenerife	7	2	20	3	52	2	0	0	2	0
UCYR Gran Canaria	3	3(1**)	21	2	40	1	1*	4	5	0
UME Gran Canaria	3	1	9	1	13	1	0	1	0	1

* Compartido, ** Media jornada T.O.: Terapeutas Ocupacionales

PERSONAL DEL SCS - DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL 2016									
	Psiqu.	Psicol.	DUEs	T. Social	Aux. Enf	Aux. Adm	Cel.	Monitor	T.O.
Tenerife	3(1*)	8	12	5	5	0	0	3	1
La Palma	0	2*	2	0	2	0	0	0	0
La Gomera	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Hierro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gran Canaria	5	6	21	5	2	2	0	7***	0
Lanzarote	1*	1*	0	0	0	0	0	0	0
Fuerteventura	0	1	1**	0	0	0	0	0	0

*A tiempo parcial **Compartido. ***Monitores: Casa Marino (4), Gáldar (1), PAE (2)

5.4. RECURSOS ECONÓMICOS

5.4.1. Costes de personal, funcionamiento, intermedios y estructurales

CHUC - 2015	UIB	USA	URA	USMC
Personal	3.786.181,76	1.904.519,00	4.096.463,08	1.423.420,74
Func. capítulo II	97.341,79	102.570,28	111.556,21	36.168,48
Func. resto	---	---	---	445,32
Costes intermedios	522.834,02	145.849,56	43.490,12	271.546,80
Costes estructurales	136.990,75	14.295,42	14.409,06	213.440,15
Total	4.543.348,32	2.167.234,26	4.265.918,47	1.945.021,49
Total	12.921.522,54			

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS

* Func.: funcionamiento

HUNSC - 2015	UIB	USMC	HD IJ
Personal	3.216.110,22	3.971.667,60	668.780,75
Func. capítulo II	1.111,83	25.265,44	94.595,21
Func. resto	---	375,56	196,06
Costes intermedios	110.928,63	31.046,32	6.368,69
Costes estructurales	964.830,53	1.223.851,3	189.750,05
Total	4.292.981,21	5.252.206,22	959.690,76
Total	10.504.878,19		

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS

* Func.: funcionamiento

CHUIMI - 2015	UIB	UME	UCYR	USMC	HD IJ
Personal		4.941.994,26		3.933.704,38	729.038,76
Func. capítulo II		315.153,16		138.674,32	60.495,79
Func. resto		---		2.299,11	1063,17
Costes intermedios		945.297,05		48.826,71	119.305,17
Costes estructurales		131.315,58		210.465,20	48.301,83
Total		6.333.760,05		4.333.969,72	958.204,72
Total		11.625.934,49			

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS
* Func.: funcionamiento

HUGCDN - 2015	UIB	UME	UCYR	USMC
Personal	2.543.204,34	1.287.083,10	4.280.937,55	2.930.056,27
Func. capítulo II	252.753,77	95.812,41	609.139,36	25.301,37
Func. resto	1.806,63	---	1.563,47	592,23
Costes intermedios	469.652,44	22.283,71	83.111,36	60.543,84
Costes estructurales	234.921,40	57.714,56	202.556,33	108.139,80
Total	3.502.338,58	1.462.893,78	5.177.308,07	3.124.633,51
Total	13.267.173,94			

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS
* Func.: funcionamiento

ISLAS NO CAP. - 2015	LANZAROTE	FUERTEVENTURA	LA PALMA	LA GOMERA	EL HIERRO
Personal	2.547.271,88	2.506.332,56	2.192.542,55	261.412,84	187.487,51
Func. capítulo II	19.883,42	77.869,89	12.988,15	11.189,04	1.390,62
Func. resto	2.897,33	375,55	---	---	306,94
Costes intermedios	364.070,14	536.770,78	788.446,08	40.838,44	20.787,00
Costes estructurales	213.038,07	367.748,74	234.576,96	55.620,27	43.616,09
Total	3.147.160,84	3.489.097,52	3.228.553,74	369.060,59	253.588,16
Total	10.487.460,85				

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS
* Func.: funcionamiento

TOTAL CANARIAS	
Costes de personal, funcionamiento, intermedios y estructurales	58.806.970,01

Fuente: Sistema de información Cantonera - SCS

5.4.2. Gasto farmacéutico

ANTIPSICÓTICOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	300.611,85	-14,80 %	11.855.819,56	-0,32 %
Tenerife Sur	588.665,72	23,71 %		
Gran Canaria Norte	617.423,97	1,22 %	11.640.435,67	0,24 %
Gran Canaria Sur	518.517,50	-8,84 %		
Lanzarote	93.900,90	81,08 %	960.417,81	-1,55 %
Fuerteventura	67.057,11	10,84 %	536.146,46	1,02 %
La Palma	157.087,61	23,30 %	1.616.733,74	-5,42 %
La Gomera	19.839,76	1,95 %	212.301,96	3,97 %
El Hierro	2.374,81	-41,42 %	57.033,58	-13,63 %
Total	2.365.479,23	---	26.878.888,78	---
Total AE + AP	29.244.368,01			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

ANTIDEPRESIVOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	102.660,99	8,79 %	7.494.667,74	-11,33 %
Tenerife Sur	87.072,19	15,40 %		
Gran Canaria Norte	76.118,70	-13,28 %	8.190.119,45	-6,93 %
Gran Canaria Sur	81.971,94	3,93 %		
Lanzarote	18.096,21	149,66 %	493.660,67	-9,87 %
Fuerteventura	17.512,61	0,40 %	358.916,47	-8,24 %
La Palma	31.928,96	0,31 %	1.178.514,72	-14,96 %
La Gomera	8.616,98	51,75 %	126.042,46	-14,57 %
El Hierro	2.484,45	3,90 %	53.761,49	-12,43 %
Total	426.463,03	---	17.895.683	---
Total AE + AP	18.322.146,03			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

ANSIOLÍTICOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	11.187,63	14,26 %	1.687.837,64	-1,88 %
Tenerife Sur	9.667,85	7,81 %		
Gran Canaria Norte	10.544,25	8,19 %	1.880.975,16	-2,21 %
Gran Canaria Sur	10.512,96	-6,68 %		
Lanzarote	3.797,93	66,87 %	121.867,71	3,69 %
Fuerteventura	2.380,04	37,73 %	91.249,71	0,15 %
La Palma	2.573,57	28,25 %	183.228,97	-3,39 %
La Gomera	821,61	70,80 %	27.979,39	-2,57 %
El Hierro	864,33	54,00 %	16.844,25	-1,41 %
Total	52.350,17	---	4.009.982,83	---
Total AE + AP	4.062.333			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

HIPNÓTICOS (2015)	ATENCIÓN ESPECIALIZADA		ATENCIÓN PRIMARIA	
	GASTO (€)	VAR. 2015/2014	GASTO (€)	VAR. 2015/2014
Tenerife Norte	7.716,06	58,27 %	753.486,77	1,94 %
Tenerife Sur	5.288,57	26,71 %		
Gran Canaria Norte	7.946,10	18,98 %	988.312,46	0,68 %
Gran Canaria Sur	10.129,68	36,14 %		
Lanzarote	989,95	53,40 %	60.387,02	3,55 %
Fuerteventura	1.035,34	43,00 %	41.464,46	5,80 %
La Palma	1.038,79	20,02 %	67.748,22	-4,15 %
La Gomera	359,63	52,67 %	12.557,92	7,67 %
El Hierro	246,45	38,42 %	8.079,17	17,28 %
Total	34.750,57	---	1.932.036,02	---
Total AE + AP	1.966.786,59			

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

GASTO (2015)	GASTO TOTAL (€)
Antipsicóticos	29.244.368,01
Antidepresivos	18.322.146,03
Ansiolíticos	4.062.333
Hipnóticos	1.966.786,59
Total	53.595.633,63

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA

GASTO - CONCEPTO	CANARIAS - 2015
Costes de personal, funcionamiento, intermedios y estructurales	58.806.970,01
Gasto farmacéutico	53.595.633,63
Total	112.402.603,64

Fuentes: FarmaCanarias y Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, de la DGPPAA. Sistema de información Cantonera - SCS

06 Actividad asistencial

6.1. ACTIVIDAD DE LA RED DE RECURSOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL. INDICADORES

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Canarias. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	19.916	20.039	18.993	17.460	16.721
Sucesivas Consultas	336.670	352.939	341.414	330.473	330.155
Total Consultas	356.586	372.978	360.407	347.933	346.876
Sucesivas / 1ª Consulta	16,90	17,61	17,98	18,93	19,74
Pacientes Atendidos	52.330	54.846	56.325	55.073	55.867
Tasa de Incidencia	10	10	9	8	8
Tasa de Prevalencia	20	21	23	23	23
Tasa de Frecuentación	152	157	154	149	147

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Canarias ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (19.916 vs. 16.721 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (336.670 vs. 330.155 respectivamente). El ascenso de consultas totales, 1^{as} y sucesivas solo se produjo entre el 2012 y 2013.

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Tenerife. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	10.331	10.337	9.154	8.312	7.540
Sucesivas Consultas	122.134	133.338	128.893	124.881	123.910
Total Consultas	132.465	143.675	138.047	133.193	131.450
Sucesivas / 1ª Consulta	11,82	12,90	14,08	15,02	16,43
Pacientes Atendidos	23.140	24.826	25.108	24.250	24.287
Tasa de Incidencia	12	12	10	9	8
Tasa de Prevalencia	19	22	23	23	24
Tasa de Frecuentación	130	138	132	127	124

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Tenerife ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un ligero descenso de las consultas totales (132.465 vs. 131.450 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido considerablemente (10.331 vs. 7.540 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas aumentó ligeramente (122.134 vs. 123.910 respectivamente).

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Gran Canaria. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	5.623	5.794	5.713	5.144	5.353
Sucesivas Consultas	150.458	152.442	147.355	139.164	141.629
Total Consultas	156.081	158.236	153.068	144.308	146.982
Sucesivas / 1ª Consulta	26,76	26,31	25,79	27,05	26,46
Pacientes Atendidos	18.971	19.705	20.194	19.521	20.174
Tasa de Incidencia	7	7	7	6	6
Tasa de Prevalencia	19	20	21	21	21
Tasa de Frecuentación	162	164	162	155	156

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Gran Canaria ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un descenso de las consultas totales (156.081 vs. 146.982 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (5.623 vs. 5.353 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (150.458 vs. 141.629 respectivamente).

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. La Palma. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	1.001	996	955	959	873
Sucesivas Consultas	15.197	15.471	15.128	14.958	15.131
Total Consultas	16.198	16.467	16.083	15.917	16.004
Sucesivas / 1ª Consulta	15,18	15,53	15,84	15,60	17,33
Pacientes Atendidos	2.955	3.074	3.202	3.170	3.023
Tasa de Incidencia	13	13	12	13	11
Tasa de Prevalencia	31	33	34	35	34
Tasa de Frecuentación	191	193	193	191	189

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de La Palma ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un ligero descenso de las consultas totales (16.198 vs. 16.004 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1^{as} consultas disminuyó (1.001 vs. 873 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (15.197 vs. 15.131 respectivamente), en este caso, de forma ligera.

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Lanzarote. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	1.614	1.386	1.583	1.529	1.428
Sucesivas Consultas	26.386	25.996	25.100	27.683	26.797
Total Consultas	28.000	27.382	26.683	29.212	28.225
Sucesivas / 1ª Consulta	16,35	18,76	15,86	18,11	18,77
Pacientes Atendidos	3.543	3.540	3.800	4.036	4.198
Tasa de Incidencia	12	10	12	11	10
Tasa de Prevalencia	19	20	21	23	24
Tasa de Frecuentación	191	186	182	199	190

En el periodo de 2012 a 2016, el número de consultas de pacientes atendidos en las USMC de Lanzarote ha mostrado oscilaciones. Respecto a 2012, durante el 2016 se produjo un ligero aumento de las consultas totales (28.000 vs. 28.225 respectivamente). En esta misma comparativa, el nº de 1^{as} consultas disminuyó (1.614 vs. 1.428 respectivamente), mientras que aumentó el de las sucesivas (26.386 vs. 26.797 respectivamente).

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. Fuerteventura. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	975	1.082	1.122	1.072	1.096
Sucesivas Consultas	15.715	17.991	17.769	16.967	15.666
Total Consultas	16.690	19.073	18.891	18.039	16.762
Sucesivas / 1ª Consulta	16,12	16,63	15,84	15,83	14,29
Pacientes Atendidos	2.711	2.700	2.949	2.993	3.057
Tasa de Incidencia	10	11	11	11	10
Tasa de Prevalencia	24	23	23	23	23
Tasa de Frecuentación	160	178	180	171	151

El número de pacientes atendidos en las USMC de Fuerteventura ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 2.711 hasta 3.057). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado (975 vs. 1.096 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido mínimamente (15.715 vs. 15.666 respectivamente).

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. La Gomera. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	200	252	258	268	242
Sucesivas Consultas	4.245	5.049	4.863	4.791	5.052
Total Consultas	4.445	5.301	5.121	5.059	5.294
Sucesivas / 1ª Consulta	21,23	20,04	18,85	17,88	20,88
Pacientes Atendidos	682	669	735	748	735
Tasa de Incidencia	12	15	15	16	14
Tasa de Prevalencia	33	27	31	32	33
Tasa de Frecuentación	214	285	282	271	283

El número de pacientes atendidos en las USMC de La Gomera ha mostrado una tendencia ascendente entre el 2012 y el 2016. Asimismo, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado (200 vs. 242 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (4.245 vs. 5.052 respectivamente), con un aumento considerable.

Actividad asistencial. Unidades de Salud Mental. El Hierro. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	172	192	208	176	189
Sucesivas Consultas	2.535	2.652	2.036	2.029	1.970
Total Consultas	2.707	2.844	2.514	2.205	2.159
Sucesivas / 1ª Consulta	14,74	13,81	11,09	11,53	10,42
Pacientes Atendidos	438	455	473	455	495
Tasa de Incidencia	18	21	23	19	21
Tasa de Prevalencia	32	32	34	35	39
Tasa de Frecuentación	279	277	241	211	198

El número de pacientes atendidos en la USMC de El Hierro ha aumentado entre 2012 y 2016 (438 vs. 495 respectivamente). El número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado ligeramente (172 vs. 189 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido considerablemente (2.535 vs. 1.970 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Canarias. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	15.140	15.394	14.703	14.295	13.499
Sucesivas Consultas	293.317	307.112	299.170	297.209	299.308
Total Consultas	308.457	322.506	313.873	311.504	312.807
Sucesivas / 1ª Consulta	19,37	19,95	20,35	20,79	22,17
Pacientes Atendidos	42.560	44.632	46.081	46.658	47.372
Tasa de Incidencia	9	9	9	8	8
Tasa de Prevalencia	21	22	23	24	25
Tasa de Frecuentación	165	169	166	166	164

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Canarias ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016. Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (15.140 vs. 13.499 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado (293.317 vs. 299.308 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Tenerife. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	8.030	8.187	7.329	7.310	6.555
Sucesivas Consultas	106.440	116.301	113.407	116.710	119.071
Total Consultas	114.470	124.488	120.736	124.020	125.626
Sucesivas / 1ª Consulta	13,26	14,21	15,47	15,97	18,16
Pacientes Atendidos	18.827	20.291	20.726	21.398	21.607
Tasa de Incidencia	12	12	10	10	9
Tasa de Prevalencia	21	23	25	25	26
Tasa de Frecuentación	143	151	146	149	150

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Tenerife ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016. Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (8.030 vs. 6.555 respectivamente) mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado considerablemente (106.440 vs. 119.071 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Gran Canaria. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	4.120	4.269	4.219	3.759	3.759
Sucesivas Consultas	134.320	135.455	130.889	124.181	125.829
Total Consultas	138.440	139.714	135.108	127.940	129.588
Sucesivas / 1ª Consulta	32,60	31,73	31,02	33,04	33,47
Pacientes Atendidos	15.765	16.372	16.791	16.277	16.685
Tasa de Incidencia	6	6	6	5	5
Tasa de Prevalencia	20	21	22	22	22
Tasa de Frecuentación	176	177	175	167	167

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Gran Canaria ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016. Por su parte, el número de consultas ha mostrado una tendencia descendente. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (4.120 vs. 3.759 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (134.320 vs. 125.829 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. La Palma. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	750	756	742	723	634
Sucesivas Consultas	12.696	13.178	13.179	13.291	12.671
Total Consultas	13.446	13.934	13.921	14.014	13.305
Sucesivas / 1ª Consulta	16,93	17,43	17,76	18,38	19,99
Pacientes Atendidos	2.439	2.554	2.694	2.652	2.479
Tasa de Incidencia	12	12	12	11	10
Tasa de Prevalencia	32	34	36	37	35
Tasa de Frecuentación	195	197	200	202	188

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de La Palma ha mostrado oscilaciones entre 2012 y 2016. Su número es similar en 2016 respecto al 2012 (2.479 vs. 2.439). Por su parte, el número de consultas ha mostrado también oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (750 vs. 634 respectivamente); mientras que el de consultas sucesivas ha sido similar (12.696 vs. 12.671 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Lanzarote. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	1.208	986	1.150	1.047	1.019
Sucesivas Consultas	22.055	21.418	20.892	22.556	21.887
Total Consultas	23.263	22.404	22.042	23.603	22.906
Sucesivas / 1ª Consulta	18,26	21,72	18,17	21,54	21,48
Pacientes Atendidos	2.689	2.637	2.783	2.881	3.003
Tasa de Incidencia	12	9	10	9	9
Tasa de Prevalencia	18	20	20	21	22
Tasa de Frecuentación	204	194	191	204	194

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Lanzarote ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 2.689 hasta 3.003). Por su parte, el número de consultas ha tenido un descenso progresivo en este mismo periodo (desde 23.263 hasta 22.906). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (1.208 vs. 1.019 respectivamente), así como el de consultas sucesivas (22.055 vs. 21.887 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. Fuerteventura. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	736	831	889	837	847
Sucesivas Consultas	11.761	13.777	14.282	13.325	12.230
Total Consultas	12.497	14.608	15.171	14.162	13.077
Sucesivas / 1ª Consulta	15,98	16,58	16,07	15,92	14,44
Pacientes Atendidos	1.965	1.892	2.130	2.163	2.152
Tasa de Incidencia	10	11	12	11	10
Tasa de Prevalencia	22	20	20	21	21
Tasa de Frecuentación	153	172	186	170	147

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de Fuerteventura ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 1.965 hasta 2.152). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado (736 vs. 847 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (11.761 vs. 12.230 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. La Gomera. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	162	212	209	217	202
Sucesivas Consultas	3.652	4.542	4.437	4.404	4.625
Total Consultas	3.814	4.754	4.646	4.621	4.827
Sucesivas / 1ª Consulta	22,54	21,42	21,23	20,29	22,90
Pacientes Atendidos	592	592	653	665	652
Tasa de Incidencia	12	15	15	15	14
Tasa de Prevalencia	35	30	35	35	36
Tasa de Frecuentación	225	310	310	299	312

El número de pacientes adultos atendidos en las USMC de La Gomera ha mostrado un aumento entre el 2012 y el 2016. Por su parte, el número de consultas ha aumentado considerablemente (desde 3.814 hasta 4.827). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado (162 vs. 202 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (3.652 vs. 4.625 respectivamente).

Actividad asistencial. Adultos. Unidades de Salud Mental. El Hierro. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	134	152	151	139	152
Sucesivas Consultas	2.393	2.452	1.971	1.780	1.772
Total Consultas	2.527	2.604	2.122	1.919	1.924
Sucesivas / 1ª Consulta	17,86	16,13	13,05	12,81	11,66
Pacientes Atendidos	377	395	393	395	431
Tasa de Incidencia	17	20	20	18	20
Tasa de Prevalencia	35	36	36	38	42
Tasa de Frecuentación	316	308	249	222	213

El número de pacientes adultos atendidos en la USMC de El Hierro ha aumentado entre 2012 y 2016. Por su parte, el número de consultas ha descendido notablemente durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado (134 vs. 152 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido (2.393 vs. 1.772 respectivamente).

Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Canarias. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	4.778	4.656	4.574	4.024	4.028
Sucesivas Consultas	43.372	45.871	43.331	39.301	38.030
Total Consultas	48.150	50.527	47.905	43.325	42.058
Sucesivas / 1ª Consulta	9,08	9,85	9,47	9,77	9,44
Pacientes Atendidos	9.924	10.409	10.745	9.858	10.174
Tasa de Incidencia	12	12	12	10	10
Tasa de Prevalencia	17	18	20	19	20
Tasa de Frecuentación	102	108	103	93	92

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Canarias ha mostrado oscilaciones desde el año 2012 hasta el 2016, con un aumento en la comparación de estos dos años (9.924 vs. 10.174 respectivamente). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (4.778 vs. 4.028 respectivamente), al igual que el de consultas sucesivas (43.372 vs. 38.030 respectivamente).

Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Tenerife. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	2.301	2.149	2.102	2.069	2.000
Sucesivas Consultas	15.694	17.038	16.674	17.636	17.879
Total Consultas	17.995	19.187	18.776	19.705	19.879
Sucesivas / 1ª Consulta	6,82	7,93	7,93	8,52	8,94
Pacientes Atendidos	4.364	4.603	4.792	4.821	4.999
Tasa de Incidencia	13	12	12	11	11
Tasa de Prevalencia	15	18	20	20	23
Tasa de Frecuentación	83	87	85	90	89

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Tenerife ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (4.364 vs. 4.999). Por su parte, el número de consultas ha mostrado una tendencia ascendente durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha disminuido (2.301 vs. 2.000 respectivamente) mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado (15.694 vs. 17.879 respectivamente).

Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Gran Canaria. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	1.503	1.525	1.494	1.388	1.612
Sucesivas Consultas	16.138	16.997	16.477	15.003	15.882
Total Consultas	17.641	18.522	17.971	16.391	17.494
Sucesivas / 1ª Consulta	10,74	11,15	11,03	10,81	9,85
Pacientes Atendidos	3.258	3.397	3.447	3.299	3.581
Tasa de Incidencia	10	10	10	10	12
Tasa de Prevalencia	15	15	16	17	18
Tasa de Frecuentación	98	105	104	94	104

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Gran Canaria ha mostrado un ascenso desde el año 2012 hasta el 2016 (3.258 vs. 3.581). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado (1.503 vs. 1.612 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido (16.138 vs. 15.882 respectivamente).

Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. La Palma. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	227	232	204	230	239
Sucesivas Consultas	1.905	1.852	1.713	1.502	2.460
Total Consultas	2.132	2.084	1.917	1.750	2.699
Sucesivas / 1ª Consulta	8,39	7,98	8,40	6,61	10,29
Pacientes Atendidos	440	460	468	494	553
Tasa de Incidencia	17	18	16	19	20
Tasa de Prevalencia	20	22	24	26	30
Tasa de Frecuentación	133	141	137	124	194

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de La Palma ha aumentado progresivamente entre 2012 y 2016 (440 vs. 553). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado ligeramente (227 vs. 239 respectivamente), y el de consultas sucesivas ha aumentado notablemente (1.905 vs. 2.460 respectivamente).

Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Lanzarote. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	406	400	433	482	409
Sucesivas Consultas	4.331	4.578	4.208	5.127	4.910
Total Consultas	4.737	4.978	4.641	5.609	5.319
Sucesivas / 1ª Consulta	10,67	11,45	9,72	10,64	12,00
Pacientes Atendidos	872	928	1.035	1.173	1.219
Tasa de Incidencia	14	12	15	17	14
Tasa de Prevalencia	21	23	26	30	34
Tasa de Frecuentación	142	154	147	180	175

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Lanzarote ha mostrado un ascenso progresivo y notable desde el año 2012 hasta el 2016 (desde 872 hasta 1.219). Asimismo, el número de consultas ha tenido un aumento progresivo y notable en este mismo periodo (desde 4.737 hasta 5.319). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas se ha mantenido similar (406 vs. 409 respectivamente), mientras que el número de consultas sucesivas ha aumentado considerablemente (4.331 vs. 4.910 respectivamente).

Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. Fuerteventura. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	241	262	252	253	270
Sucesivas Consultas	3.973	4.259	3.557	3.716	3.520
Total Consultas	4.214	4.521	3.809	3.969	3.790
Sucesivas / 1ª Consulta	16,49	16,26	14,12	14,69	13,04
Pacientes Atendidos	769	837	855	878	958
Tasa de Incidencia	10	12	12	12	13
Tasa de Prevalencia	33	33	33	34	35
Tasa de Frecuentación	185	202	166	177	172

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de Fuerteventura ha mostrado un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el 2016 (de 769 hasta 958). Por su parte, el número de consultas ha tenido oscilaciones durante este mismo periodo. Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado (241 vs. 270 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido (3.973 vs. 3.520 respectivamente).

Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. La Gomera. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	38	40	49	51	40
Sucesivas Consultas	593	507	426	387	427
Total Consultas	631	547	475	438	467
Sucesivas / 1ª Consulta	15,61	12,68	8,69	7,59	10,68
Pacientes Atendidos	93	79	86	84	83
Tasa de Incidencia	13	14	18	19	15
Tasa de Prevalencia	25	17	17	18	20
Tasa de Frecuentación	160	159	140	126	130

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en las USMC de La Gomera ha mostrado oscilaciones entre el 2012 y el 2016. Por su parte, el número de consultas ha disminuido (desde 631 hasta 467). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas ha aumentado ligeramente (38 vs. 40 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha disminuido notablemente (593 vs. 427 respectivamente).

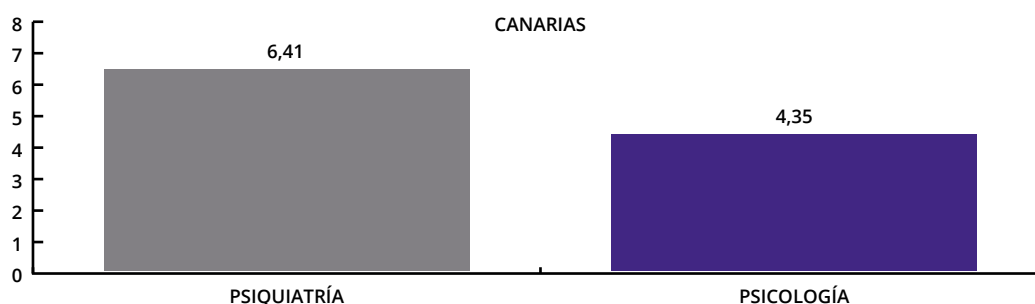
Actividad asistencial. Infanto-juvenil. Unidades de Salud Mental. El Hierro. Años 2012 - 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
1º Consulta	38	40	57	38	37
Sucesivas Consultas	142	200	335	278	198
Total Consultas	180	240	392	316	235
Sucesivas / 1ª Consulta	3,74	5,00	5,88	7,32	5,35
Pacientes Atendidos	61	61	80	63	65
Tasa de Incidencia	23	26	38	25	25
Tasa de Prevalencia	18	17	21	20	25
Tasa de Frecuentación	99	124	202	173	119

El número de pacientes infanto-juveniles atendidos en la USMC de El Hierro se ha mantenido similar entre 2012 y 2016. Por su parte, el número de consultas ha aumentado notablemente (de 180 hasta 235). Comparando el 2012 con el 2016, el nº de 1^{as} consultas se ha mantenido similar (38 vs. 37 respectivamente), mientras que el de consultas sucesivas ha aumentado notablemente (142 vs. 198 respectivamente).

Índice de consultas sucesivas / primeras consultas. Psiquiatría y Psicología. Canarias. Año 2016

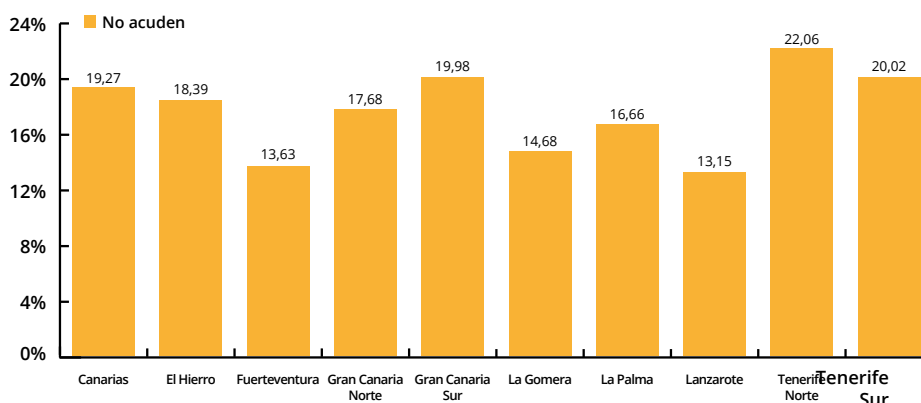
SUCESIVA / 1ª CONSULTA		
Año	Psiquiatría	Psicología
2016	6,41	4,35



Los índices de consultas sucesivas / 1^{as} consultas fueron de 6,41 para Psiquiatría y 4,35 para Psicología.

Nivel de asistencia a consulta por área - Canarias - Año 2016

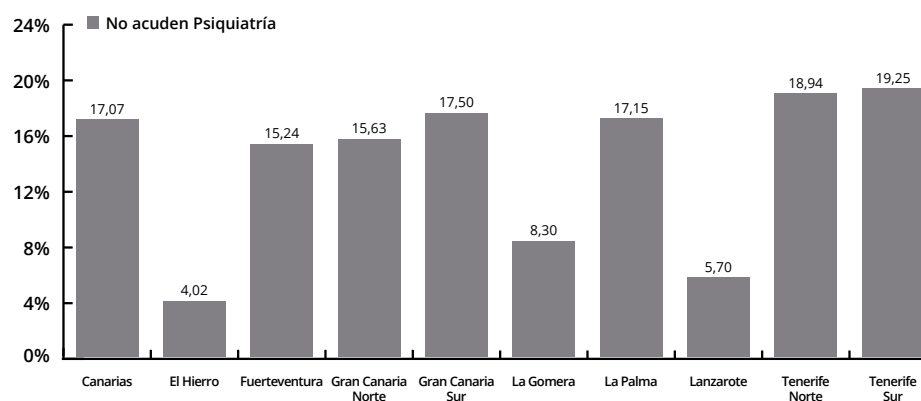
	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
NO ACUDEN	19,27%	18,39%	13,63%	17,68%	19,98%	14,68%	16,66%	13,15%	22,06%	20,02%
NO ACUDEN SUCESIVAS	15,94%	15,71%	11,53%	15,51%	17,29%	14,16%	14,57%	10,23%	17,00%	16,39%
NO ACUDEN 1ªCONSULTA	3,36%	2,68%	2,10%	2,17%	2,69%	0,52%	2,09%	2,91%	5,15%	3,64%



La inasistencia a consultas en Canarias en 2016 fue del 19,27%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 15,94%, y la de las 1^{as} consultas, del 3,36%. La mayor inasistencia se produjo en Tenerife (Norte y Sur: 22,06% y 20,02% respectivamente), y la menor, en Lanzarote (13,15%).

Nivel de asistencia a consulta por área - Psiquiatría - Año 2016

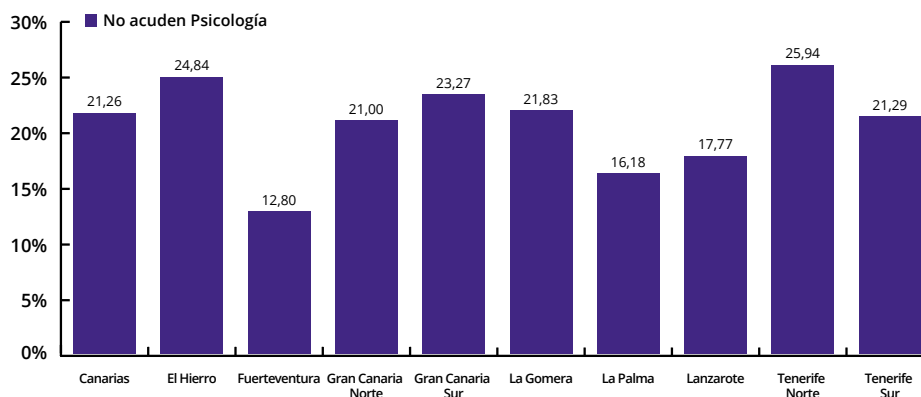
	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
NO ACUDEN	17,07%	4,02%	15,24%	15,63%	17,50%	8,30%	17,15%	5,70%	18,94%	19,25%
NO ACUDEN SUCESIVAS	2,18%	0,00%	0,33%	1,41%	2,17%	0,90%	0,05%	0,90%	3,91%	2,12%
NO ACUDEN 1ªCONSULTA	14,89%	4,02%	14,92%	14,22%	15,33%	7,40%	17,10%	4,80%	15,08%	17,13%



La inasistencia a consultas de Psiquiatría en Canarias en 2016 fue del 17,07%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 2,18%, y la de las 1^{as} consultas, del 14,89%. La mayor tasa de inasistencia a las consultas de psiquiatría se produjo en Tenerife (Sur y Norte: 19,25% y 18,94% respectivamente) y la menor en El Hierro (4,02%). La mayor tasa de inasistencia de consultas sucesivas se produjo en Tenerife Sur (17,13%) y la mayor de 1^{as} consultas, en Tenerife Norte (3,91%).

Nivel de asistencia a consulta por área - Psicología - Año 2016

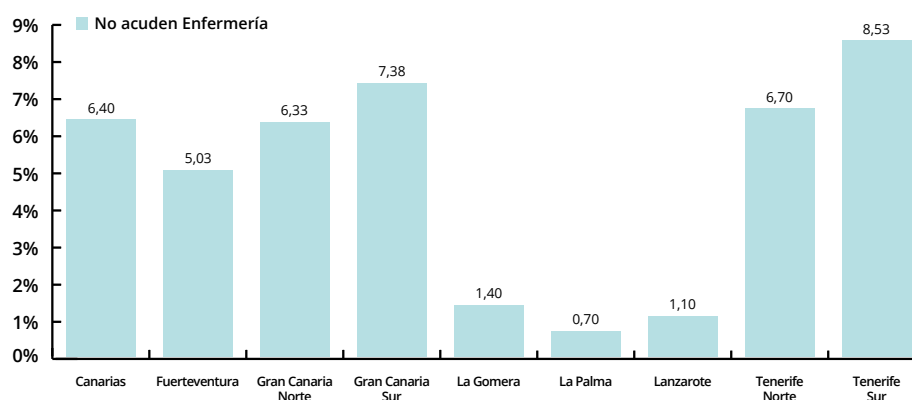
	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
NO ACUDEN	21,60%	24,84%	12,80%	21,00%	23,27%	21,83%	16,18%	17,77%	25,94%	21,29%
NO ACUDEN SUCESIVAS	4,69%	3,89%	3,01%	3,41%	3,38%	0,10%	4,07%	4,16%	6,71%	6,12%
NO ACUDEN 1ªCONSULTA	16,95%	20,96%	9,79%	17,59%	19,89%	21,73%	12,11%	13,60%	19,39%	15,18%



La inasistencia a consultas de Psicología en Canarias en 2016 fue del 21,6%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 16,95%, y la de las 1^{as} consultas, del 4,96%. La mayor tasa de inasistencia a consultas de psicología se produjo en Tenerife Norte y El Hierro (25,94% y 24,84% respectivamente) y la menor, en Fuerteventura (12,8%). La mayor tasa de inasistencia de consultas sucesivas se produjo en La Gomera (21,73%) y la de 1^{as} consultas, en Tenerife (Norte y Sur: 6,71% y 6,12% respectivamente).

Nivel de asistencia a consulta por área - Enfermería - Año 2016

	CANARIAS	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
NO ACUDEN	6,40%	5,03%	6,33%	7,38%	1,40%	0,70%	1,10%	6,70%	8,53%
NO ACUDEN SUCESIVAS	0,06%	0,28%	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	0,07%	0,11%	0,02%
NO ACUDEN 1ªCONSULTA	6,33%	4,75%	6,30%	7,31%	1,40%	0,70%	1,03%	6,59%	8,51%



La inasistencia a consultas de Enfermería en Canarias en 2016 fue del 6,4%. La inasistencia a las consultas sucesivas fue del 6,33%, y la de las 1^{as} consultas, del 0,06%. La mayor tasa de inasistencia a consultas de enfermería se produjo en Tenerife Sur (8,53%) y la menor, en La Palma (0,7%). La mayor tasa de inasistencia de consultas sucesivas se produjo en Tenerife Sur (8,51%) y la de 1^{as} consultas, en Fuerteventura (0,28%).

Nº de consultas con asistencia por grupo diagnóstico. Psiquiatría. Canarias. Año 2016

DIAGNÓSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	SUMA TOTAL
F0	180	214	213	235	233	242	213	190	180	209	208	168	2.485
F1	149	184	236	179	193	212	186	168	181	154	193	161	2.196
F2	1.897	2.326	2.462	2.300	2.314	2.595	2.248	1.981	2.096	2.148	2.274	1.899	26.540
F3	2.045	2.471	2.618	2.550	2.535	2.715	2.421	2.118	2.375	2.273	2.503	2.016	28.640
F4	1.445	1.651	1.833	1.804	1.699	2.055	1.681	1.599	1.564	1.556	1.778	1.419	20.084
F5	57	59	78	68	75	83	63	67	65	59	69	61	804
F6	378	470	569	499	468	540	437	425	428	434	499	370	5.517
F7	214	300	297	311	301	329	261	227	311	271	285	231	3.338
F8	195	284	296	304	270	345	294	257	306	308	327	280	3.466
F9	529	659	625	753	526	652	632	534	658	676	674	568	7.486
F99	8	8	8	6	3	2	6	4	4	8	3	4	64
Z6	38	45	39	39	41	50	34	46	36	41	42	38	489
Z5	4	9	3	4	8	6	2	6	6	3	2	4	57
Z9	14	24	25	29	19	38	27	30	18	14	18	20	276
Z0	25	14	14	20	17	23	24	17	18	31	25	9	237
Sin Diag.	233	329	343	375	387	455	342	321	320	378	393	275	4.151
Total	7.411	9.047	9.659	9.476	9.089	10.342	8.871	7.990	8.566	8.563	9.293	7.523	105.830

En las consultas de Psiquiatría en Canarias durante el 2016, los grupos diagnósticos mayoritarios fueron el F3 (28.640 consultas), F2 (26.540 consultas) y F4 (20.084 consultas).

Nº de consultas con asistencia por grupo diagnóstico. Psicología. Canarias. Año 2016

DIAGNÓSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	SUMA TOTAL
F0	23	32	23	25	35	38	31	35	25	34	31	17	349
F1	45	55	73	54	50	54	60	53	40	51	43	53	631
F2	220	292	252	289	251	294	271	217	245	254	331	215	3.131
F3	969	1.204	1.326	1.333	1.187	1.261	1.142	1.023	1.047	1.096	1.284	897	13.769
F4	2.362	3.043	3.022	3.372	2.914	3.120	2.797	2.478	2.636	2.758	3.343	2.364	34.209
F5	85	98	113	137	129	122	115	83	93	119	144	85	1.323
F6	323	415	393	431	368	409	399	310	370	354	412	309	4.493
F7	50	69	70	61	49	54	44	42	48	48	61	38	634
F8	184	236	213	245	273	315	271	222	260	298	248	232	2.997
F9	554	693	668	760	746	762	663	520	628	754	648	565	7.961
F99		2	3	3	4	1	1	1		2	1	2	20
Z6	103	164	165	190	148	183	153	106	186	157	165	108	1.828
Z5	12	18	15	28	25	14	19	8	25	23	20	15	222
Z9	12	29	29	29	31	37	29	28	23	26	20	17	310
Z0	21	26	36	47	37	24	20	20	30	32	24	26	343
Sin Diag.	378	529	509	520	432	465	455	342	366	442	449	363	5.250
Total	5.341	6.905	6.910	7.524	6.679	7.153	6.470	5.488	6.022	6.448	7.224	5.306	77.470

En las consultas de Psicología en Canarias durante el 2016, los grupos diagnósticos mayoritarios fueron el F4 (34.209 consultas), F3 (13.769 consultas) y a mayor distancia, el F9 (7.961 consultas).

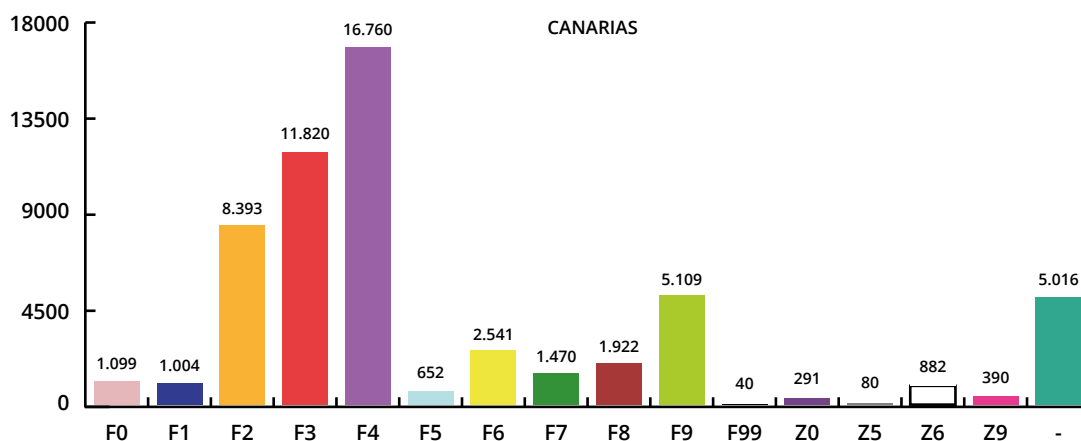
Nº de consultas con asistencia por grupo diagnóstico. Enfermería. Canarias. Año 2016

DIAGNÓSTICO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	SUMA TOTAL
F0	39	71	58	62	48	61	52	44	52	55	39	39	620
F1	129	163	147	157	139	132	116	126	127	111	134	104	1.585
F2	4.090	4.548	4.648	4.758	4.548	4.714	4.407	4.131	4.588	4.200	4.482	4.032	53.146
F3	785	932	948	953	927	988	893	766	931	812	878	737	10.550
F4	229	348	419	417	430	392	329	331	402	272	346	230	4.145
F5	19	30	34	46	37	42	32	26	36	30	43	24	399
F6	146	166	164	154	140	155	142	110	129	116	143	109	1.674
F7	132	158	146	155	149	185	156	154	149	147	158	121	1.810
F8	20	57	45	55	56	48	42	46	37	27	89	41	563
F9	97	187	188	186	171	163	163	184	192	113	230	143	2.017
F99			1	3	2	4	3	3	3	2	1	2	24
Z6	10	15	17	24	11	8	15	13	15	11	12	11	162
Z5	5	6	4	2	7	4	2	4	1	2	1	1	39
Z9	3	8	2	5	2	2	4	2	1	0	1	3	33
Z0	7	4	5	14	8	4	4	5	1	3	5	7	67
Sin Diag.	131	166	167	183	171	204	131	152	193	158	178	125	1.959
Total	5.839	6.851	6.991	7.169	6.844	7.104	6.487	6.095	6.856	6.059	6.739	5.726	78.760

En las consultas de Enfermería en Canarias durante el 2016, el grupo diagnóstico claramente mayoritario fue el F2 (53.146 consultas). Los otros dos grupos diagnósticos mayoritarios, pero con unas cifras notablemente menores, fueron el F3 (10.550 consultas) y el F4 (4.145 consultas).

Nº de pacientes con asistencia por grupo diagnóstico. Canarias. Año 2016

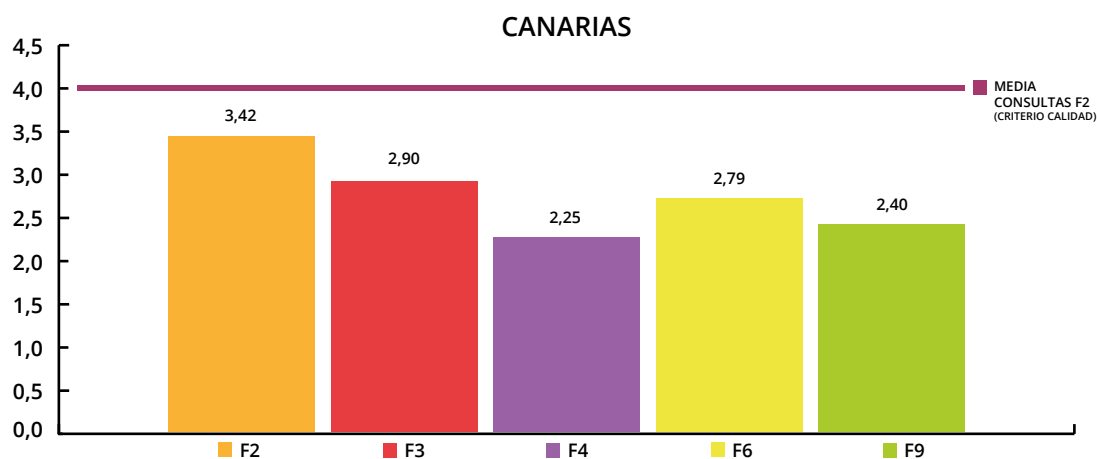
UNIDAD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Z0	Z5	Z6	Z9	-
Canarias	1.099	1.004	8.393	11.820	16.760	652	2.541	1.470	1.922	5.109	40	291	80	882	390	5.016



Según el grupo diagnóstico, en Canarias durante el 2016, el mayor número de pacientes con asistencia correspondió al grupo F4 (16.760). Otros dos grupos mayoritarios fueron el F3 (11.820 pacientes) y el F2 (8.393 pacientes).

Media de consultas por diagnóstico. Psiquiatría. Canarias. Año 2016

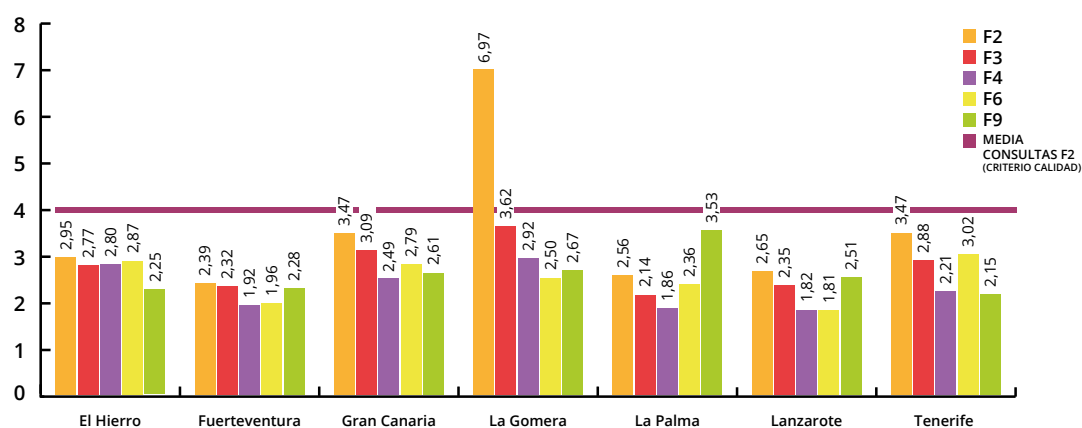
HOSPITAL USM	F2	F3	F4	F6	F9
Canarias	3,42	2,90	2,25	2,79	2,40



La mayor media de consultas de Psiquiatría por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2 (3,42), seguida por el grupo F3 (2,90) y el F6 (2,79).

Media de consultas por diagnóstico. Psiquiatría. Islas. Año 2016

	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
F2	2,95	2,39	3,47	6,97	2,56	2,65	3,47
F3	2,77	2,32	3,09	3,62	2,14	2,35	2,88
F4	2,80	1,92	2,49	2,92	1,86	1,82	2,21
F6	2,87	1,96	2,79	2,50	2,36	1,81	3,02
F9	2,25	2,28	2,61	2,67	3,53	2,51	2,15

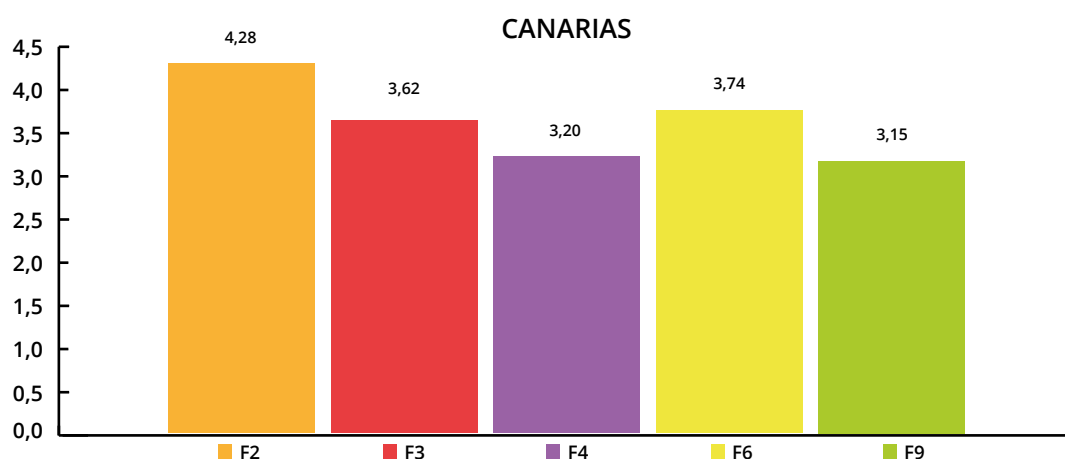


En todas las islas la mayor media de consultas de Psiquiatría por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2, excepto en La Palma, donde lo fue el grupo F9. Teniendo en

consideración que el estándar de calidad establecido en nuestra Comunidad Autónoma para la atención a las personas con diagnóstico F2 es de al menos 4 consultas al año para Psiquiatría y 12 para Enfermería, puede apreciarse que en conjunto no se alcanza, a excepción de La Gomera.

Media de consultas por diagnóstico. Psicología. Canarias. Año 2016

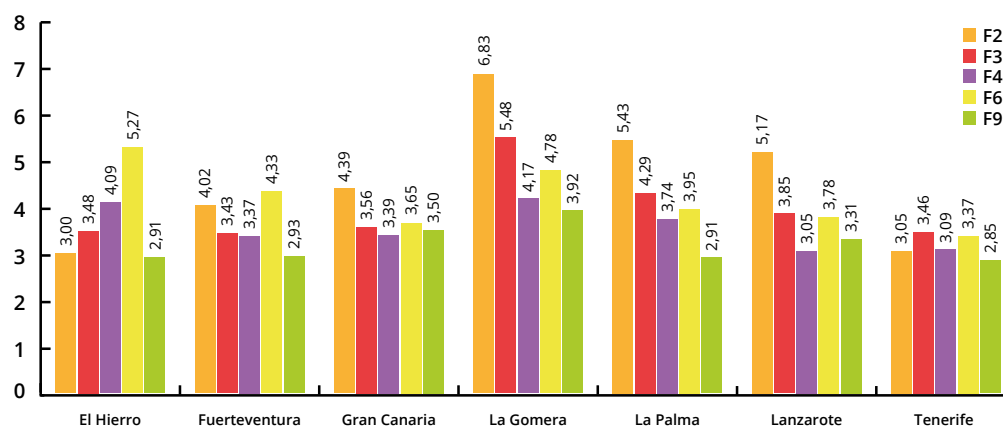
HOSPITAL USM	F2	F3	F4	F6	F9
Canarias	4,28	3,62	3,20	3,74	3,15



La mayor media de consultas de Psicología por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2 (4,28), seguida por el grupo F6 (3,74) y el F3 (3,62).

Media de consultas por diagnóstico. Psicología. Islas. Año 2016

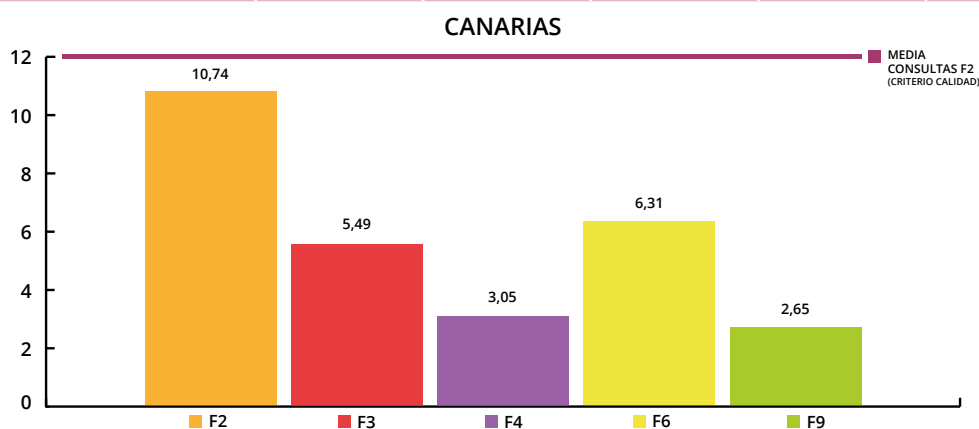
	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
F2	3,00	4,02	4,39	6,83	5,43	5,17	3,05
F3	3,48	3,43	3,56	5,48	4,29	3,85	3,46
F4	4,09	3,37	3,39	4,17	3,74	3,05	3,09
F6	5,27	4,33	3,65	4,78	3,95	3,78	3,37
F9	2,91	2,93	3,50	3,92	2,91	3,31	2,85



En la mayoría de las islas la mayor media de consultas de Psicología por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2, excepto en El Hierro, Fuerteventura y Tenerife, donde lo fue el grupo F6 (El Hierro y Fuerteventura) y el F3 (Tenerife).

Media de consultas por diagnóstico. Enfermería. Canarias. Año 2016

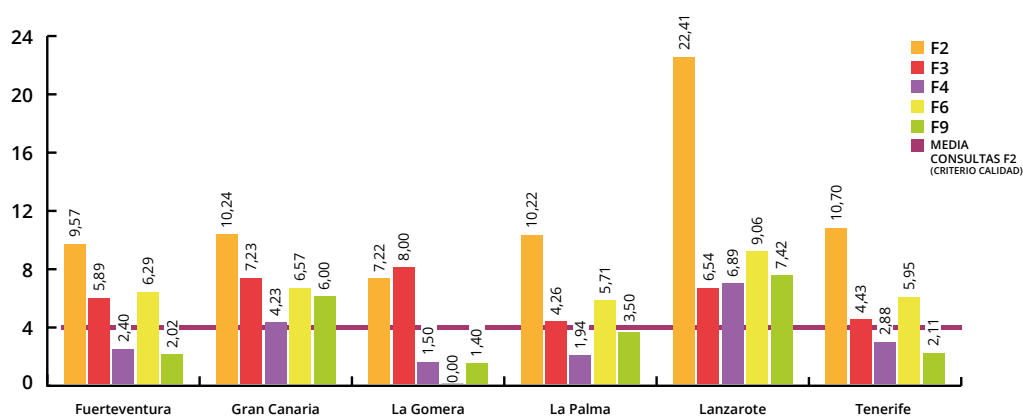
HOSPITAL USM	F2	F3	F4	F6	F9
Canarias	10,74	5,49	3,05	6,31	2,65



La mayor media de consultas de Enfermería por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2 (10,74), seguida por los grupos F6 (6,31) y F3 (5,49). Teniendo en consideración que el estándar de calidad establecido en nuestra Comunidad Autónoma para la atención a las personas con diagnóstico F2 es de al menos 12 consultas para Enfermería, puede apreciarse que no se alcanza.

Media de consultas por diagnóstico. Enfermería. Islas. Año 2016

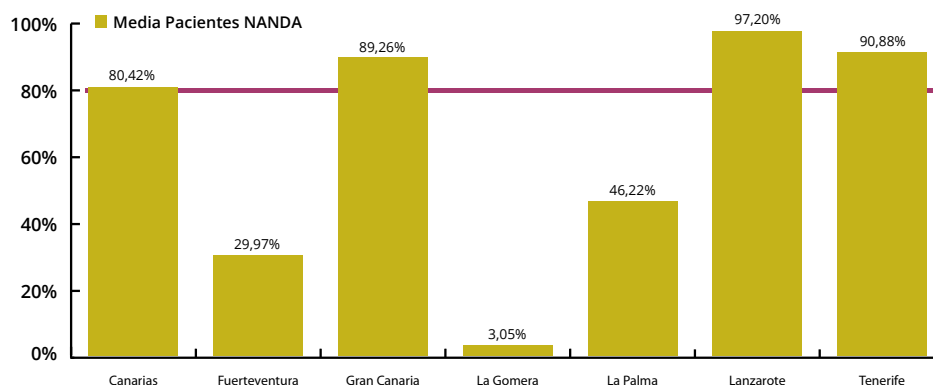
	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
F2	9,57	10,24	7,22	10,22	22,41	10,70
F3	5,89	7,23	8,00	4,26	6,54	4,43
F4	2,40	4,23	1,50	1,94	6,89	2,88
F6	6,29	6,57	0,00	5,71	9,06	5,95
F9	2,02	6,00	1,40	3,50	7,42	2,11



En todas las islas la mayor media de consultas de Enfermería por diagnóstico en Canarias durante el 2016 correspondió al grupo F2, excepto en La Gomera, donde correspondió al grupo F3. En cuanto a la media de consultas a los pacientes con diagnóstico F2, en Lanzarote se produce la mayor, con 22,41 consultas, sobrepasando marcadamente el estándar de calidad y doblando la media que se da en otras islas.

Nº de pacientes atendidos por enfermería con diagnóstico NANDA. Canarias. Año 2016

	CANARIAS	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE
PACIENTES CON NANDA	9.448	291	3.509	4	263	486	4.293
TOTAL PACIENTES	11.749	971	3.931	131	569	500	4.724
MEDIA PACIENTES NANDA	80,42%	29,97%	89,26%	3,05%	46,22%	97,20%	90,88%



El 80,42% de los pacientes atendidos por Enfermería tienen diagnóstico NANDA. La isla con menor porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA es La Gomera (3,05%) y la de mayor, Lanzarote (97,2%).

Nº de pacientes por diagnóstico NANDA. Canarias. Año 2016

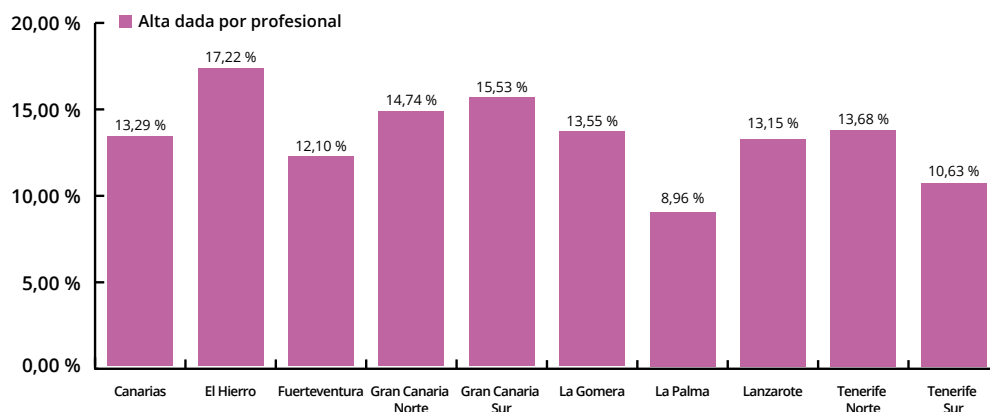
	F2			F3			F4			F9		
	% NANDA	USUARIOS NANDA	USUARIOS	% NANDA	USUARIOS NANDA	USUARIOS	% NANDA	USUARIOS NANDA	USUARIOS	% NANDA	USUARIOS NANDA	USUARIOS
CANARIAS	90,75%	4.641	5.114	81,95%	1.716	2.094	75,93%	1.167	1.537	49,48%	430	869
FUERTEVENTURA	66,09%	115	174	50,57%	44	87	50,61%	83	164	0,00%	0	260
GRAN CANARIA	93,77%	2.424	2.585	85,60%	535	625	58,09%	79	136	86,36%	38	44
LA GOMERA	3,45%	2	58	6,67%	2	30	0,00%	0	4	0,00%	0	5
LA PALMA	48,90%	111	227	42,20%	73	173	44,44%	24	54	40,00%	4	10
LANZAROTE	100,00%	148	148	97,00%	97	100	98,18%	54	55	98,28%	57	58
TENERIFE	95,51%	1.849	1.936	89,44%	966	1.080	82,47%	927	1.124	67,14%	331	493



El grupo diagnóstico con menor porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA en Canarias es el F9, con un 49,48%; y el mayor, el F2, con un 90,75%.

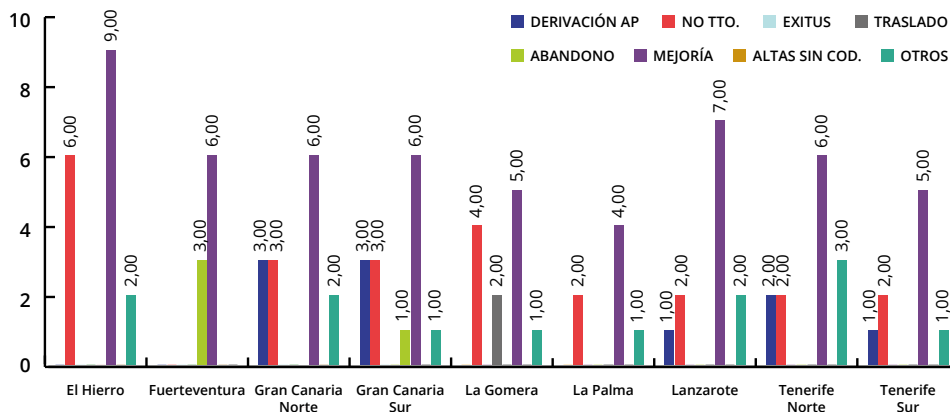
Nº de pacientes con alta dada por profesional. Áreas. Año 2016

	CANARIAS	EL HIERRO	FUERTEVENTURA	GRAN CANARIA NORTE	GRAN CANARIA SUR	LA GOMERA	LA PALMA	LANZAROTE	TENERIFE NORTE	TENERIFE SUR
%	13,29%	17,22%	12,10%	14,74%	15,53%	13,55%	8,96%	13,15%	13,68%	10,63%



El alta por parte del profesional se produjo en el 13,29% de los pacientes en Canarias durante el 2016. El área con el mayor porcentaje fue El Hierro (17,22%) y el de menor, La Palma (8,96%).

Nº de pacientes por tipo de alta. Áreas. Año 2016

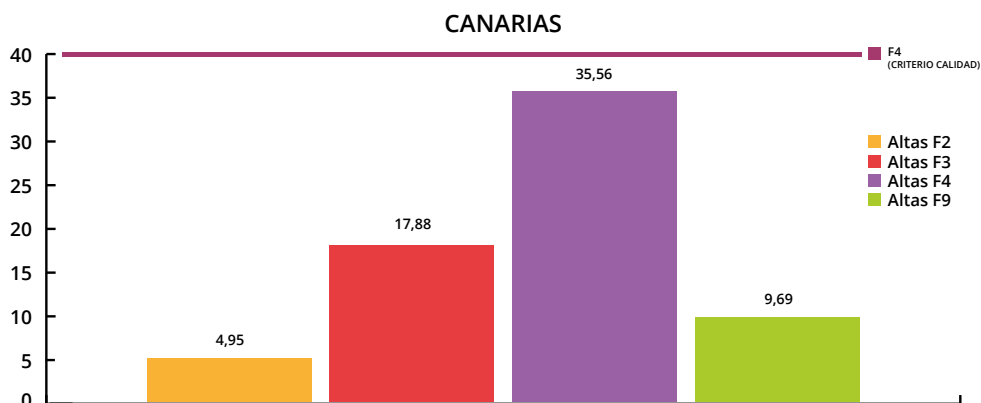


El principal motivo de alta en todas las islas durante el 2016 fue la mejoría.

Nota: En cuanto a los abandonos, en esta gráfica figuran solo los codificados por los profesionales, y no los codificados por el sistema.

Altas por diagnóstico. Canarias. Año 2016

UNIDAD	ALTAS F2	ALTAS F3	ALTAS F4	ALTAS F9	TOTAL PACIENTES CON ALTA
Canarias	4,95	17,88	35,56	9,69	22.118



El grupo diagnóstico mayoritario entre los pacientes con alta en Canarias durante el 2016 fue el F4 (35,56%) seguido del F3 (17,88%).

Altas por abandono. Áreas. Año 2016

AÑO	ABANDONOS	% ABANDONOS	ABANDONOS POR EL PROFESIONAL	ABANDONOS POR EL SISTEMA
2015	14.838	21,61 %	527	14.311
2016	14.579	20,86 %	446	14.133



Abandono por el sistema: No asistencia a consulta con profesional sanitario (psiquiatra, psicólogo o enfermero) seguida de un periodo de al menos 6 meses sin nueva consulta en la USM con asistencia. El haber sido dado de alta por criterios clínicos, el fallecimiento o haberse mudado a otra área no se considera abandono.

Abandono codificado por el profesional: Abandono codificado como tal por el profesional, a raíz de tener conocimiento sobre este.

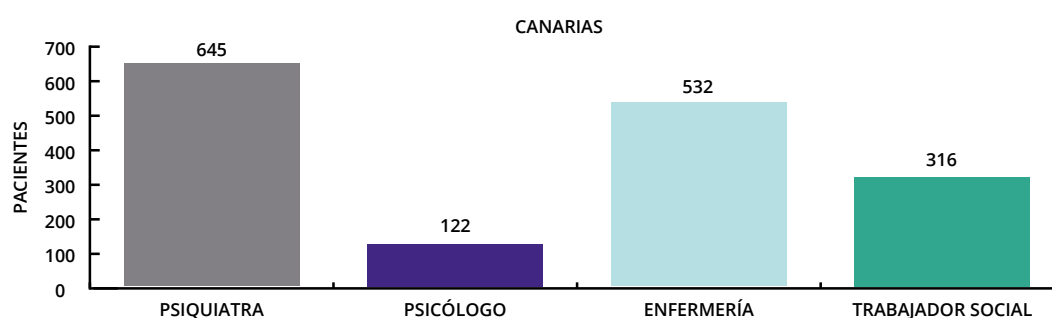
El 20,86% de las altas en Canarias durante el 2016 correspondió a abandonos.

Lugar de intervenciones por profesional. Canarias. Año 2016

TIPO PROFESIONAL	% PROPIO CENTRO	% DOMICILIO	% OTRA INSTITUCIÓN
Auxiliar de Enfermería	72,17%	23,19%	4,64%
DUE	97,02%	1,82%	1,17%
Logopeda	100,00%	0,00%	0,00%
Psicólogo	99,97%	0,02%	0,02%
Psiquiatra	99,55%	0,31%	0,13%
Trabajador Social	96,15%	0,00%	3,85%

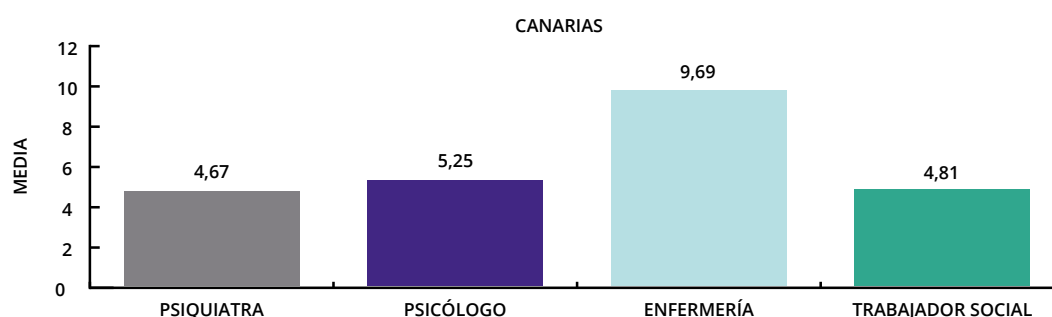
El centro asistencial es el lugar mayoritario donde se realizaron las consultas, con más de un 96% de estas. En el caso de los Auxiliares de Enfermería, aunque el centro asistencial también es el mayoritario, representa el 72,17% de las consultas, y las consultas domiciliarias, un 23,19%.

Pacientes con diagnóstico F2 ingresados en 2016, con consultas en USM. Canarias



De los pacientes ingresados en 2016 con diagnóstico F2, 645 tuvieron consultas en la USM durante ese año por Psiquiatría, 532 por Enfermería, 316 por Trabajo Social y solo 122 por Psicología.

Media de consultas en USM a pacientes con diagnóstico F2 ingresados en 2016. Canarias



En cuanto a los pacientes con diagnóstico F2 que tuvieron ingreso durante el 2016, Enfermería tuvo una media de 9,69 consultas durante ese año, Psicología 5,25 y Trabajo Social 4,81. La menor media correspondió a Psiquiatría, con 4,67 consultas durante el año.

Consultas Ambulatorias Hospitalarias - Canarias - 2016

PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
934	398	1.332	6.808	8.140

En Canarias se atendieron a 934 pacientes nuevos en las consultas ambulatorias hospitalarias durante el 2016. Se realizaron un total de 8.140 consultas. La mayor proporción correspondió al CHUC.

Consultas Ambulatorias Hospitalarias - CHUC - 2016

UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
CAH CHUC	22	13	35	267	302
Cirug. Bariátrica CHUC	16	41	57	287	344
Fibromialgia CHUC	0	6	6	49	55
Pretrasplante CHUC	3	1	4	4	8
Prev. Tabaquismo CHUC	0	0	0	24	24
Prevención de TCA CHUC	0	0	0	1	1
Prog. Enf. Infecciosas CHUC	8	24	32	188	220
Psicooncología CHUC	100	62	162	998	1.160
Rehabil. Cardíaca CHUC	93	9	102	1.266	1.368
UAT CHUC	12	10	22	10	32
Unidad de TCA CHUC	55	105	160	1.724	1.884
Suma Total	309	271	580	4.818	5.398

Consultas Ambulatorias Hospitalarias - HUGCDN - 2016

UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
CAH CHUC	70	36	106	98	204
Cirug. Bariátrica CHUC	55	2	57	49	106
Consulta Seguimiento Terapia Familiar CHUC	4	11	15	53	68
Patología Dual CHUC	185	17	202	580	782
Psicooncología CHUC	83	4	87	217	304
UAT CHUC	99	36	135	55	190
Suma Total	496	106	602	1052	1654

Consultas Ambulatorias Hospitalarias - CHUNSC - 2016

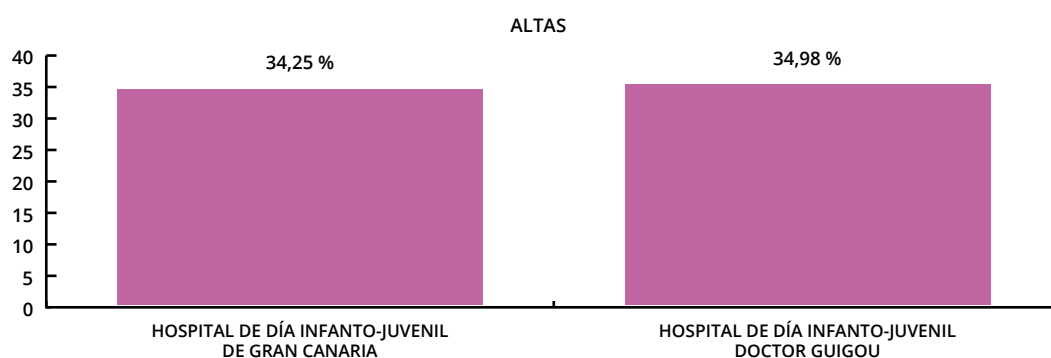
UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
CAH CHUNSC	12	1	13	70	83
Consulta TEC CHUNSC	19	12	31	536	567
Psicooncología CHUNSC	77	7	84	249	333
Suma Total	108	20	128	855	983

Consultas Ambulatorias Hospitalarias - HGF - 2016

UNIDAD	PACIENTES NUEVOS	REINICIO	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS
Cirug. Bariátrica HGF	21	1	22	83	105
Suma Total	21	1	22	83	105

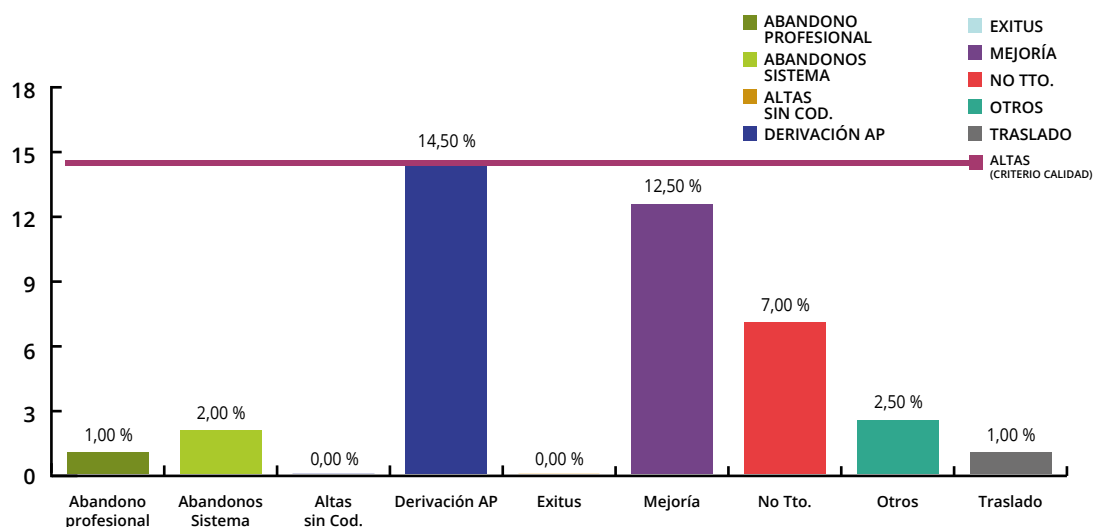
Altas en Hospitales de Día Infanto-juveniles. Año 2016

UNIDAD	ALTAS
Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria	34,25 %
Hospital de Día Infanto-Juvenil Doctor Guigou	34,98 %



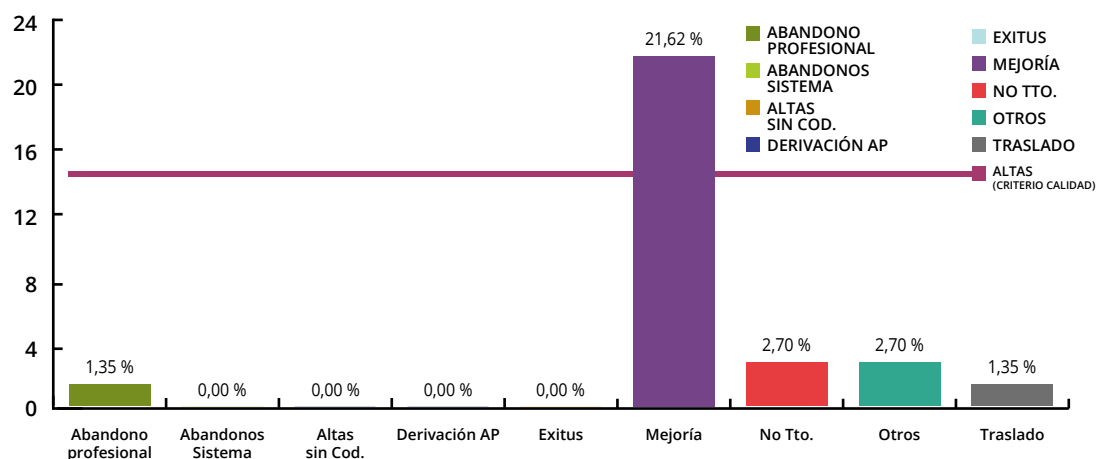
Durante el 2016 el porcentaje de altas en los Hospitales de Día Infanto-juveniles de Canarias fue similar: 34,98% en el de Tenerife, y 34,25% en el de Gran Canaria.

Tipos de altas en Hospital de Día Infanto-juvenil. Tenerife. Año 2016



Los motivos principales de alta en el Hospital de Día Infanto-juvenil de Tenerife fueron la derivación a Atención Primaria (14,5%) y la mejoría (12,5%).

Tipos de altas en Hospital de Día Infanto-juvenil. Gran Canaria. Año 2016

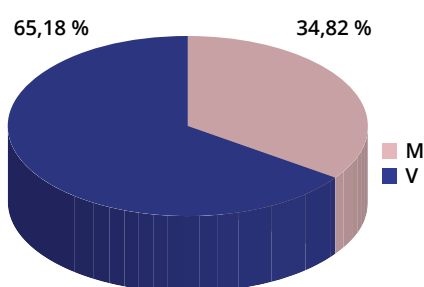


El motivo principal de alta en el Hospital de Día Infanto-juvenil de Gran Canaria fue la mejoría (21,6%).

6.2. ACTIVIDAD DE LA RED DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS

Pacientes por sexo en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

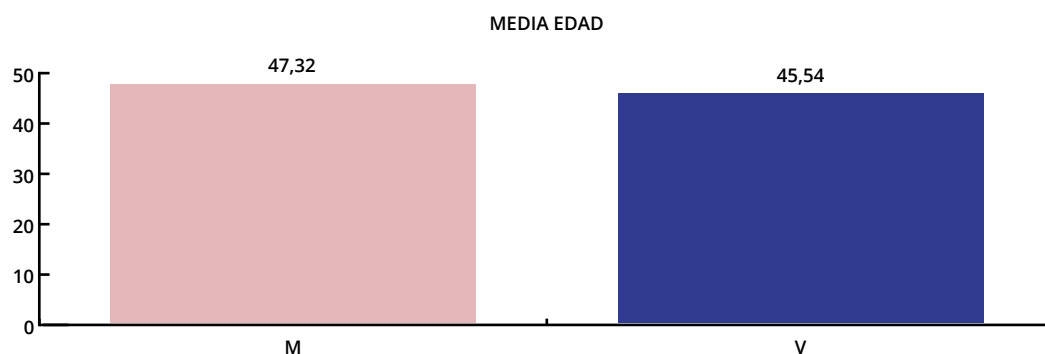
SEXO	NÚMERO DE PACIENTES
M	617
V	1.155



Casi dos tercios de los pacientes atendidos en los dispositivos de rehabilitación psicosocial son hombres (65,18%).

Pacientes por edad en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Año 2016

SEXO	MEDIA EDAD
M	47,32
V	45,54

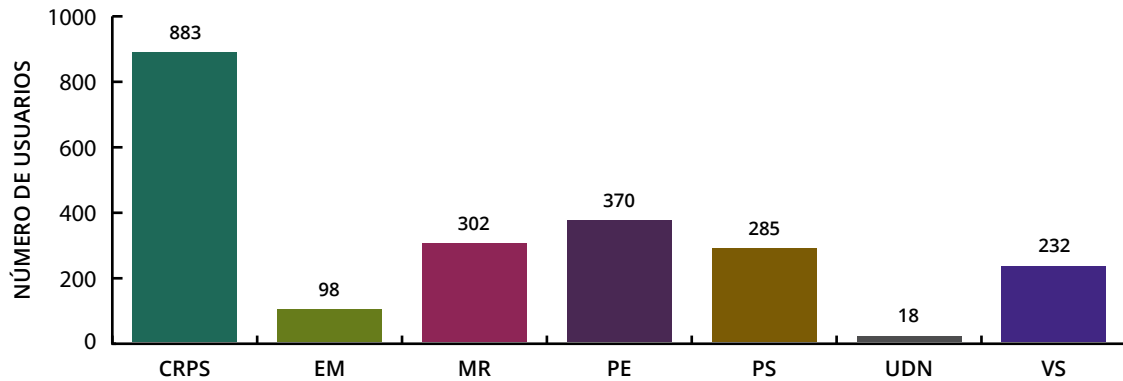


La media de edad de los pacientes atendidos en los dispositivos de rehabilitación psicosocial se sitúa entre los 45,5 años (hombres) y 47,3 años (mujeres).

Nº de usuarios en dispositivos de rehabilitación psicosocial (DRPS). Canarias. Año 2016

EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada

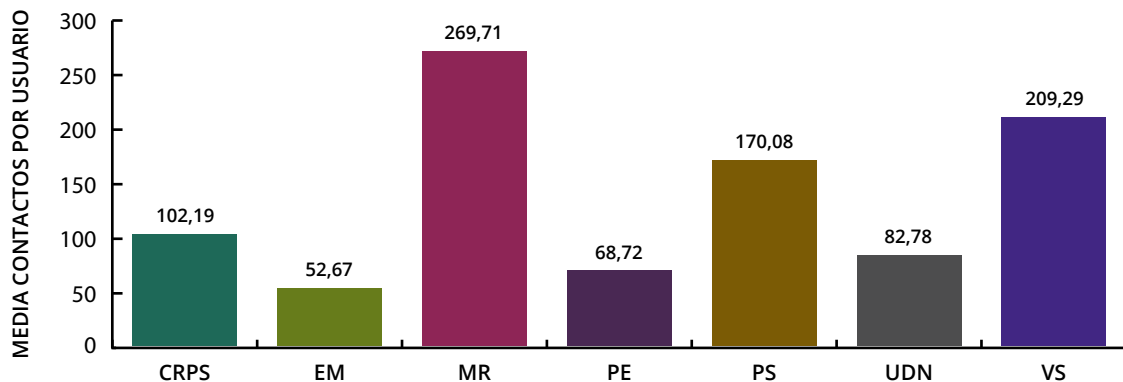
Total: 1.772



El mayor número de usuarios de los dispositivos de rehabilitación psicosocial corresponde a los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial.

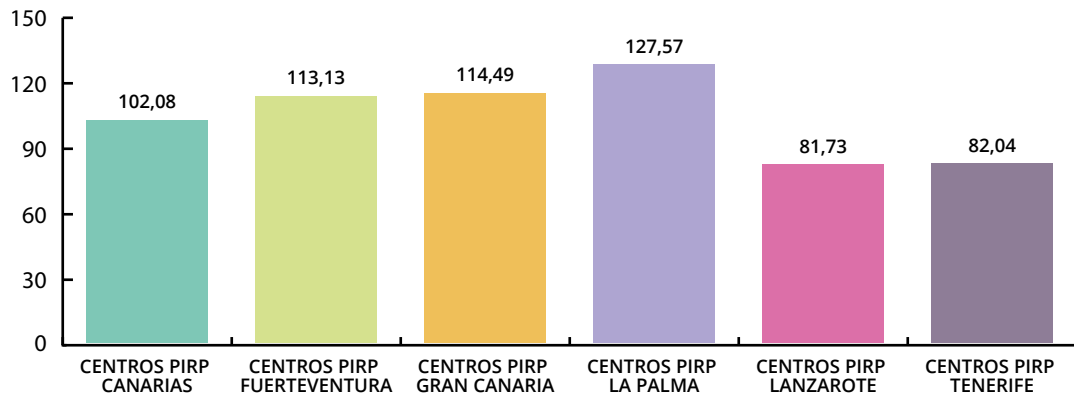
Media anual de contactos por usuario. Canarias. Año 2016

EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



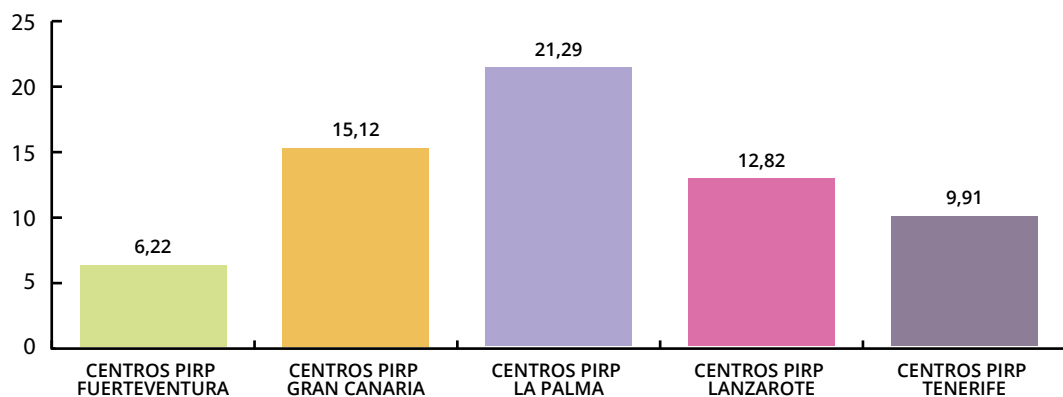
Las mayores medias anuales de contactos por usuario en los dispositivos de rehabilitación psicosocial corresponden a las Mini-residencias, Viviendas supervisadas y Plazas supervisadas.

Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRPS). Media anual de contactos de usuarios. Canarias y Áreas. Año 2016



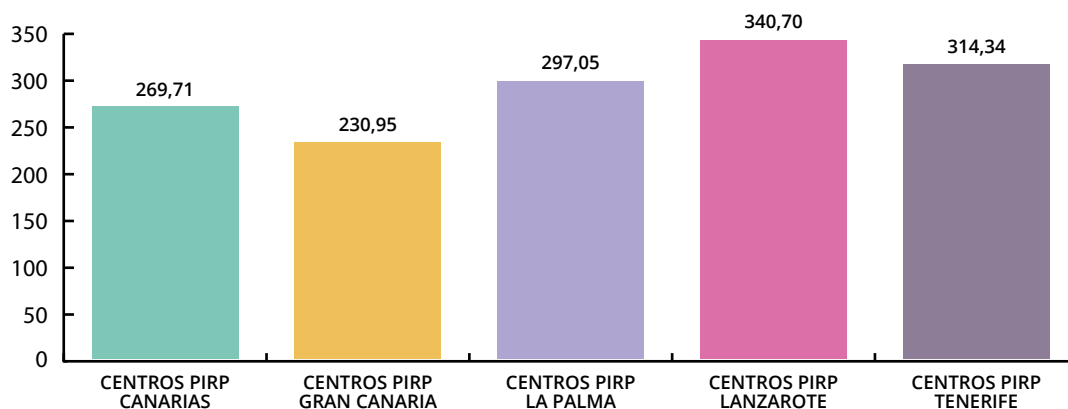
La mayor media anual de contactos en los CDRPS correspondió a La Palma (127,6), y la menor, a Lanzarote (81,7).

CDRPS. Media de usuarios por día. Áreas. Año 2016



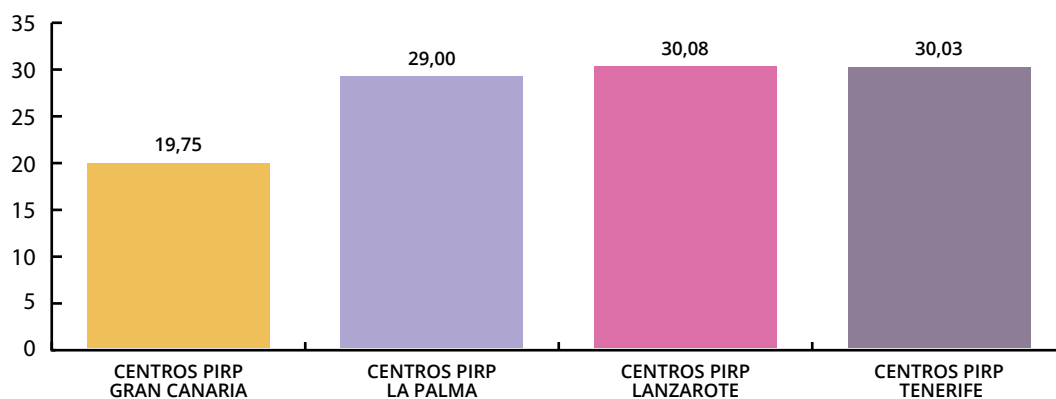
Existe heterogeneidad en el número medio de usuarios por día entre las islas. La mayor media de usuarios por día en los CDRPS correspondió a la Palma (21,3) y la menor, a Fuerteventura (6,2).

Mini-residencias. Media anual de contactos de usuarios. Áreas. Año 2016



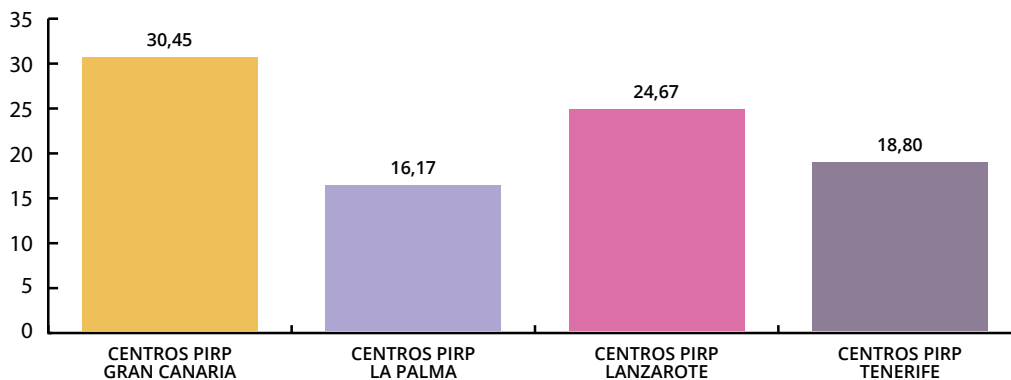
La mayor media anual de contactos de usuarios en las Mini-residencias se produjo en Lanzarote (340,7) y la menor, en Gran Canaria (231).

Mini-residencias. Media de contactos mensuales por usuarios. Áreas. Año 2016



Frente a unas medias similares de contactos mensuales por usuarios en las Mini-Residencias de Tenerife, Lanzarote y La Palma (entre 29 y 30), la media en Gran Canaria fue menor, de 19,75.

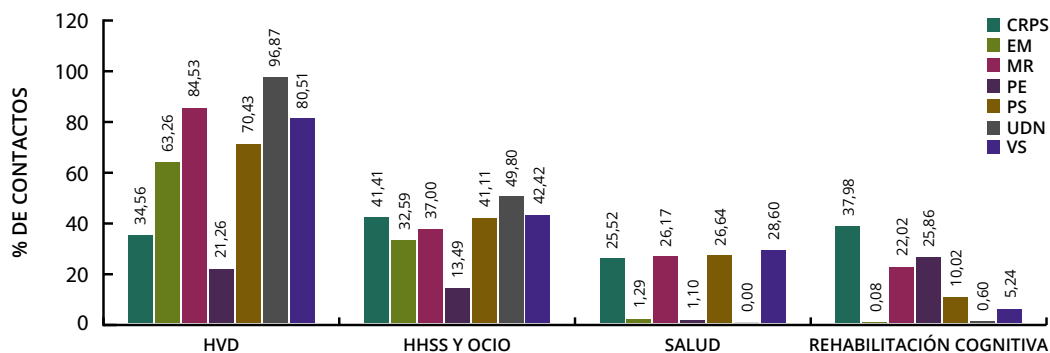
Mini-residencias. Media de usuarios por día. Áreas. Año 2016



La media de usuarios por día más elevada se produce en Gran Canaria (30,45), y la menor, en La Palma (16,2).

Tipo de intervenciones en programas de rehabilitación. Canarias. Año 2016

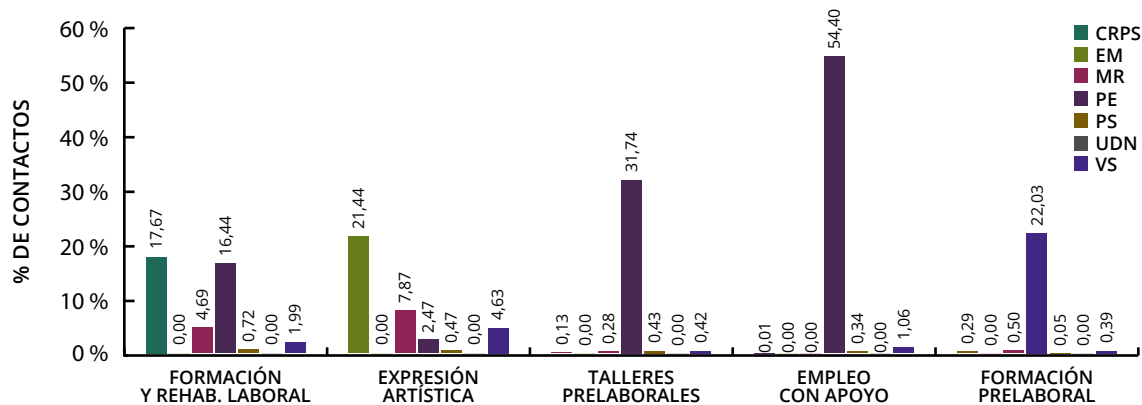
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada / HVD: Autocuidado; autonomía; habilidades de la vida diaria / HHSS y Ocio: Habilidades sociales y ocio / Salud: Actividad física y deporte



Los tipos de intervenciones más realizadas varían según la naturaleza de los dispositivos y programas.

Tipo de intervenciones en talleres y programas de empleo. Canarias. Año 2016

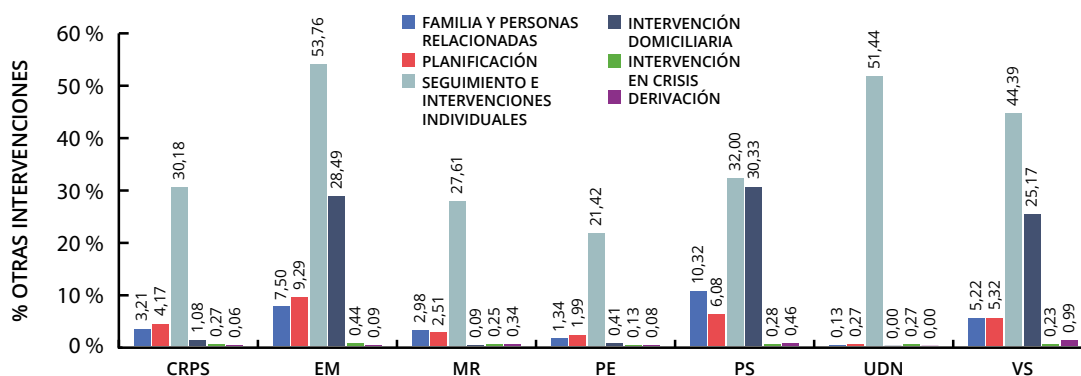
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



Los tipos de intervenciones más realizadas en talleres y programas de empleo varían según la naturaleza de estos. Como era de esperar, la formación prelaboral, los talleres prelaborales y el empleo con apoyo se realizan en el contexto del Programa de empleo.

Otras intervenciones en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

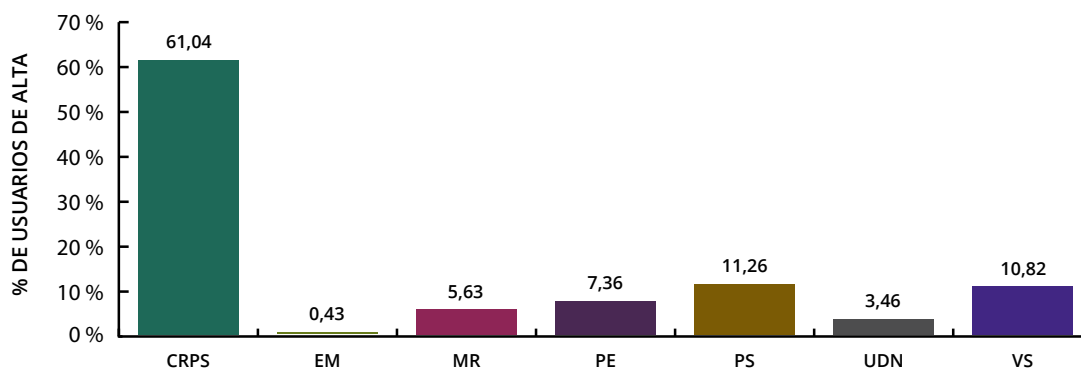
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



Dentro de "otras intervenciones" en los dispositivos de rehabilitación psicosocial, destacan la intervención en crisis y la intervención en domicilio.

Altas por tipo de dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

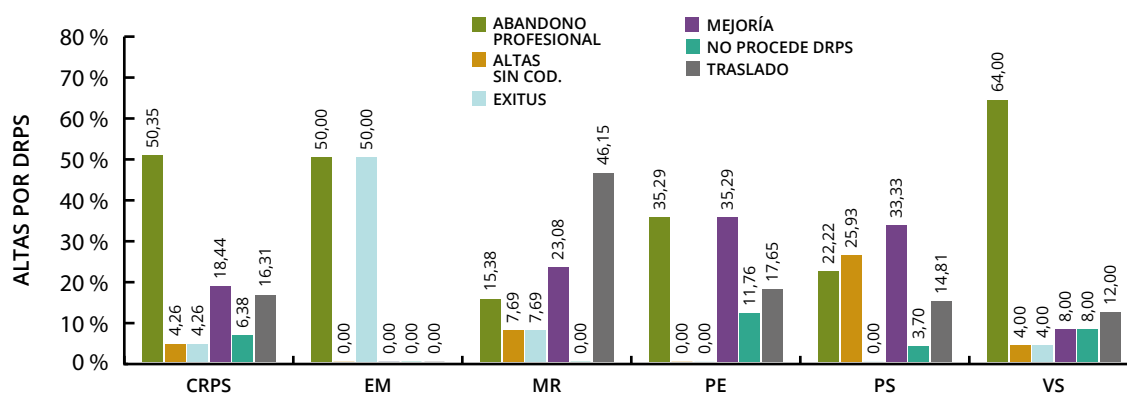
EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



La mayor proporción de las altas en rehabilitación psicosocial se producen en los CDRPS (61%).

Tipo de altas por dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016

EM: Equipo móvil / MR: Mini-residencia / PE: Programa de empleo / PS: Plaza supervisada / UDN: Unidad de noche / VS: Vivienda supervisada



La naturaleza de las altas varía considerablemente según el tipo de dispositivo o programa de rehabilitación psicosocial.

6.3. TRAYECTORIAS ASISTENCIALES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

En este apartado se describen los diferentes dispositivos en los que pueden ser atendidas las personas con trastornos mentales. Se señalan los diferentes perfiles clínicos más propios de cada uno de estos dispositivos, las actuaciones que se llevan a cabo en estos y los objetivos básicos. Los aspectos relacionados con la coordinación en mayor detalle no se abordan, ya que se desarrollan en el siguiente apartado específico de este análisis de la situación.

6.3.1. Adultos

ATENCIÓN PRIMARIA

Los Centros de Atención Primaria tienen una gran importancia en diversos aspectos clave en la atención a la salud mental: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria de aquellos casos en los que esté indicado. La demanda de atención en Atención Primaria (AP) puede proceder del propio paciente, familiares, vecinos, agentes sociales o Servicios de Urgencias. La derivación desde AP es la “puerta de entrada” en la red de salud mental. La mayor proporción de los pacientes derivados desde AP a las USMC provienen de valoraciones propias desde AP, mientras que una menor proporción corresponden a derivaciones indicadas desde otras instancias, como los Servicios de Urgencias hospitalarios o las consultas de Atención Especializada. En cualquier caso, el médico de AP realiza siempre una evaluación de la necesidad o no de derivación a la red de salud mental. El médico de AP y otros profesionales de estos Centros tienen capacitación profesional para diagnosticar y tratar múltiples trastornos mentales, siempre que no existan características o factores que indiquen la necesidad de derivación a una USMC. De hecho, como se refleja en la literatura científica y como puede observarse en los datos de morbilidad asistida en AP en nuestra Comunidad, una gran proporción de los pacientes recibe la atención en los Centros de AP y nunca requieren una atención especializada en la red de salud mental.

SERVICIOS DE URGENCIAS

Los pacientes sobre los cuales existe una demanda de atención inmediata, por considerar que la evaluación médica deba producirse en ese mismo día, acuden a los Servicios de Urgencias, o son conducidos a estos. La demanda de atención en estos Servicios puede ser por parte del propio paciente, familiares, fuerzas del orden público, la autoridad judicial, etc. Existe atención de urgencia en los Centros de AP. En aquellos casos en los que se estima que la atención requiere unas prestaciones que exceden a las que se pueden ofrecer en estos Centros, se realiza la derivación del paciente al Servicio de Urgencias del hospital de referencia. En otras ocasiones, el paciente acude directamente al Servicio de Urgencias hospitalario, sea por iniciativa propia, de familiares, o de otras instancias. Una vez en el Servicio de Urgencias, los pacientes son evaluados por los profesionales sanitarios (enfermería y médicos). Tras la evaluación, el médico puede realizar el diagnóstico y tratamiento e indicar la derivación que estime necesaria. Si el médico estima que resulta necesaria la evaluación urgente por un profesional de salud mental, realiza la solicitud de evaluación. Aunque en este procedimiento existe variabilidad entre las islas, según sus recursos y organización, en general la evaluación la realiza el psiquiatra de guardia (en conjunción o no con un médico residente de psiquiatría de guardia), o bien, si se produce en horario de mañana (de 8 a 15 horas), por profesionales del equipo funcional de interconsulta y enlace. La evaluación en el Servicio de Urgencias, en general tiene tres desenlaces posibles:

- **Alta hospitalaria.** En este caso el profesional de salud mental ha realizado una evaluación que incluye un diagnóstico (si lo hubiera), una intervención terapéutica y una indicación de seguimiento ambulatorio, generalmente por AP o en una USMC.
- **Observación.** Generalmente se indica en aquellos pacientes que no cumplen criterios de alta tras la evaluación, pero en los cuales se estima que puede haber un cambio favorable en las siguientes horas, que permita un tratamiento y atención ambulatorias. También puede ser necesario en aquellos pacientes cuya valoración está dificultada por otras circunstancias (p.ej: efectos de medicamentos, alcohol, o poca colaboración). Tras un periodo razonable de observación, en una nueva valoración el profesional de salud mental realiza la indicación que estima indicada, sea alta o ingreso hospitalario.
- **Ingreso hospitalario.** Los pacientes con indicación de ingreso hospitalario ingresan en la Unidad de Internamiento Breve, ubicada en el hospital de referencia del paciente.

Otras situaciones posibles en el Servicio de Urgencias son la solicitud de alta voluntaria, o el abandono del Servicio sin un alta médica. La toma de decisiones apropiada para cada caso la determina el médico.

Recientemente se ha implantado la recogida de datos de los Servicios de Urgencias en el RECAP. Asimismo, se han instaurado una serie de indicadores. La combinación de ambos permitirán el análisis de la situación específico y la evaluación de la actividad asistencial de forma periódica.

UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS

Las USMC son un tipo de dispositivo que representa el eje de la Red de Salud Mental. En ellas desarrollan su actividad equipos multiprofesionales, lo que permite realizar evaluaciones e intervenciones integrales, adaptadas a las características y necesidades de cada paciente. Las USMC son dispositivos básicos para aspectos tan esenciales como el diagnóstico, el tratamiento, el plan de tratamiento a medio y largo plazo, la rehabilitación psicosocial, la relación terapéutica o la derivación a otros dispositivos cuando se estima necesario, entre otros. La demanda de atención en las USMC proviene, en esencia, desde Atención Primaria, los Servicio de Urgencias o las Unidades de Internamiento Breve. El equipo de las USMC debe prestar a las personas con trastornos mentales graves (TMG) una atención preferente y un seguimiento estrecho. Los pacientes en las USMC pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, intervención en cuidados, rehabilitador, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación e intervenciones de trabajo social, entre otras.

UNIDADES DE INTERNAMIENTO BREVE (UIB)

La hospitalización está indicada cuando la situación del paciente no sea compatible con el tratamiento y seguimiento ambulatorios. Los motivos de esta incompatibilidad pueden obedecer principalmente a razones de gravedad clínica, alteraciones de conducta, riesgo suicida y riesgo para la integridad de otras personas. Los contextos sociales desfavorables del paciente pueden influir en la necesidad de ingreso, cuando concurren con otros factores. La indicación de hospitalización se realizará siempre que sea posible de forma programada y se prolongará durante el tiempo indispensable para que los objetivos definidos se vean cumplidos. Los pacientes en las UIB pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, intervención en cuidados, rehabilitador, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación e intervenciones de trabajo social, entre otras.

CENTROS DE DÍA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CDRP)

Para las personas con trastorno mental con deterioro de diversas funciones, en los que se estima la necesidad de rehabilitación psicosocial que excede las posibilidades de los recursos de las USMC, se dispone de los dispositivos de rehabilitación psicosocial. Los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP) son recursos sociosanitarios que se encuadran en los Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), que tienen como objeto el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción a la comunidad de personas con trastorno mental grave. Los objetivos básicos de los CDRP son el mantenimiento y recuperación de habilidades personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad, la potenciación y apoyo a la integración social, la recuperación y/o mantenimiento de la autonomía personal y la minimización del proceso de deterioro causado por la enfermedad. Para su consecución se realizan Planes Individualizados de Rehabilitación (PIR), de apoyo a la familia y de intervención comunitaria, todo ello en el marco de una continuidad asistencial, a través de la coordinación con la USMC de referencia y con la red de Servicios Sociales.

UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

Las Unidades de Media Estancia son Unidades de hospitalización completa, destinada a aquellos pacientes con trastornos mentales susceptibles de mejoría clínica cuya necesidad de tiempo de ingreso, por distintos motivos, es superior a la ofertada en las UIB. Los ingresos en estas Unidades se realizan a instancias de psiquiatras desde otros dispositivos: las USMC o las UIB. Estas Unidades están dotadas de un equipo y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y destinada a la mejoría clínica y rehabilitación del paciente. Los pacientes pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, intervención en cuidados, rehabilitador, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación (pacientes y familiares) e intervenciones de trabajo social, entre otras.

UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

Las Unidades Clínicas y de Rehabilitación son unidades hospitalarias para ingresos de larga estancia de personas con Trastorno Mental Grave. Su objetivo es lograr el mayor nivel de estabilización en la clínica y la mayor autonomía posible de cada uno de los pacientes, trabajando de forma individualizada con ellos y con su familia, con el fin de lograr una integración en la comunidad, bien sea su domicilio, un piso asistido, una pensión o una mini-residencia. El eje de sus actuaciones es el desarrollo de programas específicos y especializados de rehabilitación psicosocial atendiendo a las características del paciente y según lo establecido en el Plan Individualizado de Rehabilitación. Los pacientes pueden recibir principalmente prestaciones de evaluación clínica, intervención terapéutica (farmacológica, psicoterapéutica y principalmente rehabilitadoras, en múltiples esferas de actuación), seguimiento, psicoeducación (pacientes y familiares) e intervenciones de trabajo social.

DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO SOCIAL

Los pacientes con TMG que pueden ir cumpliendo objetivos progresivos de rehabilitación psicosocial, con frecuencia necesitan un apoyo que va más allá del que puede prestarse en un entorno de los dispositivos asistenciales clínicos. Los dispositivos y programas de apoyo social aportan un apoyo fundamental para una integración real de los pacientes en la comunidad. Los ejes sobre los que se asienta el apoyo social son el programa de mini-residencias de salud mental, el programa de pensiones (residencia) de salud mental y el Programa de Acceso al Empleo (PAE).

Estos dispositivos y programas tienen como objetivos básicos la rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, la rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo, el alojamiento y atención residencial comunitaria, el apoyo económico, la protección y defensa de sus derechos, y la atención en crisis.

UNIDADES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS Y UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA

La evaluación y tratamiento ambulatorio de las personas con drogodependencia se realiza en las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), que cuentan con equipos multidisciplinares. Estas UAD no están integradas en la Red de Salud Mental en Canarias. Cuando se estima necesario el ingreso hospitalario con finalidad de desintoxicación, se realiza la derivación para ingreso en las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias. La indicación se realiza por médicos de las UAD. Otro requisito básico es la voluntariedad en el ingreso. Cuando existe patología dual, los pacientes reciben un seguimiento de forma conjunta por las USMC y las UAD.

UNIDADES FUNCIONALES DE INTERCONSULTA Y ENLACE

Si bien la mayor proporción de los pacientes siguen las vías asistenciales descritas previamente, en otros casos la detección de un trastorno mental, o su seguimiento, puede tener lugar en el entorno de trabajo de las Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE). Estas Unidades están compuestas por equipos multiprofesionales, pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del hospital correspondiente. Los pacientes atendidos por las UFIE pueden ser:

- Pacientes ingresados en servicios diferentes del de Psiquiatría, previa solicitud de los facultativos correspondientes.
- Pacientes ambulatorios que están siendo atendidos dentro de algún programa hospitalario específico que contemple algún tipo de valoración y/o intervención dentro del campo de la salud mental.

Los pacientes hospitalizados por causas somáticas pueden desarrollar trastornos psiquiátricos, o presentar síntomas desde antes del ingreso que hagan sospechar un trastorno mental. En estos casos, las UFIE son claves para el diagnóstico y tratamiento iniciales. En otras ocasiones se trata de pacientes con diagnóstico y tratamiento conocidos, que precisan seguimiento durante su ingreso hospitalario. En todos los casos, una vez que finaliza el ingreso hospitalario por causa somática, el psiquiatra realiza una indicación del tratamiento y régimen en que debe realizarse. Puede tratarse de un seguimiento ambulatorio (por AP o en las USMC) o bien ser necesario un ingreso hospitalario en la UIB.

Por su parte, los pacientes ambulatorios que están siendo atendidos dentro de algún programa hospitalario específico pueden ser objeto de evaluación, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas y de seguimiento.

TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Los pacientes con trastornos mentales graves cuya sintomatología les genera una gran discapacidad, son el objetivo de estos equipos multiprofesionales y encuadrados en el PIRP. Si bien la red de salud mental está organizada de forma que pueda abordar los problemas de asistencia y adherencia a los tratamientos y al seguimiento indicado (medidas varias, entre las que se incluyen las visitas domiciliarias), en ocasiones las dificultades o complejidad de algunos casos

requieren un mayor despliegue de recursos. Por otra parte, estos equipos pueden identificar a aquellas personas en situación de exclusión social que o bien no hayan sido nunca diagnosticadas ni tratadas, o bien estén desvinculadas de forma prolongada de cualquier tipo de atención médica o psiquiátrica. Por último, también pueden ser objeto de atención aquellos pacientes que, sin estar desvinculados de las USM, requieran este tipo de abordaje terapéutico. Las prestaciones básicas que reciben las personas atendidas por estos equipos son las de evaluación, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, rehabilitador), psicoeducación, apoyo social, y enlace para el seguimiento en las USMC, en coordinación con estas. En otras ocasiones las personas atendidas requieren un ingreso hospitalario, que puede ser indicado por el psiquiatra de estos equipos.

6.3.2. Edad infanto-juvenil

NIVELES DE ATENCIÓN

Existen distintos niveles de atención en salud mental para la población infanto-juvenil (SCS, 2006).

- I Nivel de atención no especializada, realizada por Atención Primaria y otros Agentes no sanitarios: Educación (Equipos de Orientación Psicopedagógica), Servicios Sociales, ONGs, Asociaciones, etc. Estos dispositivos ofrecen atención a través de profesionales capacitados para identificar problemas de salud en su origen, apoyar y aconsejar algunos casos y tratar problemas leves, reconocer las necesidades que requieran intervenciones complejas, valorar situaciones graves que requieren derivación a un segundo nivel de tratamiento, identificar situaciones de riesgo y/o de gravedad patológica para ser derivadas a las USMC con carácter preferente o urgente, promover la salud mental y realizar prevención en la población infanto-juvenil.
- II Nivel de actividad asistencial especializada en salud mental infanto-juvenil. Se desarrolla de forma ambulatoria en las USMC. En ellas, se atienden patologías más graves.
- III Nivel de atención en salud mental infanto-juvenil, de tercer nivel. En este nivel se incluyen hospitalización total y parcial en Hospitales de Día.

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA - PEDIATRÍA

Al igual que en el caso de los pacientes adultos, los Centros de Atención Primaria tienen una gran importancia en diversos aspectos clave en la atención a la salud mental infanto-juvenil: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria de aquellos casos en los que esté indicado. La derivación desde AP es la "puerta de entrada" en la red de salud mental infanto-juvenil, independientemente de que la demanda inicial pueda provenir de otras instancias. La demanda asistencial a las USMC ha de venir siempre canalizada a través de Atención Primaria (pediatra o médico de familia).

Las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria en lo relativo a la salud mental infanto-juvenil son:

1. Prevención y promoción de la salud mental, según lo establecido en el Programa de Salud Infantil (SCS, 2007).
2. Detección temprana de factores de riesgo y de señales de alerta.
3. Valoración y seguimiento de los casos detectados.
4. Tratamiento.

5. Solicitud de interconsulta a la USMC para los pacientes que lo precisen.
6. Derivación de los pacientes a la correspondiente USMC.
7. Colaboración terapéutica con las USMC en el tratamiento de los pacientes.

UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS INFANTO-JUVENILES

Al igual que en el caso de los adultos, las USMC infanto-juveniles representan el eje de la red de salud mental infanto-juvenil. En la actualidad, tras años de progresivo desarrollo de esta red, existen USMC infanto-juveniles específicas, así como Equipos funcionales dedicados a la atención a la salud mental infanto-juvenil, integrados en las USMC de adultos. En ellas desarrollan su actividad equipos multiprofesionales, lo que permite realizar evaluaciones e intervenciones integrales, adaptadas a las características y necesidades de cada paciente. Los pacientes en las USMC infanto-juveniles pueden recibir prestaciones de evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico, familiar, mixto), atención urgente, seguimiento, psicoeducación e intervenciones de trabajo social, entre otras. Tras la evaluación realizada y diagnóstico puede establecerse la necesidad de intervención terapéutica y seguimiento, o bien, alta y/o derivación a otros dispositivos de la Red Asistencial (sanitarios y/o no sanitarios).

HOSPITALIZACIÓN TOTAL

Para los pacientes con cuadros graves, en los que en un momento determinado de su evolución puede resultar insuficiente el tratamiento ambulatorio, se dispone de la hospitalización. La indicación se realiza desde las USMC o desde el Hospital de Día infanto-juvenil. En algunos casos, se produce por indicación del psiquiatra de guardia o del equipo funcional de interconsulta y enlace tras la evaluación en un Servicio de Urgencias hospitalario. Hasta la edad de 14 años (edad pediátrica) se realiza en las Unidades de Pediatría de los Hospitales Generales. A partir de esta edad, se realiza en las Unidades de Internamiento Breve de los Hospitales Generales.

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

El Hospital de Día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales graves que aparezcan en estos períodos de la vida. Es un recurso de hospitalización parcial que facilita conseguir la mejora clínica o la remisión sintomática sin separar al niño de su medio familiar, escolar y social. La hospitalización de día requiere una prescripción terapéutica específica desde las USMC o desde la hospitalización total. Sus objetivo básico es la consecución de un cambio emocional, cognitivo y sintomático de forma estable, que permita una mejor adaptación a la realidad y una mejora de las competencias relacionales que faciliten una reincorporación a la vida en la comunidad, donde se pueda continuar el tratamiento ambulatorio oportuno. Asimismo, el trabajo con la familia resulta esencial, mediante la psicoeducación, la mejora del manejo de las emociones y conductas, y la reducción de los factores familiares negativos que puedan influir en el trastorno mental.

Bibliografía

Gobierno de Canarias. Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2006.

Gobierno de Canarias. Programa de Salud Infantil. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2007.

6.4. COORDINACIÓN

6.4.1. Coordinación intrainstitucional

En la coordinación intrainstitucional en Canarias se pueden distinguir diferentes ámbitos:

- Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.
- Coordinación entre dispositivos en la Red de Salud Mental.
- Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias.
- Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas.

En líneas generales, la coordinación intrainstitucional en Canarias ha sido heterogénea. Es probable que el motivo principal sea la ausencia de un protocolo de coordinación general o específico para alguno/s de estos ámbitos. A su vez, esta ausencia de protocolos probablemente ha estado influida por la heterogeneidad y complejidad del objeto último de tal coordinación: la persona con un trastorno mental, de naturaleza, gravedad y necesidades muy diferentes entre sí, y cambiantes a lo largo de la evolución.

Las modalidades básicas de coordinación, hasta la fecha, han sido la escrita (informes de alta, informes clínicos o notas específicas), telefónica, y la presencial mediante reuniones. A continuación se describen los aspectos básicos de la coordinación existente entre diferentes dispositivos, que suponen los diferentes eslabones del circuito asistencial que pueden seguir los pacientes en la Red de Salud Mental, si bien debe tenerse en cuenta la mencionada heterogeneidad.

6.4.1.1. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria

Si bien todos los dispositivos de la Red de Salud Mental pueden tener necesidad de comunicación con AP, en general se trata de contactos puntuales, a excepción de las USMC, que requieren una coordinación continua, dada la continuidad asistencial que prestan a los pacientes. Por ello este apartado se centra en la coordinación que se produce entre las USMC y AP.

La forma estándar y más frecuente de comunicación entre ambas redes es la escrita, principalmente mediante informes de derivación de AP a la USMC, informe clínico de tales valoraciones desde la USMC a AP, o notas clínicas acerca de aspectos concretos dirigidas a la otra parte. Otra forma de comunicación, menos frecuente, es la comunicación telefónica. La forma más habitual de coordinación son las reuniones entre ambos equipos, representados no al completo, por motivos organizativos y obligaciones asistenciales, sino parcialmente en ambos. Este tipo de coordinación se ve facilitada en aquellas USM que se encuentran ubicadas en el mismo centro que el Centro de Atención Primaria. En estas reuniones de coordinación se abordan tanto aspectos generales (p.ej: problemas detectados en las derivaciones, en el tiempo de espera, etc) o sobre pacientes en concreto. Sin embargo, no existe homogeneidad en Canarias en lo relativo a estas reuniones, en aspectos como la periodicidad, miembros que deben estar presentes, contenido, etc.

Estas necesidades de discutir sobre pacientes concretos, unido a las experiencias previas reflejadas en la literatura científica, ha llevado al desarrollo de la figura del “facultativo consultor”, quien realiza reuniones programadas con los equipos de AP. La función principal es dar respuesta a casos planteados por AP, proporcionando orientaciones, clarificaciones, sugerencias, etc. Al mismo tiempo, esta labor permite un ejercicio de formación continua mediante casos reales. En

óptimas condiciones, la actividad del facultativo consultor puede resultar en un mejor abordaje de los pacientes en AP, mejores derivaciones (tanto la derivación de quienes deben ser derivados, como la no derivación de quienes no), mejor formación de los médicos de AP, y en definitiva, una mejora de la calidad de la atención en salud mental en AP, que puede redundar a su vez en una menor presión asistencial en la red de salud mental. Aunque en Canarias existe esta figura de facultativo consultor, ha dependido de las iniciativas en las diferentes áreas y por tanto, su desarrollo ha sido heterogéneo.

En los últimos dos años se ha puesto en marcha la consultoría virtual, con óptimos resultados, según la valoración de ambas partes.

6.4.1.2. Coordinación entre dispositivos en la red de salud mental

Dado que las USMC son el eje de la asistencia al paciente con trastorno mental en la Red de Salud Mental, resultan asimismo el dispositivo clave a partir del cual se realizan actividades de coordinación, tanto de esta hacia otros dispositivos, como a la inversa.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Servicio de Urgencias**

Ante la indicación de ingreso hospitalario desde una USMC, resulta una práctica general la coordinación con el EFIE para comunicación de tal indicación y de las características del paciente. Esta comunicación tiende a realizarse por vía telefónica y mediante informe clínico. El informe clínico puede remitirse por diferentes vías según las circunstancias de cada paciente. En otras ocasiones, la comunicación se realiza a los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias, cuando se estima que deben conocer determinados aspectos para un adecuado proceder una vez que el paciente llegue al Servicio de Urgencias. Si bien se puede realizar la indicación de ingreso hospitalario desde la USM, la decisión final de ingreso la realiza el psiquiatra del EFIE o el psiquiatra de guardia, tras la evaluación o evaluaciones pertinentes.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Unidad de Internamiento Breve**

Dependiendo de los casos, puede ser necesaria o conveniente la comunicación telefónica entre los profesionales responsables del paciente de ambos dispositivos, sobre la historia del paciente y otros aspectos específicos. Esto resulta una práctica habitual cuando alguna de las partes lo estima necesario. Otra forma de coordinación han sido las reuniones presenciales periódicas de profesionales de las USMC en las UIB, para intercambio de información sobre los pacientes ingresados correspondientes a tal USMC. Sin embargo, esta práctica ha sido intermitente y heterogénea entre islas y en cada isla. Por último, sí es una práctica extendida que al alta hospitalaria desde la UIB se concierte con la USMC una primera cita, que por consenso verbal, se realiza no más allá de 15 días tras el alta. La información sobre el ingreso se transmite a las USMC por medio del informe de alta, que habitualmente aporta el paciente en la primera consulta. En cualquier caso, la USMC tiene acceso a este a través de la Historia Clínica Electrónica.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Unidad de Media Estancia y Unidad de Larga Estancia**

El tipo de coordinación que se realiza entre estos dispositivos es similar al descrito previamente entre USMC-UIB, resultando coincidente en las modalidades y en su heterogeneidad. La Unidad de Media Estancia y/o la Unidad de Larga Estancia reciben una información completa en el informe de derivación desde la USMC, si es el dispositivo origen de la derivación. Tras su evaluación, decide si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. A su vez, al alta las USMC disponen del informe de alta de la Unidad de Media Estancia o de la Unidad de Larga Estancia.

- **Unidad de Internamiento Breve - Unidad de Media Estancia y Unidad de Larga Estancia**

Además de la derivación desde la USMC a las UME y Unidades de Larga Estancia, en otras ocasiones la derivación se realiza a propuesta de la UIB, durante ingresos prolongados en los que la sintomatología persiste y se estima la necesidad de un ingreso en un dispositivo más acorde a lo que requiere el paciente. En tal caso se realiza la derivación entre dispositivos mediante un informe completo. La Unidad de Media Estancia o de Larga Estancia evalúa el informe y decide si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no.

- **Unidad de Media Estancia - Unidad de Larga Estancia**

En aquellos casos en los que, durante el ingreso en la UME, se detecta un perfil clínico y necesidades susceptibles de ingresos más prolongados de lo establecido para la UME, se propone el ingreso en la Unidad de Larga Estancia. La derivación se realiza mediante un informe completo. Tras la evaluación del informe, la Unidad de Larga Estancia decide si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial**

Respecto a aquellos pacientes para los que la USMC estima que requieren un abordaje terapéutico rehabilitador que va más allá de las posibilidades de la propia USMC, se realiza un informe completo de derivación a los CDRPS. Los profesionales de salud mental de los CDRPS evalúan este informe y deciden si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. Tras el informe favorable de los profesionales de salud mental, la Comisión de Acceso es la que autoriza la admisión del paciente en el dispositivo. Las reuniones periódicas entre los equipos de las USMC y de los CDRPS son habituales. Estas constituyen un entorno ideal para la información sobre la evolución de los pacientes en el ámbito de la rehabilitación y el enriquecimiento mutuo de información y conocimiento de las particularidades de cada paciente, ya que se trata de dos dispositivos que realizan un tratamiento y seguimiento del paciente al mismo tiempo, desde perspectivas complementarias. Otra forma de coordinación es la telefónica, especialmente por parte de los CDRPS a las USMC, dado el seguimiento más continuo que realizan, ante observaciones clínicas que puedan ser sugestivas de descompensaciones.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria - Equipos de Tratamiento Comunitarios Asertivos**

Respecto a aquellos pacientes para los que la USMC estima que requieren un abordaje terapéutico por parte de un Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo se realiza un informe completo de derivación. El informe se evalúa para estimar si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. La comunicación entre estos dos dispositivos se realiza principalmente en estas situaciones:

- Las USMC con el ECA o ETAC cuando resulta necesaria su intervención.
- Del ETAC a las USM cuando se estima que el paciente está en condiciones de retomar el seguimiento por parte de la USMC (ETAC - Gran Canaria).
- Durante la evolución, para el intercambio de información entre ambos equipos sobre uno o más pacientes (ECA - Tenerife y ETAC - Gran Canaria).

Las vías principales de coordinación son la telefónica y las reuniones presenciales.

- **Equipos Funcionales de Interconsulta y Enlace - Unidad de Salud Mental Comunitaria**

Si bien la comunicación principal entre los EFIE y las USMC se realiza por escrito, con lo que consta en el informe de alta del paciente a partir de lo expuesto e indicado por el EFIE durante el ingreso, en algunos casos, el EFIE se comunica telefónicamente con las USMC

para poner en conocimiento aspectos importantes del paciente que es remitido para seguimiento en estas. Las derivaciones del EFIE a una USMC se realizan por escrito, con constancia en el informe de alta de tal indicación. Posteriormente el médico de AP realiza un informe de derivación a la USMC de referencia.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria Infanto-Juvenil - Servicio de Urgencias**

La comunicación ante la indicación de ingreso y las modalidades expuestas para el apartado de adultos son similares al caso de los pacientes en edad infanto-juvenil.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria Infanto-Juvenil - Hospitalización total**

La comunicación telefónica entre los profesionales responsables del paciente de ambos dispositivos es habitual, especialmente para el intercambio de información clínica relevante. Si bien se puede realizar la indicación de ingreso hospitalario desde la USM, la decisión final de ingreso la realiza el psiquiatra del EFIE o el psiquiatra de guardia, tras la evaluación o evaluaciones pertinentes. En el caso de ingreso en el Servicio de Pediatría, la comunicación se realiza básicamente con el EFIE, dado que son los profesionales responsables de las intervenciones terapéuticas de salud mental. Al igual que en el caso de los adultos, al alta hospitalaria se acuerda con la USMC una primera consulta en un periodo de tiempo breve, se realiza no más allá de 15 días. Los profesionales de la USM-IJ reciben la información relativa al ingreso en el informe de alta hospitalaria.

- **Unidad de Salud Mental Comunitaria Infanto-Juvenil - Hospitalización parcial**

Dado el carácter más grave de los pacientes, y la duración más prolongada de este régimen de hospitalización, son más habituales las acciones de coordinación mediante reuniones presenciales.

Para la derivación de un paciente es necesario realizar un informe completo. El informe se evalúa en el Hospital de Día Infanto-juvenil para estimar si el paciente se ajusta al perfil del dispositivo o no. Asimismo, pueden producirse intercambios de información telefónicamente según las necesidades. Al alta se realiza un informe de alta que reciben los profesionales de la USM-IJ en la consulta inicial tras este.

6.4.1.3. Coordinación entre la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias

Los pacientes con patología dual, en quienes coexisten un trastorno mental y un trastorno adictivo, suponen una realidad frecuente y compleja. La coordinación entre las redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias es deseable para una mejor atención a estos pacientes. En líneas generales, y teniendo en cuenta la heterogeneidad mencionada previamente, no existe una coordinación entre ambas redes mediante reuniones periódicas. Las principales vías de comunicación entre ambas se produce según las necesidades concernientes a pacientes concretos, mediante notas o informes clínicos, o en menor proporción, mediante contactos telefónicos.

6.4.1.4. Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas

No puede hablarse de una coordinación entre la Red de Salud Mental y otras especialidades médicas, sino de comunicación en función de las necesidades en casos concretos. Además de la interrelación evidente que se produce en los hospitales a través de los equipos funcionales de interconsulta y enlace, en el ámbito ambulatorio se restringe a la comunicación mediante notas o informes clínicos, y ocasionalmente, a la vía telefónica.

6.4.2. Coordinación interinstitucional

6.4.2.1. La coordinación con los servicios sociales: coordinación sociosanitaria

La coordinación sociosanitaria es un área compleja en la que intervienen múltiples agentes para un fin común. Existe coordinación interinstitucional a través de los Convenios que se firman entre el Gobierno de Canarias, representado por la Consejería de Sanidad, la Consejería de Empleo, Política Social y Vivienda; y los Cabildos Insulares.

Dada la complejidad de la coordinación sociosanitaria, además de la heterogeneidad existente entre las islas, se expondrán a continuación los aspectos generales comunes.

- **Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para personas con enfermedad mental (CIRPAC)**

Estos órganos colegiados, existente uno en cada Área de Salud, fueron creados mediante Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para Enfermos Mentales (C.I.R.P.A.C.) (B.O.C. 75, de 19.6.1998; c.e. B.O.C. 122, de 25.9.1998). Dado el tiempo transcurrido desde su creación, la experiencia práctica acumulada así como las necesarias actualizaciones que precisa, aconsejan acometer ligeras modificaciones en su regulación que redundarán en la mejora en la realización de sus funciones y la consecución de sus objetivos. Estas innovaciones constan en el Proyecto de Decreto por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, aún en fase de tramitación.

Dada esta situación de proyección de cambios se expondrán los aspectos relevantes a destacar de su regulación vigente, haciendo referencia expresa a sobre si dichos extremos se pretende operar alguna modificación en el Proyecto de Decreto citado.

Una de las primeras modificaciones proyectadas es el propio nombre del órgano, que pasa de referirse a enfermos mentales para hacer referencia a personas con enfermedad mental.

En cuanto a su naturaleza, son órganos colegiados, en cada Área de Salud, adscritos al Servicio Canario de la Salud, que permiten complementar y coordinar recursos sanitarios y sociales que habrán de confluir en el colectivo de personas con enfermedad mental grave, a fin de evitar su marginación, y cuyo ámbito de actuación se coordina en la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM).

Los CIRPAC están presididos por la persona titular de la Dirección de Área de Salud correspondiente y en su composición figuran, en calidad de vocales, representantes de los servicios sanitarios de salud mental del Área de Salud, de las Direcciones Gerencias de Hospitales o en su caso de la Gerencia de Servicios Sanitarios, de los Servicios Sociales del Área de Salud y del Cabildo Insular correspondiente, de la Dirección General de Programas Asistenciales, así como de las Consejerías del Gobierno de Canarias con competencias en materia de empleo y de educación, así como una importante representación de los municipios, cuyos representantes han de ser coincidentes con los representantes municipales del Consejo de Salud de Área correspondiente, y de las Asociaciones de Familiares de enfermos mentales.

En cuanto a su composición el Proyecto de Decreto introduce algunas sustanciales modificaciones, entre ellas, cabe destacar la ampliación de las representaciones de las Consejerías del Gobierno de Canarias, introduciendo a un representante de la Consejería con competencias en materia de política social, así como la ampliación de la representación

de las Asociaciones vinculadas, dando cabida además de las de familiares de enfermos mentales, a la representación de las Asociaciones de personas con enfermedad mental (usuarios), así como introduciendo igualmente a la persona responsable del PIRP (Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave), cuya presencia hasta ahora en las sesiones de los CIRPAC se ha considerado prácticamente inexcusable por la indiscutible relación con los asuntos a tratar, pero que sin embargo no figura como vocal, asistiendo solo en calidad de invitado, con voz y sin voto.

El Pleno del CIRPAC debe reunirse, al menos, una vez al semestre y de manera extraordinaria cuando resulte necesario a criterio de la Presidencia o a solicitud de la mitad de sus miembros.

Sus funciones son:

- 1.** Elaboración, a partir de los datos disponibles en los dispositivos asistenciales de Atención a la Salud Mental, Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidades de Media y Larga Estancia y de Rehabilitación y otros, de un censo de pacientes con enfermedad mental grave, ordenándolo según el nivel de necesidades. A dicha función el Proyecto de Decreto añade también la referencia a los datos disponibles en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP).
- 2.** Diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental grave (P.I.R.P.), asegurándose de que sus diferentes subprogramas sean los más adecuados para los correspondientes niveles de necesidades, y enviándolos para su aprobación a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.

Dicho P.I.R.P. deberá incluir entre sus líneas programáticas, al menos las de:

- a)** Seguimiento de las personas con enfermedad mental grave, por medio de las Unidades de Salud Mental Comunitarias.
 - b)** Desarrollo y promoción de Dispositivos Rehabilitadores Comunitarios (Centros de día, Unidades de noche).
 - c)** Desarrollo y promoción de una Red de Apoyo Social y Comunitario, con subprogramas de empleo, alojamiento alternativo, apoyo coyuntural y de tiempo libre; el Proyecto de Decreto añade también entre los subprogramas, los de apoyo domiciliario y atención a personas con enfermedad mental grave sin hogar.
- 3.** Actualmente la normativa vigente señala también como una función del CIRPAC la propuesta a la Dirección General de Programas Asistenciales del nombramiento de un responsable o responsables de cada uno de los PIRP. El Proyecto de Decreto suprime esta función al considerar que el responsable del PIRP debe ser miembro del CIRPAC, por lo que su designación debe correr la misma suerte que la de los demás miembros del CIRPAC, reservándose la propuesta a la Dirección de Área de Salud ratificada por la Dirección General de Programas Asistenciales, entre el personal del Servicio Canario de la Salud del Área de Salud correspondiente con responsabilidades en el ámbito de personas con enfermedad mental.
 - 4.** Poner a disposición del responsable o responsables de los P.I.R.P., un inventario de recursos y prestaciones sociosanitarias, públicas o privadas que puedan contribuir a la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave.
 - 5.** Asesorar a los responsables de los servicios sanitarios y sociales, públicos o privados, sobre la correcta utilización de todos los recursos y prestaciones así como de los diferentes

procedimientos para acceder a ellos. En este extremo, el Proyecto de Decreto, puntualiza que ese asesoramiento que realiza el CIRPAC debe hacerse siguiendo los criterios de coordinación establecidos por la Dirección General de Programas Asistenciales, para conseguir la necesaria uniformidad y homogeneidad de criterios en todas las Áreas de Salud.

6. Supervisar mediante el análisis y evaluación, las memorias y planes anuales que conllevan los P.I.R.P., dando cuenta de las conclusiones con carácter anual, a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.
 7. Proponer criterios y procedimientos de control de calidad para los diferentes subprogramas del P.I.R.P., promoviendo aquellos que beneficien a los pacientes, en coordinación con el resto de los C.I.R.P.A.C., a través de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.
 8. Informar con carácter periódico a la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental acerca de la actividad desarrollada para la realización del P.I.R.P.
 9. Emitir informe previo al plan de formación del personal de los centros y servicios concertados con la Administración para el caso de la asistencia a personas con trastornos mentales graves, así como cualquier otro que la normativa vigente le atribuya. El Proyecto de Decreto incorpora esta otra función, que si bien no aparece contemplada en el vigente Decreto 83/98, hay que entender que se ejerce en la actualidad, al serle atribuida mediante el artículo 14. 1.4.3 del Decreto 67/2012, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias (BOC 158, de 13.8.2012).
 10. Cuantas otras funciones sean precisas para lograr los objetivos que se fijan en el P.I.R.P.
- **Procedimiento de derivación de personas con trastorno mental a dispositivos sociosanitarios**

En este procedimiento se pueden distinguir las siguientes etapas:

1. *Identificación de necesidades.* Las Unidades de Salud Mental (USM), de acuerdo a los programas individuales de atención a personas con enfermedad mental grave, identifican las necesidades que presentan aquellos pacientes susceptibles de ser atendidos en los distintos dispositivos sociosanitarios específicos coordinados por el Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP): Centro de Rehabilitación Psicosocial, Alojamiento alternativo, Mini-residencia para personas con enfermedad mental y cualquier otro destinado a la población con discapacidad por enfermedad mental. El perfil básico del paciente susceptible de derivación es el de personas entre los 18 y 64 años de edad que sufren ciertos trastornos mentales graves y cumplan los criterios específicos para el recurso propuesto.
2. *Remisión a valoración de Dependencia.* Las USM se ocupan de gestionar con el paciente la solicitud de la valoración de la situación de dependencia en los órganos competentes.
3. *Derivación al PIRP.* Basándose en los criterios establecidos, las USM realizan un informe de derivación al responsable del PIRP indicando el recurso de rehabilitación propuesto.
4. *Coordinación y gestión de prioridades.* El responsable del PIRP gestiona la recepción de las solicitudes y en coordinación con las USM, establece las prioridades de acceso a las plazas disponibles en cada momento. A tal efecto tiene constancia de las plazas ocupadas, reservadas y vacantes en cada dispositivo, a través de la intranet del IASS, cuyos datos se

actualizan desde el PIRP. En las islas no capitalinas, la constancia de las plazas se obtiene a partir de la intranet de la Consejería competente de los Cabildos correspondientes, cuyos datos también se actualizan desde el PIRP. En cuanto al establecimiento de las prioridades de acceso, con el fin de una mejora en el procedimiento, en la actualidad se están desarrollando baremos, en un contexto de colaboración con Cabildos y la Dirección General de Dependencia.

5. *Comisión Sociosanitaria Insular de Acceso y Seguimiento del Plan de Atención a la Discapacidad.* Su función es determinar, tras su valoración y con el informe preceptivo de Sanidad, el acceso a las plazas y servicios sociosanitarios para posteriormente emitir la resolución con asignación del derecho. A tal efecto, se utilizan baremos que ayuden a ordenar la lista de candidatos. El listado de candidatos se remite a la Comisión, la cual cuenta con representación del Servicio Canario de la Salud, a través de la persona responsable del PIRP, así como con representación del Cabildo y representación de Dependencia, a efectos de que se proceda a la preceptiva resolución de ingreso, sin la cual no se puede adjudicar ninguna plaza; además, simultáneamente se informa al Servicio de Dependencia, identificando a los usuarios que ocupan las plazas (altas y bajas), siendo este el que la financia. En los Convenios de Cooperación entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y los Cabildos Insulares, para la prestación de servicios en recursos sociosanitarios de rehabilitación psicosocial se reconoce que el criterio de acceso a tales recursos se realiza en base al informe preceptivo, emitido por los profesionales de las Unidades de Salud Mental, para la prestación de los servicios, tanto en aquellos casos en los que tengan reconocida la situación de dependencia como en aquellos que no la tengan. En la actualidad, generalmente, para que se produzca un alta de un paciente, debe darse de baja a otro, ya que habitualmente la ocupación es del 100%. Cuando no hay plaza se genera lista de espera. En las islas no capitalinas, el procedimiento es similar, pero la Comisión de Acceso corresponde a la Consejería competente en cada Cabildo.
6. *Resolución de la concesión de plaza.* La resolución de la concesión de plaza se remite al dispositivo de recepción.

El procedimiento se muestra en el siguiente esquema:



En el caso de las islas no capitalinas, la gestión del acceso se realiza por las Consejerías competentes en cada Cabildo, siguiendo este procedimiento. En las islas capitalinas, se realiza por el IASS.

- **Procedimiento de derivación de personas con discapacidad por trastorno mental a dispositivos sociosanitarios**

La Comisión Sociosanitaria Insular de Acceso y Seguimiento del Plan de Atención a la Discapacidad, o en su caso, de la Consejería competente del Cabildo que corresponda, se reúne con periodicidad mensual para resolver la indicación y gestión de plazas sociosanitarias para personas con discapacidad. Participan representantes del Cabildo, Dependencia y responsable del PIRP. La relación remitida por el responsable del PIRP de usuarios de salud mental se aprueba de oficio, en tanto la gestión de estas plazas se realiza desde la coordinación del PIRP. En la comisión se estudian asimismo otros expedientes de personas con discapacidad intelectual que presentan alteraciones conductuales y se establece la coordinación con la USM de referencia.

Como se aprecia, esta Comisión de Acceso es de discapacidad, asumiendo dos funciones, una de discapacidad y otra de salud mental.

- **Coordinación del responsable del PIRP con la Comisión de Acceso y con la Unidad Técnica (UTEC)**

Por una parte, se realizan reuniones por parte del responsable del PIRP con la jefatura encargada de la Comisión Sociosanitaria Insular de Acceso y Seguimiento del Plan de Atención a la Discapacidad para coordinar aspectos relativos al acceso y adjudicación de plazas (altas, bajas, traslados).

Por otra parte, el responsable del PIRP mantiene reuniones con la jefatura encargada de la UTEC, encargada de planificar y supervisar el funcionamiento de los dispositivos sociosanitarios; así por ejemplo, periódicamente realizan visitas de seguimiento y vigilancia de cumplimiento a los CDRPS, a las MR o a los pisos de alojamiento alternativo. Por ello, las reuniones con la UTEC tienen como objeto el seguimiento del funcionamiento de los dispositivos.

En dichas reuniones del responsable del PIRP con uno y otro tipo de Jefaturas, dentro del cometido de cada una de ellas, se pueden fijar criterios generales, traslados a otros recursos sociosanitarios, gestión de casos complejos y reclamaciones, entre otras cuestiones.

- **Coordinación del responsable del PIRP con prestadores de servicios (Ayuntamientos, Empresas, Asociaciones)**

Al igual que en el caso de las reuniones con la UTEC, estas reuniones tienen como objeto el seguimiento del funcionamiento de los dispositivos, pudiendo tratarse en ellas distintos asuntos como incidencias, material necesario, equipos de profesionales, actividades, entre otras.

- **Coordinación Dispositivos de Salud Mental con recursos sociosanitarios**

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias y otros dispositivos de la Red de Salud Mental se coordinan periódicamente con los recursos sociosanitarios para asegurar la continuidad asistencial, y establecen coordinaciones a demanda cuando se considera necesario. Es necesario compartir información entre la Red de Salud Mental (USM y PIRP), conforme a la norma de protección de datos, con los profesionales que intervengan de las entidades prestadoras de servicios en los servicios y recursos sociosanitarios, cuando sea necesario para la elaboración conjunta del Plan Individual de Atención (PIA). Se propone que sea el usuario (con el asesoramiento que sea necesario), quien autorice el uso del contenido de su expediente.

6.4.2.2. La coordinación interinstitucional para la salud mental infanto-juvenil

- **Convenio con la Consejería con competencias en materia de educación**

El 2 de febrero de 2011 se firmó un Convenio específico de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias para la realización de actuaciones conjuntas en relación al alumnado con patologías psíquicas.

En este convenio se exponen, entre otros, aspectos relativos a:

- La respuesta educativa para este alumnado, que viene determinada por las necesidades educativas derivadas de la evaluación psicopedagógica realizada por los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de la Consejería de Educación.
- La necesidad de una estrecha coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y educativos, que facilite la identificación así como el tratamiento y seguimiento de cada caso.
- La necesidad de una coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y educativos para poder detectar cualquier patología psíquica susceptible de tratamiento y poder dar la respuesta educativa más adecuada a esta población.

Este convenio incluye nueve cláusulas que estipulan sobre el objeto, descripción de las actuaciones objeto del convenio, obligaciones de la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes y obligaciones de la Consejería de Sanidad, actuaciones conjuntas de las partes, financiación, comisión de seguimiento, efectos, duración y causas de resolución del Convenio y su naturaleza jurídica.

- **Acuerdo. Jóvenes con medidas judiciales**

El 31 de julio de 2012 se firmó un acuerdo entre la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda y la Consejería de Sanidad para la coordinación en materia de asistencia sanitaria a menores y jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas judiciales impuestas por los Juzgados de Menores de Canarias.

El acuerdo "tiene como objeto, en primer término, establecer las condiciones e instrumentos de coordinación para garantizar el acceso de los menores y jóvenes que cumplen una medida judicial de internamiento en Canarias al Sistema Canario de Salud de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica en la materia".

Este convenio incluye ocho cláusulas: Objeto; Población destinataria; Lugar de prestación; Adscripción de recursos sanitarios; Protocolo de coordinación e información; Comisión de seguimiento; Financiación; Vigencia.

El Anexo incluye un *Protocolo de coordinación para la asistencia sanitaria a menores y jóvenes que se encuentren cumpliendo medidas judiciales impuestas por los Juzgados de Menores de Canarias*, que distingue las siguientes partes:

- Parte Primera: Consideraciones generales.
- Parte Segunda: Asistencia sanitaria primaria y especializada a menores y jóvenes que cumplen medida judicial de internamiento.

- Parte Tercera: Atención especializada en salud mental.
- Parte Cuarta: Programas sanitarios en los Centros de internamiento educativo para menores infractores.
- Parte Quinta: Atención a las drogodependencias.
- **Protocolo de colaboración con Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda**

El 16 de abril de 2010 se firmó un Protocolo general de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda del Gobierno de Canarias, que nace en el marco del Plan Integral del Menor, aprobado en el Parlamento de Canarias el 15 de abril de 1999, y que establecía en el objetivo general intermedio nº 10 la creación de un Centro Convivencial para Menores con Graves Trastornos de Conducta (CMTC) en el que se desarrollen actuaciones de carácter terapéutico y rehabilitadoras. Las características especiales de los menores a atender requieren una atención educativa específica mientras dure su estancia en el Centro.

Dicho Acuerdo se estructura en siete cláusulas: Objeto; Perfil de los menores (incluye criterios de ingreso y de alta); Características del CMTC; Acceso; Actuaciones de colaboración específica; Vigencia; Régimen jurídico.

07 Sistemas de información en salud mental

7.1. INTRODUCCIÓN. LA INFORMATIZACIÓN EN EL SCS

Con el progresivo proceso de informatización el SCS pretende:

1. Que los profesionales sanitarios puedan acceder a la información básica necesaria para la asistencia de los usuarios en cualquier punto de la red sanitaria pública (Servicios de Urgencia, Hospitales, Centros de Salud, Centros de Atención Especializada, etc).
2. Que los profesionales tengan herramientas de apoyo que les faciliten el tomar las decisiones más eficientes y adaptadas a la mejor evidencia científica disponible.
3. Que disminuyan los errores clínicos gracias a la existencia de protocolos de actuación, sistemas de alarma y procedimientos expertos de análisis de la información.
4. Que los sanitarios puedan dedicar más tiempo a la atención clínica al quedar liberados de procedimientos burocráticos y que los trámites a realizar por el ciudadano sean los mínimos posibles.
5. Disminución en el número de exposiciones/analíticas al paciente por pérdida o necesidad de repetición de pruebas diagnósticas.
6. Que se disponga de la información necesaria y de calidad, que facilite la toma de decisiones.

7.2. DEFINICIÓN

Un sistema de información de salud mental (SISM) es “un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende” (OMS, 2010). El SISM “aspira a mejorar la eficacia y la eficiencia de un servicio de salud mental y a asegurar prestaciones más equitativas, por permitir a los gestores y proveedores de servicios tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención. En resumidas cuentas, un SISM es un sistema para la actuación: existe no sólo con el objeto de recoger datos, sino también para permitir la toma de decisiones en todos los terrenos del sistema de salud mental” (OMS, 2010).

7.3. LOS REGISTROS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

Los registros de casos psiquiátricos se han definido como ‘un sistema de información longitudinal, centrado en los pacientes, que recoge los contactos que se establecen con un conjunto de servicios de salud mental en un área geográfica delimitada’ (WHO, 1983). Los registros de casos proveen datos importantes para la planificación de servicios, epidemiología, administración e investigación (Ten Horn, 1986).

Sus características son (Pons et al., 1992):

- Se centra en los pacientes y no en los sucesos.
- Se basa en una población bien definida.
- La información es longitudinal y acumulable.
- Está orientado a los servicios.

Más allá de los elementos que definen a un registro de casos psiquiátricos, recientemente se han señalado las características que debería tener para su implementación y funcionamiento adecuados (Moreno, 2012):

1. Sistema centrado en el paciente.
2. Información longitudinal, acumulable y exhaustiva.
3. Sistema de información integrado.
4. Definición de un conjunto mínimo básico de datos necesarios.
5. Aplicación de medidas para garantizar la confidencialidad de la información.
6. Establecer medidas para garantizar la calidad de los datos.
7. Diseñar una explotación de los datos útil.
8. Contar con la opinión de los clínicos.
9. Creación de unidades intermedias para su mantenimiento.
10. Necesidad de apoyo institucional.

En España, en el contexto de la reforma psiquiátrica, se planteó la necesidad de contar con instrumentos que permitieran la evaluación de los objetivos de la reforma. Un grupo de expertos de Salud Mental, tras varias reuniones de trabajo entre 1985-1988, concluyó que un registro acumulativo de casos psiquiátricos sería el método más idóneo (Pons et al., 1992). Los primeros registros fueron los de la Comunidad Autónoma Vasca, en marcha desde 1983, y el de Asturias, desde 1986 (MSC, 2007). Sin embargo, en la última Estrategia en Salud Mental del SNS (2009-2013), sólo 9 CC.AA. aportaron información sobre la morbilidad atendida, hallándose una alta variabilidad que llevó a recomendar el desarrollo de un sistema de registro generalizado y homologable entre las CC.AA. (MSPSI, 2011). Por tanto, no existe un sistema de información en salud mental que recoja la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma y esté agregado a nivel nacional. El único sistema centralizado es la información sobre el proceso de hospitalización en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria (MSC, 2007).

Una de las líneas estratégicas básicas de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud es el desarrollo de sistemas de información y evaluación (MSC, 2007), mantenida en la última Estrategia vigente (MSPSI, 2011).

7.4. EL REGISTRO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS DE CANARIAS (RECAP)

7.4.1. Historia y situación actual

La historia del RECAP se remonta a finales de los años 90, tras la iniciativa de profesionales de la Red de Salud Mental, que estimaron conveniente y necesario ir recogiendo la información sobre la actividad asistencial, como las características básicas de los pacientes y el tipo de intervenciones realizadas. Para el diseño de este sistema de información se ha contado desde un primer momento con la opinión y las sugerencias de los profesionales sanitarios. Los profesionales son los protagonistas, ya que alimentan la base de datos con su actividad asistencial y además son los principales usuarios de la información para fines asistenciales.

La Orden de 4 marzo de 2002, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se amplía la relación de ficheros de datos de carácter personal existentes en el Servicio Canario de la Salud, supuso la inclusión del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP) como un registro oficial en Canarias.

En el 2003 se puso en marcha un proyecto piloto, realizado en cuatro USM del área norte de Gran Canaria, con el objetivo de unificar el formato de recogida de datos.

En el 2004 se realizó la evaluación de este proyecto piloto, y en el 2005 se implanta de forma oficial el RECAP.

En el periodo comprendido entre 2006 y 2009 se produce una generalización progresiva del RECAP a las USM de Canarias.

En el 2010 se realizó la ampliación del RECAP a las USM de infanto-juvenil.

En el 2011 se integraron en el RECAP los Hospitales de Día Infanto-juveniles y los Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial, abarcando ya la práctica totalidad de la asistencia ambulatoria que se realiza en Canarias.

En el 2014 se integraron asimismo las Consultas Ambulatorias Hospitalarias específicas (patología dual, Psicooncología, TEC, Unidad de Transexualidad, etc) realizadas en el ámbito hospitalario.

En el 2016 se incluyó en el RECAP la información sobre las urgencias psiquiátricas hospitalarias.

Desde el año 2011 comienza de forma paralela la recogida de información del RECAP a través de la Historia Clínica Electrónica alojada en la plataforma informática DRAGO AE. En marzo de este año se inicia un estudio piloto en las USM de la isla de La Palma. Tras los resultados satisfactorios que arrojó su evaluación se decidió generalizar el registro informatizado a los dispositivos asistenciales de La Gomera, El Hierro y Lanzarote. En el año 2013 se implantó en Fuerteventura y parcialmente en Tenerife y Gran Canaria (Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria y el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria). Posteriormente a medida que se ha ido implantando la Historia Clínica Electrónica en los hospitales se ha incorporado el RECAP de forma conjunta.

Según los datos de 2015, el RECAP incluyó información sobre la actividad asistencial de 348 profesionales de la Red de Salud Mental, 175.188 pacientes, 2.641.750 episodios asistenciales y 1.556.358 Intervenciones en los DRPS.

7.4.2. Objetivos y utilidad

El Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias responde a la necesidad de disponer de un sistema unificado de información en Atención a la Salud Mental que permita conocer de forma periódica la utilización y actividades de la Red de Atención a la Salud Mental en Canarias. El registro tiene un carácter regional (Comunidad Autónoma de Canarias) y está diseñado como un fichero longitudinal de pacientes afectados de trastornos mentales en el que se recogen todos y cada uno de los contactos que éstos tienen con los diferentes dispositivos asistenciales en Salud Mental. Al estar centrado en pacientes, el registro evita la doble contabilidad de los mismos. Al estar referido a una población definida, posibilita las comparaciones con los datos del censo de ésta, la extracción de tasas y la comparación con otras. Al ser longitudinal y acumulativo permite un seguimiento continuo. Al estar orientado a los servicios, proporciona datos sobre su uso.

Los objetivos del RECAP son los siguientes:

- En relación con la política de gestión y planificación, permite conocer las tendencias temporales de los distintos patrones de contacto que dibujan la trayectoria de cada paciente a través de los diferentes servicios. Esta política ayuda a valorar el efecto derivado de la reorganización de los recursos en un área y a fomentar una política descentralizadora e integradora que facilita la accesibilidad a los servicios.
- En la política de evaluación de los rendimientos ayuda a conocer el funcionamiento y la demanda de los servicios de salud mental.
- En la política de adopción de decisiones clínicas, suministra la información de acuerdo con el nivel administrativo en el que se toma la decisión. También implica que la información se aporta de forma sencilla y fácilmente comprensible y con la rapidez necesaria para influir en la decisión.
- En relación con la política de investigación, evita los sesgos que se originan si se consideran sólo unos servicios asistenciales; permite comparar los datos obtenidos con relación a la población total, así como la iniciación de estudios longitudinales en la búsqueda de factores etiológicos, de pronóstico y/o tratamiento y contribuye a un banco de datos en salud mental para la extracción de muestras complejas. Por su parte, al contar con diversas variables, permite realizar análisis en función de ellas. Así, es posible, por ejemplo, realizar análisis de actividad asistencial y características de las personas atendidas en función del sexo o la edad, con la importancia que ello conlleva.

En resumen, el RECAP suministra información precisa y puntual de calidad, imprescindible para unas adecuadas políticas de gestión, planificación, evaluación de rendimientos, adopción de decisiones e investigación.

La utilidad de la explotación de datos la podemos enmarcar en tres grandes apartados, si bien la utilidad de su contenido no es exclusivo de los apartados en los que se encuadran, sino que se extiende a las demás y se interrelacionan.

- **Gestión y Planificación**
 - Cómputo unívoco de los usuarios atendidos.
 - Actividad asistencial ambulatoria realizada en Salud Mental.
 - Comparación de la población atendida con la población general.
 - Obtención de muestras poblacionales.

- Comparación de la población atendida entre las distintas áreas sanitarias.
- Observación de las pautas asistenciales y patrones de utilización de los servicios ambulatorios.
- Elaboración de hipótesis de investigación.
- Evaluación de las necesidades para la población.
- Evaluación de las necesidades de recursos según áreas.
- **Para los Dispositivos**
 - Análisis de actividad asistencial.
 - Análisis de patologías atendidas.
 - Puesta en marcha de intervenciones según trastornos de mayor prevalencia.
 - Evaluación de calidad asistencial mediante indicadores.
 - Evaluación de la evolución en los parámetros asistenciales.
 - Evaluación de la efectividad de programas realizados.
- **Para los profesionales**
 - Evaluación de su actividad asistencial.
 - Disponibilidad de cuantificación rápida y fiable de datos varios para objetivos clínicos.
 - Investigación.

7.4.3. Características

La cumplimentación del registro en los dispositivos clínicos, Unidades de Salud Mental y Hospitales de Día, se realiza en la plataforma de Historia Clínica Electrónica (DRAGO AE). En los dispositivos de rehabilitación psicosocial el registro se hace vía web, directamente en la aplicación del RECAP. La informatización en la recogida de los datos ha supuesto un avance importante en la disponibilidad de la información y por tanto ha permitido una mayor rapidez y agilidad en la explotación de los datos.

El RECAP incluye datos de otros Sistemas de Información Sanitaria (SIS). Esta integración permite no perder información de los pacientes, al cruzarse bases de datos de diferentes ámbitos asistenciales y al mejorar la relación entre niveles asistenciales. El RECAP se nutre de datos recogidos en otros Sistemas de Información, como el Sistema de Información Hospitalaria (SIH), la base de datos de tarjeta sanitaria y la Historia Clínica Electrónica, entre otros.

El análisis de los datos y el desarrollo de indicadores y cuadros de mando se realiza con el Programa Oracle Business Intelligence. La explotación de los datos permite obtener una visión integral de todos los episodios asistenciales en los distintos dispositivos de Salud Mental, en los que está inmerso el paciente.

Tanto la aplicación RECAP como la Historia Clínica Electrónica en DRAGO AE se ajustan al marco establecido por la normativa de protección de datos. Para ello, ambas aplicaciones se integran con un registro corporativo de accesos que constituye la herramienta de control que permite auditar el cumplimiento de las normas.

7.4.4. Calidad e indicadores

Para garantizar la **calidad** de la información registrada se han establecidos controles de calidad en todos los niveles del proceso, desde el primer momento con el registro de la información hasta la explotación de datos. Asimismo, se han diseñado programas con controles de errores lógicos.

Por su parte, el diseño de los **indicadores** facilita una visión global de los servicios y los usuarios. A continuación, a modo ilustrativo, se presentan tablas que contienen relaciones de indicadores desarrollados para el análisis de la actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental, Hospitales de día y Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial.

Relación de Indicadores para Unidades de Salud Mental y Hospitales de Día

- Frecuentación por 1.000 habitantes.
- Media diaria de consultas (programadas, no programadas, urgentes) por perfil profesional
- Índice de consultas sucesivas / primeras consultas por perfil profesional.
- Porcentaje del tipo de consulta (programadas, no programadas, urgentes) por perfil profesional.
- Nivel de asistencia a consulta por perfil profesional.
- Porcentaje intervenciones realizadas en dispositivo, domicilio y otras instituciones por perfil profesional.
- Media anual de consultas por diagnóstico CIE 10 y perfil profesional.
- Número de consultas por grupo diagnóstico CIE 10.
- Número de pacientes por grupo diagnóstico CIE 10.
- Porcentaje de pacientes con más de tres consultas sin diagnóstico CIE 10.
- Incidencia y Prevalencia tratada por diagnóstico CIE 10.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA.
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave.
- Tasa de tentativa de suicidio comunicada por 1.000 habitantes.
- Media de psicoterapia por paciente y diagnóstico CIE 10.
- Altas (número, porcentaje y tasa por 1.000 habitantes).
- Tipo de altas (número, porcentaje y tasa por 1.000 habitantes).
- Altas por diagnóstico CIE 10.
- Porcentaje de pacientes con indicación de ingreso.
- Tareas (informes, coordinación, atención a personas relacionadas): número y media diaria por perfil profesional.

Relación de Indicadores para Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial

- Número de usuarios por DRPS.
- Media mensual de contactos por usuarios y por DRPS.
- Porcentaje intervenciones referidas a Programas de Rehabilitación Cognitiva.

- Porcentaje intervenciones referidas a Autocuidado.
- Porcentaje intervenciones referidas a Autonomía.
- Porcentaje intervenciones referidas a Habilidades Sociales.
- Porcentaje intervenciones referidas a Habilidades para la vida diaria.
- Porcentaje intervenciones referidas a Actividad física y deporte.
- Porcentaje intervenciones referidas a Programas de Intervención Familiar.
- Porcentaje intervenciones referidas a Programas de ocio.
- Porcentaje intervenciones referidas a Rehabilitación laboral.
- Porcentaje intervenciones referidas a Talleres Prelaborales.
- Porcentaje intervenciones referidas a Empleo con apoyo.
- Altas por tipo de DRPS (número y porcentaje).
- Tipo de altas por DRPS (número y porcentaje).

Periódicamente tanto los gestores como los profesionales reciben informes que contienen datos de la actividad asistencial. El desarrollo de indicadores ha permitido evaluar el rendimiento asistencial y por ende, establecer en base a esos resultados **criterios de calidad** negociados y pactados con los profesionales. A continuación se muestra una relación de ejemplos, a modo ilustrativo, con criterios de calidad.

Ejemplos de criterios de calidad pactados con los profesionales sanitarios

- Número de consultas diarias citadas por perfil profesional.
- Mejorar la adherencia a las consultas, con establecimiento de un máximo del 15% de consultas a las que los pacientes no acuden.
- Aumentar el cociente diferencial del número de consultas entre los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y Trastorno Mental Común.
- Alcanzar una media establecida de consultas / año con psiquiatría en los pacientes con TMG.
- Alcanzar una media establecida de consultas/año con enfermería en los pacientes con TMG.
- Reducir la Prevalencia e Incidencia asistida en el Trastorno Mental Común.
- Reducir el porcentaje de pacientes sin diagnóstico CIE 10 a un 5%, en aquellos que han tenido un mínimo de 3 consultas.
- Alcanzar un determinado porcentaje de altas desde las USMC cuyo motivo principal sea 'mejoría', 'no requiere tratamiento' o 'derivación a Atención Primaria.'
- Alcanzar un determinado porcentaje de altas desde las USMC para el Trastorno Mental Común.
- Disminuir el porcentaje de altas por abandono.

7.5. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN SALUD MENTAL: ESTACIÓN CLÍNICA DRAGO AE

La estación clínica Drago-AE es la aplicación informática corporativa que gestiona el proceso asistencial completo dentro de Atención Especializada en el SCS y refleja cada una de las relaciones del paciente con el sistema sanitario.

Sus objetivos son:

1. Mejorar los flujos de trabajo.
2. Ofrecer un servicio más eficiente.
3. Ofrecer un servicio de mayor calidad y más apreciado por la población.

Permite la revisión de los procesos asistenciales y no asistenciales, con un beneficio inmediato en la gestión, derivado de la mayor precisión de los datos. Un aspecto importante en su desarrollo ha sido la posibilidad de participación de todos los profesionales implicados, de forma que satisfaga sus necesidades.

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA junto con la Dirección de DRAGO AE coordinó el desarrollo de los contenidos de la Estación Clínica en SM. Todo el proceso se realizó en cinco fases:

- 1ª Incorporación de los formularios de RECAP a la Plataforma DRAGO AE. Realizada por los responsables de DRAGO AE y RECAP junto con los equipos de desarrollo de ambas aplicaciones.
- 2ª Presentación del entorno DRAGO AE a las Jefaturas de Servicio de los hospitales de Canarias. Solicitud de aportar formularios (junto con sus equipos) que consideraran importantes para incorporar en la Historia Clínica.
- 3ª Recogida de propuestas de formularios. En aquellos temas en los que había más de una propuesta se consensó con los profesionales un formulario único.
- 4ª Desarrollo, incorporación y validación de cada uno de los formularios en el entorno funcional de DRAGO AE.
- 5ª Presentación, formación e implantación de la estación clínica de Salud Mental en cada uno de los hospitales de Canarias.

Tras la puesta en marcha inicial en La Palma de la Historia Clínica Electrónica, en el año 2011 se incorporaron a la estación clínica de SM La Gomera, El Hierro y Lanzarote. A partir del año 2012 se incorporó el Hospital General de Fuerteventura con las USM de referencia. En el año 2013 el Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria y Hospital Universitario Materno Insular de Gran Canaria pusieron en marcha la Historia Clínica Electrónica en Salud Mental. Paulatinamente se fueron incorporando el resto de los hospitales, y en la actualidad todos trabajan con HCE.

Bibliografía

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Moreno B. ¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental? Diez requisitos necesarios para su implementación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2012; 32(113): 29-38.

OMS. Organización Mundial de la Salud. *Sistemas de información en salud mental. (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.

Pons I, Pedreira V, Lalucat L, Espinosa MI, Pedreira JL, Eguiagara M et al. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. Documento del grupo de trabajo sobre registros de casos psiquiátricos. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 1992; 12: 115-24.

Ten Horn GHMM. A classification of different types of psychiatric case registers. In: Ten Horn GHMM, editors. *Psychiatric Case Registers in Public Health*. New York: Elsevier; 1986. p 388-401.

WHO. World Health Organization. *Psychiatric Case Registers. Report on a working group*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe;1983.

08

Formación e investigación

8.1. FORMACIÓN

8.1.1. Bases

La formación del personal sanitario en materia de salud mental es uno de los objetivos básicos de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud, y constituye una estrategia fundamental.

La formación especializada del personal sanitario tiene como objeto promover una atención sanitaria de calidad a las personas con trastornos mentales en Canarias, que sea coherente con el Modelo de Salud Mental Comunitaria, mediante el desarrollo personal y profesional de los distintos profesionales de la red asistencial de salud mental, fomentando una cultura de servicio, de innovación continuada y de compromiso con la organización sanitaria pública y con la excelencia profesional al servicio de los ciudadanos.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias asume las recomendaciones de la OMS (WHO, 2005), que señalan que una política para la formación continuada debe tener en cuenta, entre otros, la existencia de un compromiso firme por parte de la Administración para facilitar la formación y desarrollar la carrera profesional; procedimientos de valoración, evaluación y reconocimiento de los progresos y, por otro lado, el empeño de los profesionales para hacer uso de las nuevas competencias.

8.1.2. Coordinación, colaboración y difusión

- Se han realizado cursos en **coordinación y colaboración** con la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y la ESSSCAN, como institución oficial de formación sanitaria y sociosanitaria en Canarias.
- En cuanto a la **difusión**, para poder llegar al mayor número de profesionales, una herramienta básica ha sido la cuenta de correo electrónico del Programa de Formación en Salud Mental (proforsame.scs@gobiernodecanarias.org) y su lista de distribución asociada. Esta herramienta permite la rápida y extensa comunicación con los profesionales de la Comunidad, en todo lo relativo a la formación y temas relacionados. La iniciativa ha tenido una excelente acogida y cuenta ya con más de 1.000 profesionales suscritos a esta.

8.1.3. Formación realizada

Las acciones formativas llevadas a cabo han estado aglutinadas en una serie de **ejes básicos**:

- Trastornos mentales infanto-juveniles: prevención, promoción de la salud mental y programas de intervención en las distintas patologías.
- Mejora del abordaje en salud mental en Atención Primaria.
- Modelos de Psicoterapia en las distintas patologías.
- Investigación en salud mental.
- Mejora de habilidades en rehabilitación y reinserción laboral de enfermos mentales crónicos.
- Nuevos retos para la Red de Salud Mental.
- Promoción y cooperación con usuarios y familiares.

Estos ejes se han desarrollado a través de **dos vías**:

- Formación continuada en los distintos servicios de salud mental, a través de sesiones clínicas, jornadas, etc.
- Formación planificada por la Dirección General de Programas Asistenciales en colaboración con los Servicios de Salud Mental, la ESSSCAN y otras Instituciones.

Los **profesionales** destinatarios de las actividades de formación han sido:

- Profesionales de Salud Mental (Psiquiatras, Psicólogos, DUE, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería).
- Profesionales de Atención Primaria (Médicos de Atención Primaria, DUE, Trabajadores sociales).
- Profesionales de otras instituciones (Drogodependencias, Servicios Sociales, Educación).

FORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL POR LA DGPPAA						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº seminarios	20	23	12	3	10	7
Nº horas	189	242	114	30	90	60
Media asistentes	25	25	56	150	113	82

FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2010		
TÍTULO	HORAS	LUGAR
Curso de metodología de la investigación en salud mental	20	Gran Canaria
Curso de metodología de la investigación en salud mental	20	Tenerife
Curso de metodología de la investigación en drogodependencias	10	Gran Canaria
Curso de metodología de la investigación en drogodependencias	10	Tenerife
Autismo	10	Tenerife
Autismo y psicosis infantil	10	Gran Canaria
Trastornos de personalidad	12	Gran Canaria
Trastornos de personalidad	12	Tenerife
Trastornos de personalidad	12	Fuerteventura
Terapia interpersonal con adolescentes	10	Tenerife
Abordaje terapéutico y supervisión de casos en infanto-juvenil	10	Tenerife
Hospital de día Infanto-Juvenil: terapia con niños y adolescentes	5	Gran Canaria
Abordaje de los trastornos de alimentación	10	Gran Canaria
Abordaje de los trastornos de alimentación	10	Tenerife
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Gran Canaria
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Tenerife
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Fuerteventura
Programa de Tratamiento Psicológico para pacientes con Trastorno Bipolar Refractario	10	Lanzarote
Organización de Programas para la atención temprana en la psicosis	10	Gran Canaria
Formación en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los trastornos de identidad de género*	10	Gran Canaria
Formación en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los trastornos de identidad de género*	10	Tenerife
Actualización en psicogeriatría*	10	Gran Canaria
Actualización en psicogeriatría*	10	Tenerife

* En colaboración con la ESSSCAN

FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2011		
TÍTULO	HORAS	LUGAR
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Tenerife
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Gran Canaria
Entrenamiento en resolución de problemas para Atención Primaria	8	Tenerife
Entrenamiento en resolución de problemas para Atención Primaria	8	Fuerteventura
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	6	Lanzarote
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	4	El Hierro
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	5	La Gomera
La Psicoterapia breve en Atención Primaria / Salud Mental	10	Tenerife
Procesos migratorios y salud mental	10	Tenerife
Procesos migratorios y salud mental	10	Gran Canaria
Curso de psicopatología avanzada para drogodependencias	20	Gran Canaria
Curso de psicopatología avanzada para drogodependencias	20	Tenerife
La psicoterapia en el tratamiento del niño con trauma	10	Gran Canaria
La psicoterapia en el tratamiento del niño con trauma	10	Lanzarote
La psicoterapia en el tratamiento del niño con trauma	10	Fuerteventura
Tratamiento de los trastornos de ansiedad	15	Gran Canaria
Terapia grupal	10	Gran Canaria
Comunicación corporativa externa	8	Gran Canaria
Comunicación corporativa externa	8	Tenerife
Intervención psicológica adaptada a las fases iniciales de la psicosis*	15	Gran Canaria
Intervención psicológica adaptada a las fases iniciales de la psicosis*	15	Tenerife
Acompañamiento terapéutico*	10	Gran Canaria
Acompañamiento terapéutico*	10	Tenerife

* En colaboración con la ESSSCAN

FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2012		
TÍTULO	HORAS	LUGAR
Terapia Familiar en los problemas de la adolescencia	10	Gran Canaria
Terapia de la depresión infanto-juvenil	10	Gran Canaria
Terapia de la depresión infanto-juvenil	10	Tenerife
Actualización sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad	10	Gran Canaria
Actualización sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad	10	Tenerife
Nuevos modelos de atención a las enfermedades mentales crónicas: continuidad de cuidados	10	Gran Canaria
Intervención con jóvenes con trastornos conductuales*	10	Gran Canaria
Intervención con jóvenes con trastornos conductuales*	10	Tenerife
Ideación suicida y suicidio*	10	Gran Canaria
Ideación suicida y suicidio*	10	Tenerife
Gestión de conflictos interpersonales en el ámbito sanitario	7	Gran Canaria
Gestión de conflictos interpersonales en el ámbito sanitario	7	Tenerife

* En colaboración con la ESSSCAN

FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2013		
TÍTULO	HORAS	LUGAR
Psicoterapia en las psicosis	10	Gran Canaria
Psicoterapia en las psicosis	10	Tenerife
La terapia en los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos: el modelo de terapia de aceptación y compromiso	10	Gran Canaria

FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2014		
TÍTULO	HORAS	LUGAR
Patología dual	9	Gran Canaria
Patología dual	9	Tenerife
Ética en los sistemas sanitarios	7	Gran Canaria
Ética en los sistemas sanitarios	7	Tenerife
Amenazan con quererme	10	Gran Canaria
Prevención y tratamiento de la conducta suicida	10	Gran Canaria
Prevención y tratamiento de la conducta suicida	10	Tenerife
Terapia Grupal en el trastorno mental grave	9	Gran Canaria
Terapia Grupal en el trastorno mental grave	9	Tenerife
Amenazan con quererme	10	Tenerife

FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2015		
TÍTULO	HORAS	LUGAR
Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la guía de práctica clínica del SNS	10	Gran Canaria
Psicopatología del desarrollo en los trastornos de personalidad en la adolescencia: un marco de tratamiento basado en la mentalización.	10	Gran Canaria
Abordaje integral del paciente con enfermedad mental y adicciones.	8	Gran Canaria
Diseño y organización de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad: técnicas psicoterapéuticas.	9	Gran Canaria
Disforia de género	7	Gran Canaria
Disforia de género	7	Tenerife
Diseño y organización de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad: técnicas psicoterapéuticas.	9	Tenerife

FORMACIÓN ORGANIZADA POR EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA DGPPAA - AÑO 2016		
TÍTULO	HORAS	LUGAR
Encuentros con el Dr. Jim Van Os: Hacia una salud mental personalizada	6	Gran Canaria
Trauma intrafamiliar temprano: Consecuencias psicológicas	8	Gran Canaria
Trauma intrafamiliar temprano: Consecuencias psicológicas	8	Tenerife
PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente	8	Gran Canaria
PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente	8	Tenerife
PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente	8	Fuerteventura
Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria	5	Gran Canaria
Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria	5	Tenerife
Pues cómo no, la psicosis	6	Gran Canaria
Encuentro con el Profesor Diego Gracia: Aspectos éticos en Salud Mental	6	Gran Canaria
Encuentro con el Profesor Diego Gracia: Aspectos éticos en Salud Mental	6	Tenerife
Violencia en las relaciones íntimas: una perspectiva clínica	9	Gran Canaria
Violencia en las relaciones íntimas: una perspectiva clínica	9	Tenerife

8.2. INVESTIGACIÓN

8.2.1. Bases

La investigación es el proceso sistemático que tiene por objeto generar nuevos conocimientos. La investigación sanitaria es un elemento necesario de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de la población. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficaz de los pacientes.

La investigación en salud mental es una de las líneas estratégicas básicas recogidas en la Estrategia en Salud Mental del SNS (2007 y 2009-2013). Se insta al fomento y ordenación de la investigación relacionada con los ámbitos del conocimiento útiles para evaluar la eficacia y generar nuevas evidencias para el desarrollo de un sistema moderno y permanentemente actualizado de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados en salud mental. Además, corresponde esta línea con la duodécima acción del Plan de Acción de Helsinki, que expresa la necesidad de evaluar la eficacia y generar nuevas evidencias.

8.2.2. Actividades

8.2.2.1. Actividades formativas

Desde la creación del Programa de Investigación en salud mental (2009) se han realizado diversas actividades formativas sobre la investigación, dirigidas a un amplio rango de profesionales: de salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), médicos de Atención Primaria, médicos de las Unidades de Atención a las Drogodependencias, y profesionales en formación (residentes MIR de psiquiatría, PIR y EIR).

Título del curso	Horas	Lugar	Año
Metodología de la investigación en salud mental*	20	Gran Canaria	2010
Metodología de la investigación en salud mental*	20	Tenerife	2010
Metodología de la investigación en drogodependencias*	10	Gran Canaria	2010
Metodología de la investigación en drogodependencias*	10	Tenerife	2010
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Tenerife	2011
Curso práctico de metodología de la investigación en salud mental	10	Gran Canaria	2011

* Acreditado por la ESSSCAN

Asimismo, se han realizado acciones relativas a las necesidades de adaptación a los programas formativos de la especialidad de médicos residentes de psiquiatría y psicólogos residentes, de 2008 y 2009 respectivamente. En ambos programas formativos se recalca la necesidad de realizar formación en investigación, el desarrollo de proyectos de investigación, y la posibilidad de realizar una rotación específica en investigación, encuadrada en el 'trayecto B'. Acorde a estas necesidades, se ha organizado y coordinado el Seminario de Investigación para residentes de salud mental, dirigido a residentes de psiquiatría, psicología y enfermería de salud mental. La primera edición

se realizó en Gran Canaria (2010-2012) y Tenerife (2012-2013) y la segunda en Gran Canaria y Tenerife en el mismo periodo (2015-2016). Este seminario ha contado con la colaboración de los coordinadores docentes de salud mental de Gran Canaria y Tenerife, y con diversos profesionales como docentes, tanto de las Unidades de Investigación hospitalarias como de los profesionales de la Red de Salud Mental.

En los últimos años los cursos organizados a través del Programa de Investigación en Salud Mental han tenido una orientación más clínica, con un enfoque que conjuga el rigor científico con las necesidades de la práctica clínica. Por ello, han tenido como referencia las Guías de Práctica Clínica (GPC) elaboradas por el Ministerio de Sanidad, y se han centrado en temas esenciales, como la conducta suicida, que a su vez es una de las líneas de investigación que se desarrolla en Canarias desde hace décadas. Las GPC representan la conjunción ideal entre el conocimiento científico disponible y la experiencia clínica de los expertos. De esta forma, los cursos basados en las GPC suponen no solo la difusión de las recomendaciones que contienen, sino también el fomento en los clínicos de la investigación y la integración del uso del conocimiento científico disponible en su práctica clínica.

TÍTULO DEL CURSO	HORAS	LUGAR	AÑO
Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*	10	Gran Canaria	2014
Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*	10	Tenerife	2014
Prevención y tratamiento de la conducta suicida: recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*	10	Gran Canaria	2015
Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria*	5	Gran Canaria	2016
Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria*	5	Tenerife	2016

* Acreditado por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

8.2.2.2. Coordinación, colaboración y difusión

Aspectos como la coordinación, colaboración y difusión resultan básicos para el progreso en cualquier área a nivel de una estructura compleja y amplia como es la Red de Salud Mental de nuestra Comunidad.

- En cuanto a la coordinación y colaboración, se han realizado contactos y acuerdos de colaboración con las Unidades de Investigación hospitalarias de la Comunidad, así como con el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). En virtud de estas colaboraciones, se han desarrollado proyectos de investigación de forma coordinada. Por su parte, cualquier profesional de la Comunidad en tareas de investigación puede ser asesorado y dirigido hacia las instituciones, servicios o profesionales más adecuados para su colaboración y avance.
- En cuanto a la difusión, para poder llegar al mayor número de profesionales, una herramienta básica ha sido la cuenta de correo electrónico del Programa de Investigación en

Salud Mental (proinsame.scs@gobiernodecanarias.org) y su lista de distribución asociada. Esta herramienta permite la rápida y extensa comunicación con los profesionales de la Comunidad, en todo lo relativo a la investigación y temas relacionados. La iniciativa ha tenido una excelente acogida, y cuenta con más de 300 profesionales suscritos.

8.2.2.3. Asesoramiento y apoyo

Una de las actividades básicas ha sido el asesoramiento y apoyo a los profesionales de la red de salud mental que desarrollan, o tienen la intención de desarrollar, un proyecto de investigación. El asesoramiento y apoyo se realiza en cualquier fase del proceso de investigación, a quienes así lo han solicitado. El conocimiento de las especificidades de la salud mental resulta especialmente conveniente y útil para el asesoramiento, especialmente en las fases de diseño y utilización de escalas psicométricas. Desde el inicio del programa de investigación, se ha realizado asesoramiento y apoyo en múltiples iniciativas de investigación. Dado que no existe ningún registro oficial de publicaciones científicas realizadas por profesionales sanitarios en Canarias, no es posible realizar un análisis bibliométrico sobre el impacto positivo que haya podido tener en el número y calidad de las publicaciones científicas de salud mental.

09

Asociaciones de familiares y usuarios

Federación de Salud Mental Canarias. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Canarias (FEAFES)

FEAFES se fundó en 2001 y su ámbito de actuación es autonómico. La Federación de Salud Mental Canarias está formada por siete asociaciones: dos en Gran Canaria (Asociación Salud Mental AFAES y Asociación Salud Mental AFESUR), dos en Tenerife (ATELSAM y Asociación Salud Mental AFES), una en Fuerteventura (ASOMASAMEN), una en Lanzarote (El Cribo) y una en La Palma (AFEM La Palma). FEAFES está constituido por presidencia, vicepresidencia, secretaría, tesorería y tres vocales.

Objetivo general

FEAFES CANARIAS tiene su razón de ser en su utilidad como instrumento válido para que las Asociaciones de Familiares dedicadas a la promoción y rehabilitación de personas con problemas de salud mental alcancen una coordinación en sus actividades, de forma que se facilite el intercambio y transferencia de experiencias, se promueva la defensa de sus intereses, y se logre la máxima efectividad en el cumplimiento de los fines estatutarios de cada una de las Asociaciones.

FEAFES CANARIAS tiene como finalidad genérica la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por un problema de salud mental y de sus familiares.

Objetivos

1. Representar al colectivo de las personas con problemas de salud mental y a sus familiares ante los diferentes Órganos Gubernamentales y otras instancias públicas y privadas en relación con su propia y específica problemática.
2. Exigir la adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, en favor de su rehabilitación, reinserción social e integración laboral.
3. Exigir la creación de servicios alternativos a la hospitalización y establecimiento de sistemas alternativos y sustitutivos a la familia.

4. Reivindicar la creación de servicios en materia preventiva, asistencial y de rehabilitación en el campo de la psiquiatría, dando prioridad a la asistencia extrahospitalaria.
5. Defender los derechos de las personas con problemas de salud mental y de sus familiares ante los Órganos y Entidades competentes, ayudar, aconsejar e informar unos a otros.
6. Promover la comprensión pública hacia las personas con problemas de salud mental y de sus familias, llamando la atención sobre la marginación y discriminación que sufren en los aspectos sanitarios, sociales y laborales.
7. Promover la información y el intercambio de experiencias en los aspectos sanitarios, sociales y legales de la atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias.
8. Recabar de los poderes públicos leyes que favorezcan los derechos y los intereses de las personas con problemas de salud mental y sus familias.
9. Coordinar las demandas y propuestas de las agrupaciones federadas, representarlas ante los organismos oficiales pertinentes y defender sus legítimos derechos mediante su participación en los organismos planificadores y legisladores en materia de salud mental y servicios sociales.
10. Estimular la investigación sobre los problemas de salud mental y la prevención de las mismas.
11. Unificar y coordinar la acción con otras organizaciones nacionales e internacionales que persiguen los mismos fines, con la intención de crear una fuerza integral para la defensa de sus objetivos.
12. Potenciar el principio de solidaridad entre todas las asociaciones federadas y promover la información y el intercambio de experiencias.
13. Organizar actividades y servicios de tipo asistencial, social, educativo, cultural, recreativo y de previsión para las personas con problemas de salud mental, sus familiares y su entorno.
14. Desarrollar una constante y eficaz información para agrupar a todos los familiares y a las personas con problemas de salud mental, con el fin de integrar en un foro común a todo el colectivo.

Asociación Salud Mental AFAES - Gran Canaria

La Asociación Salud Mental AFAES fue fundada en el año 1991. Su ámbito de actuación es el de la isla de Gran Canaria. AFAES está financiada por los familiares, el Gobierno de Canarias, el Cabildo de Gran Canaria y el Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria. Salud Mental AFAES está constituido por su presidencia, presidencia honorífica, secretaría, vicepresidencia, tesorería, y diez vocales.

Objetivos

1. La Asociación tiene como objetivo general la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental y de sus familias.
2. Contribuir a la mejora de la asistencia, atención, rehabilitación e inserción familiar, social y laboral de las personas con enfermedad mental.
3. Apoyar a las familias que tienen enfermos con problemas psíquicos.
4. Reivindicar la creación de los servicios en materia preventiva, asistencia y de rehabilitación en el campo de la psiquiatría, dando prioridad a la asistencia extra hospitalaria.

5. Defender los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familias.
6. Promover la comprensión pública hacia las personas con enfermedad mental y sus familias.
7. Promover la información y el intercambio de experiencias en los aspectos sanitarios, sociales y legales en cuanto a la atención a las personas con enfermedad mental y sus familias.
8. Promover relaciones de colaboración con entidades de finalidad común.
9. Crear centros para atender a las personas con enfermedad mental con el fin de promover y facilitar la integración familiar, social y laboral.
10. Promocionar empleo para las personas con enfermedad mental.

Actividades

Las actividades que se desarrollan se circunscriben en alguna de las siguientes áreas:

1. Ayudar, aconsejar e informar a los familiares sobre cuantas necesidades reclamen.
2. Hacer propaganda para llamar la atención sobre la marginación y discriminación que sufren en los aspectos sanitarios, sociales y laborales las personas con enfermedad mental.
3. Organizar actividades y servicios de tipo asistencial, social, educativo, cultural recreativo y de previsión para las personas con enfermedad mental y sus familias o allegados.
4. Organizar servicios de estudio, programación, información asistencia técnica, gestión y otros análogos que las circunstancias aconsejen.
5. Promover y utilizar los medios lícitos de publicidad, formación y difusión para dar a conocer los problemas de las personas con enfermedad mental y sus familias.
6. Canalizar la autoayuda en los asociados.
7. Valerse de cualquier otro medio lícito que sirva para la consecución de sus fines.

Asociación Salud Mental AFESUR - Gran Canaria

La asociación, fundada en 1997, tiene un ámbito de actuación insular (Gran Canaria) con especial atención a la Comarca Sur de Gran Canaria (municipios de Agüimes, Ingenio, Mogán, San Bartolomé y Santa Lucía de Tirajana). Sus miembros son personas con enfermedad mental y familias.

Objetivos

1. Promover una visión positiva de la salud mental, sensibilizando ante las situaciones de discriminación y exclusión derivadas de la enfermedad y visibilizando las potencialidades de las personas con enfermedad mental.
2. Defender los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familiares ante la sociedad y los distintos Órganos y Entidades competentes, denunciando públicamente la vulneración de los mismos, así como todas aquellas situaciones en los que sus intereses se vean afectados.
3. Reivindicar una atención sanitaria y social digna y adecuada para las personas con enfermedad mental y sus familiares, a través de servicios y recursos que puedan dar respuestas efectivas a la diversidad de necesidades derivadas de la enfermedad, desde los ámbitos asistencial, rehabilitador y preventivo.

4. Reivindicar políticas inclusivas que favorezcan la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familiares, a través de un marco legal que pueda solventar las situaciones de discriminación y exclusión derivadas de la enfermedad, haciendo especial alusión a las políticas sanitarias, sociales y laborales.
5. Informar y orientar a las personas con enfermedad mental y sus familiares en todos aquellos asuntos que respondan a sus intereses y que repercutan en su propio bienestar personal y social, potenciando la participación de los mismos en todos aquellos espacios en donde puedan ejercer sus derechos y defender sus intereses.
6. Ofertar servicios, recursos y actividades para personas con enfermedad mental y sus familiares para favorecer su bienestar personal y social, siendo complementarios y no sustitutivos a los que se ofertan desde los distintos organismos públicos.
7. Participar activa y coordinadamente junto a otras organizaciones públicas o privadas que persigan los fines mencionados anteriormente, con el objetivo de impulsar los mismos de forma coherente y solidaria.

Actividades

1. Desarrollar programas, proyectos y actividades con el objetivo de sensibilizar en la realidad de las personas con enfermedad mental a nivel local, regional y estatal, promoviendo una visión positiva de la salud mental, sensibilizando ante las situaciones de discriminación y exclusión derivadas de la enfermedad y visibilizando las potencialidades de las personas con enfermedad mental.
2. Participar activamente en los espacios públicos y privados para la coordinación y la defensa de los intereses de las personas con enfermedad mental.
3. Desarrollar programas, proyectos y actividades con el objetivo de informar y orientar a personas con enfermedad mental, sus familiares o cualquier persona interesada en materias relacionadas con la salud mental y la enfermedad mental.
4. Desarrollar programas, proyectos y actividades con el objetivo de formar y apoyar a los familiares de personas con enfermedad mental en su rol de cuidadores.
5. Realizar todas aquellas gestiones o actividades que se valoren necesarias para poder financiar de forma pública o privada los distintos programas, proyectos o actividades que se decidan ejecutar en virtud de los fines indicados.
6. Valorar cualquier otro medio lícito que sirva para la realización de sus fines.

Asociación AFES Salud Mental - Tenerife

AFES Salud Mental es una entidad sin ánimo de lucro, con sede social en Tenerife, pero con ámbito de actuación regional en la Comunidad Autónoma de Canarias. Fue fundada en 1982 y declarada de Utilidad Pública en 1993 y de Interés público del Gobierno de Canarias en 2017.

Su misión es promover las estrategias y el cambio necesario para contribuir a la construcción de un mundo justo en el que las personas con problemas de salud mental y familiares puedan tomar de forma consciente y libre las decisiones que afectan a sus vidas, disfrutar de sus derechos y asumir sus responsabilidades como ciudadanas y ciudadanos de pleno derecho.

Los valores que la identifican, diferencian e inspiran como organización en su trabajo diario son el desarrollo de su trabajo con pasión, con mirada crítica, desde la transparencia, el rigor y la

coherencia con sus valores. Les caracteriza la innovación y un alto grado de compromiso con las personas y con el entorno.

Entre sus *objetivos*, destacan: representar al colectivo de salud mental ante los diversos Organismos gubernamentales e Instituciones privadas, protegiendo y defendiendo sus derechos fundamentales, promoviendo las condiciones para que la libertad e igualdad de este sector sean reales y efectivas, facilitando su participación; exigir la adecuada atención comunitaria en salud mental a favor de la recuperación; promover la sensibilización, llamando la atención sobre la marginación y discriminación que sufre este colectivo, así como actuando en materia de prevención; ser un órgano de gestión y actividad hacia la Administración pública, a fin de obtener los recursos necesarios para poder prestar una atención eficaz.

Se llevan a cabo *actividades* de sensibilización, proyectos en primera persona, de atención social y familiar, formación y empleo, atención domiciliar especializada, alojamiento supervisado, rehabilitación psicosocial e integración social y laboral. Estas actividades en cumplimiento de sus fines se realizan teniendo en cuenta los principios de igualdad de oportunidades, vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todas y todos y transversalidad en las políticas en materia de discapacidad y/o dependencia.

Trabaja bajo criterios de calidad, estando certificada según la norma ISO 9001:2008, desde 2015. Ha recibido varios premios y reconocimientos: premio Canarias Emplea del Servicio Canario de Empleo al mejor proyecto de inserción laboral de personas con discapacidad (2004), premio a la Movilidad sostenible del Metropolitano de Tenerife (2010), a la trayectoria de una entidad de voluntariado del Cabildo Insular de Tenerife (2010), premio Amables a la Convivencia Ciudadana del Centro de Iniciativas Turísticas (2013), Premio Cepsa al Valor Social (2013 y 2016), finalista del Premio a la innovación y transformación social de la Obra social La Caixa (2016) y Premio Solidario ONCE Canarias en la categoría medio de comunicación, por su proyecto Radio Himalia.

Asociación Salud Mental ATELSAM - Tenerife

La asociación, fundada en 1993, tiene un ámbito de actuación regional. Está configurada por una Junta Directiva, compuesta por 10 personas, y un grupo de profesionales expertos en la intervención con personas con enfermedad mental (psicólogos/as, pedagogos/as, técnicos de Integración Social y cuidadores/as), así como voluntarios/as que orientan su saber hacer para prestar servicios a personas con Trastorno Mental Grave.

Objetivos

El principal objetivo es promover y contribuir a la mejora de la prevención, tratamiento e integración social y laboral de las personas con problemas de salud mental, así como de sus familiares. A través de su misión, la entidad está comprometida en la defensa y promoción de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias, proporcionando acompañamiento y asesoramiento en el proceso de recuperación, fomentando la integración en la comunidad y mejorando su calidad de vida. Seguimos la visión de ser un referente insular en materia de salud mental, así como interlocutores válidos ante la sociedad y las instituciones, siguiendo los valores de respeto, honestidad, transparencia, innovación y excelencia.

Recursos y actividades. Los principales recursos que gestiona la entidad son los siguientes:

- Centros ocupacionales (7: Informática, Costura, Diseño informático, Serigrafía y Tampografía, Cerámica tradicional, Mantenimiento de edificios y Agrojardinería). Son recursos que

desarrollan actividades socio-laborales y donde se trabajan las actitudes y capacidades de las personas en relación con el mundo laboral.

- Centros de rehabilitación psicosocial (2: Camino del Hierro y Guía de Isora). Ofrecen apoyo en el proceso de recuperación y rehabilitación en salud mental.
- Viviendas supervisadas (7). Se trata de un servicio de atención residencial destinado a personas con problemas de salud mental, donde se trabaja la atención integral de la persona.
- Mini residencia Raquel Arozena. Es un espacio de alojamiento residencial para personas con enfermedad mental que presentan marcadas limitaciones en las actividades básicas diarias.
- Atención domiciliaria especializada. Atender las necesidades básicas del usuario y sus familiares en su propio domicilio.
- Además, desarrolla programas de atención especializada, tales como voluntariado, atención familiar, integración social y laboral y empoderamiento en primera persona.

Asociación El Cribo - Lanzarote

La asociación El Cribo (Agrupación para la defensa del paciente psíquico El Cribo) se fundó en 1992. Sita en Lanzarote, su ámbito de actuación es la salud mental, y su ámbito territorial, la Comunidad Autónoma de Canarias, principalmente la isla de Lanzarote. Cuenta con 475 miembros o socios.

Objetivos

1. Defender los derechos de las personas discapacitadas por una enfermedad mental y sus familias.
2. Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas discapacitadas por una enfermedad mental y sus familiares.
3. Ejercer una labor de concienciación pública ciudadana.
4. Promover la creación de programas y recursos para la atención y rehabilitación de las personas discapacitadas por una enfermedad mental.

Actividades

1. Programa de sensibilización social y promoción de la salud mental.
2. Servicio de información - asesoramiento.
3. Programas de rehabilitación psicosocial.
 - 3.1. Programa de actividades de la vida diaria.
 - 3.2. Programa de rehabilitación del desarrollo cognitivo y motriz.
 - 3.3. Programa de rehabilitación de habilidades sociales y desarrollo de la autonomía.
 - 3.4. Programa de ocio y tiempo libre.
 - 3.5. Programa de comunicación y expresión.
 - 3.6. Programa de patología dual.
 - 3.7. Programa de intervención psicológica.
4. Programas de rehabilitación psicolaboral.

- 4.1. Programa de orientación laboral.
- 4.2. Talleres ocupacionales (floristería, agroecología, jardinería, viverismo y diseño gráfico).
5. Programa de intervención familiar.
 - 5.1. Intervención individualizada y/o multifamiliar.
 - 5.2. Escuela de familias.
 - 5.3. Respiro familiar.
6. Atención residencial: programa de viviendas y plazas tuteladas.

Asociación Majorera por la Salud Mental ASOMASAMEN - Fuerteventura

La asociación, fundada en 2001, cuenta con 60 socios. Sus miembros son principalmente personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales de la salud mental.

Objetivos

1. Colaborar con las entidades relacionadas con la salud mental para lograr una mejora de la salud del paciente con enfermedad mental, entendida de un modo global.
2. Sensibilizar a la población en cuanto a la realidad actual de las personas con enfermedad mental y sus familias.
3. Dirigir el trabajo de la asociación hacia tres sectores principales:
 - Componentes de la asociación: Las personas con trastorno mental (asesoramiento y ayuda en su proceso de recuperación), familiares y amigos (asesoramiento, orientación y grupos de apoyo) y profesionales de la salud mental (colaborar en lo posible con el trabajo en esta área).
 - Actuar sobre la Administración a fin de lograr de ella la mejora de derechos y ayudas de todo tipo para las personas con enfermedad mental y sus familiares. Se solicitarán ayudas y protecciones legales, laborales, sanitarias, judiciales, económicas, etc.
 - Formar e informar a la sociedad sobre los problemas de salud mental y sobre las personas que los sufren, sus capacidades y discapacidades, sus problemas y sus alegrías, etc.

Actividades

1. Proyecto de ocio y tiempo libre: Actividades de ocio y tiempo libre acompañados de un monitor/a (salidas, excursiones, visitas socioculturales, talleres de cocina, informática, mantenimiento físico, cine, manualidades, informática, etc.).
2. Taller ocupacional de horticultura: Proyecto realizado en Valles de Ortega.
3. Viviendas supervisadas: Gestión de un piso de baja supervisión de tres plazas dirigido a personas con trastornos mentales graves.
4. Proyecto de acompañamiento integral: Proyecto de apoyo, acompañamiento y atención domiciliaria dirigido a personas con trastorno mental en situación de aislamiento o dificultades de integración, dificultades en áreas básicas de la vida diaria, etc.
5. Grupo de jóvenes o de primeros episodios: Grupo de ocio y tiempo libre.
6. Comité Pro Salud Mental En Primera Persona: Grupo de empoderamiento.

7. Grupo de autoapoyo. Apoyo mutuo entre personas con problemas de salud mental.
8. Sensibilización sobre salud mental. Colaboración en charlas de sensibilización dirigidas a alumnado de Bachillerato de centros educativos de Fuerteventura. Programa radiofónico semanal "Lo bello que es vivir".
9. Apoyo y asesoramiento a familiares y personas con enfermedad mental.
10. Celebración del Día Mundial de la Salud Mental: Actividades varias.

AFEM La Palma

AFEM La Palma, Asociación de familias y personas con problemas de salud mental de La Palma (AFEM-LP), se constituyó en 1998. Su ámbito de actuación es insular. En la actualidad cuenta, como socios, con 92 familias.

Objetivos

1. Propiciar un trabajo complementario a los recursos socio-sanitarios existentes en la isla de la Palma, con competencia en salud mental.
2. Reivindicar el cumplimiento de la normativa existente que facilite la normalización de las personas con problemas de salud mental.
3. Trabajar, como socio de FUTUPES, en casos de tutela, curatela y/o defensas judiciales coordinadamente y bajo supervisión de las personas técnicas regionales.
4. Informar a los escolares y a la sociedad en general acerca de los aspectos más relevantes de los problemas de salud mental, haciendo especial hincapié en el ámbito de la prevención y normalización, aminorando, consecuentemente, el efecto del estigma social.
5. Cualesquiera otras actuaciones que, directa o indirectamente, incidan en el mejor cumplimiento de la misión.

Actividades

1. Campañas de sensibilización.
2. Atención familiar y social (acompañamiento integral).
3. Atención especializada en el Hospital General de La Palma, tanto en la UIB como en el "Aula Nemo".
4. Atención a la población reclusa.
5. Servicio de información y orientación.
6. Visitas domiciliarias.
7. Acciones de medidas de protección jurídica.
8. Talleres de prevención en Centros Educativos de la isla y Centro Mayores de Mazo.
9. Refuerzo Educativo. Biblioteca Municipal de Los Llanos de Aridane.

Asociación Espiral - Gran Canaria

La Asociación Espiral fue fundada en 2011 y su ámbito de actuación es la isla de Gran Canaria. Sus miembros son personas con trastorno mental y sus familiares. En la actualidad cuenta con 83 socios.

Objetivos

1. La integración e inclusión en el orden social, laboral, jurídico, sanitario y dentro de la igualdad de condiciones.
2. Acabar con el estigma en todos los ámbitos.
3. Ayudar, acompañar, guiar y orientar a sus miembros en el proceso de recuperación y en su empoderamiento.

Actividades

Las actividades de la Asociación se organizan en asamblea y se circunscriben en comisiones. En la actualidad Espiral dispone de las siguientes comisiones:

1. Comisión de comunicación: Se imparten talleres y charlas sobre salud mental en colegios, institutos, universidad, instituciones públicas y privadas. Emiten en dos emisoras de radio de Canarias: Radio La Autónoma y Gestiona Radio Gran Canaria.
2. Comisión de ocio y tiempo libre: Para salir del aislamiento, de forma que las personas ganen seguridad en si mismos. Se organizan excursiones a distintos municipios de la isla y salidas culturales a museos, cine, etc.
3. Comisión de la revista: Informa a la población de los adelantos y alternativas dentro de la salud mental, así como sobre noticias de interés del colectivo.
4. Teléfono de la Alegría: Se Informa a los interesados sobre las distintas actividades de la asociación. Se realizan intervenciones de apoyo y seguimientos a las personas que lo necesitan (p.ej. personas que salen de alta de los distintos dispositivos de la red de salud mental, como la Unidad de Internamiento Breve o la Unidad de Media Estancia), cuando lo recomiendan los profesionales de dichos servicios. Hasta la actualidad 123 personas han recibido atención a través de este servicio.
5. Grupo de Apoyo Mutuo: Donde se comparten las experiencias personales que sirven a nivel individual para encauzar la angustias y el sufrimiento psicosocial. Sirve de orientación a otras personas que están pasando por la misma situación. Se busca, sobre todo, proveer de herramientas para combatir la soledad y el sufrimiento.

Asociación APNALP (Asociación de Padres de Niños/as con Autismo de Las Palmas)

A.P.N.A.L.P. es una asociación sin ánimo de lucro que inicia su andadura en el año 1978 y que se compone de familias de personas que presentan Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). A.P.N.A.L.P. forma parte activa de organizaciones como Confederación Autismo España y FESPAU. Su fin es promover el bienestar y la calidad de vida de dichas personas y de las propias familias. Para ello, A.P.N.A.L.P. ha ido creando diversos servicios con altos criterios de calidad (personal cualificado, ratios bajas, atención individualizada, etc) a lo largo de todos estos años. Estos servicios dan respuesta a las demandas y necesidades que las familias han ido presentando y planteando a lo largo de los diferentes ciclos vitales de las personas con TEA (niñez, juventud, vida adulta, vejez). En su organigrama cuenta con Asamblea General, Junta Directiva, Presidencia, Trabajadora Social y Coordinadora de Servicios.

Objetivos

Ofrecer servicios y apoyos que mejoren la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias promoviendo, entre otras acciones, la inclusión social de las personas con TEA mediante la

sensibilización de la sociedad, la participación de las familias, la formación y cualificación de los trabajadores, y el desarrollo de programas individualizados centrados en las capacidades de las personas con TEA.

Actividades

1. Orientación y asesoramiento.
2. Charlas, cursos y talleres.
3. Integración sensorial.
4. Detección y diagnóstico.
5. Centro de atención diurna.
6. Escuela de familias.
7. Respiro familiar.
8. Formación en prácticas.

APANATE - Tenerife

APANATE es la Asociación de Padres de Personas con Autismo de Tenerife. Nacida en el año 1995, tiene carácter no lucrativo, está declarada de Utilidad Pública y pertenece a FESPAU, Autismo Europa, la Organización Mundial de Autismo y de Plena Inclusión.

En la actualidad cuenta con 178 socios, representados por la Junta Directiva. Cuenta con profesionales especializados en la atención a los Trastornos de Espectro Autista (pedagogía, logopedia, psicología, trabajo social), además de un amplio número de personas voluntarias y en prácticas.

Objetivos

Esta Asociación tiene por objeto promover y realizar todas cuantas actividades contribuyan a la mejora de las condiciones de vida de las personas que se encuentren dentro del espectro autista y procurar su plena integración familiar, social y laboral, en todas las etapas de la vida: niños, jóvenes, adultos y tercera edad; siempre en el marco territorial de la isla de Tenerife.

Actividades

Dentro de las actividades que desarrolla se encuentran:

1. Promoción, creación, organización o patrocinio de centros de diagnóstico y evaluación, unidades de tratamiento y atención especializada, investigación y experimentación, centros de terapia ambulatoria, centros de educación especial, residencias, pisos tutelados, unidades de capacitación para el trabajo, talleres protegidos, unidades hospitalarias, servicios médicos, etc., de conformidad con los fines de esta Asociación.
2. Organizar o promover actividades asistenciales, educativas, recreativas, culturales y deportivas que mejore la calidad de vida de las personas con autismo y sus familias.
3. Representación y defensa de los intereses de las personas con autismo ante toda clase de organismos, administración central, institucional, local y autonómica, persona física o jurídica, entidades públicas o privadas, de cualquier clase o naturaleza, tanto nacionales como internacionales.

4. Apoyar a las familias para mejorar las condiciones de vida de las personas con autismo y en especial a aquellas personas que pertenezcan a los grupos más desprotegidos de la población, tales como, la infancia y la juventud, las mujeres y la tercera edad.
5. Promover y desarrollar actividades para la integración educativa, laboral y social, así como, la creación de empleo para personas con autismo.
6. Promover, impulsar y valorar la calidad de servicio.
7. Potenciar, fomentar y organizar la formación y actualización de las competencias de los profesionales de esta Asociación en el desarrollo de sus funciones, así como de los voluntarios y colaboradores.

Fundación Autismo Diario

La Fundación Autismo Diario es una fundación de carácter estatal, domiciliada en San Cristóbal de La Laguna, Tenerife. Su ámbito de actuación sobre todo el territorio del Estado Español y en todos los países de habla hispana. En cuanto al ámbito personal o sector de la población atendida, la actuación de la Fundación se dirige a todas aquellas personas que tengan un Trastorno del Neurodesarrollo y sus familiares, profesionales, investigadores, docentes y responsables de las administraciones públicas. Cuenta con un Patronato como órgano de gobierno, compuesto por presidencia, vicepresidencia, secretaría y vocalía.

Objetivos

1. Mejorar la calidad de vida de las personas con diversidad funcional y en especial a aquellas que tengan Trastornos del Neurodesarrollo a través del fomento y promoción del uso adecuado, desarrollo e implementación de modelos terapéuticos y educativos.
2. Apoyar a las personas con Trastornos del Neurodesarrollo y sus familiares, defendiendo sus derechos e impulsando modelos legislativos y adecuación de las leyes existentes en los diferentes países para dar un adecuado tratamiento a estas personas en todos los niveles.
3. Promocionar y financiar las investigaciones relacionadas con los Trastornos del Neurodesarrollo.

Actividades

1. Creación y gestión de Centros de Referencia de los Trastornos del Neurodesarrollo.
2. Difusión y concienciación social, por cualquier medio, de los Trastornos del Neurodesarrollo.
3. Apoyo legal a las personas con Trastornos del Neurodesarrollo y sus familias.
4. Concesión de ayudas económicas a personas con Trastornos del Neurodesarrollo y sus familias.
5. Concesión de becas para profesionales dedicados a la investigación sobre Trastornos del Neurodesarrollo.
6. Cualquier otra actividad que contribuya al mejor cumplimiento de los fines fundacionales.

Asociación Gull Lasègue

La Asociación Gull-Lasègue para el estudio y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Canarias se fundó en el año 1999. Desde entonces ha ofrecido atención a personas afectadas por esta enfermedad mental y a sus familiares o allegados. La población a la que abarca

corresponde principalmente a la de la isla de Gran Canaria, si bien en casos puntuales atiende casos procedentes de otras islas de la provincia.

Los miembros que componen la Asociación son una administrativa, una trabajadora social, una médico especialista en endocrinología, dos nutricionistas, un enfermero, cuatro psicólogas y tres monitoras.

Objetivos

1. Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con Anorexia y/o Bulimia y sus familiares.
2. Procurar la mejora de la atención de la Anorexia y la Bulimia, en los aspectos médicos, psicológicos y sociales, tratando de motivar a sectores públicos y privados capaces de adoptar personal, material y medios organizativos para ello.
3. Contribuir a la difusión de todos los aspectos relacionados con esta enfermedad, al objeto de sensibilizar a los profesionales de la salud, educación y servicios sociales en relación con el primero de los fines de esta asociación.
4. Fomentar el estudio sobre Anorexia y/o Bulimia, tanto en los aspectos médicos como en todos aquellos que rodean la vida del enfermo y de sus familias.
5. Contribuir a la promoción de las mujeres que, afectadas por estas patologías, se encuentran en desigualdad de condiciones para afrontar la vida del enfermo y de sus familias.
6. Prestación de servicios sanitarios en el ámbito del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.
7. Fomentar el desarrollo de la infancia y juventud desfavorecida a causa de la enfermedad, entre otras vías, a través de la realización de actividades y/o talleres dirigidos a este fin.

Actividades

1. Prevención de los TCA en diversos colectivos sociales.
2. Orientación e información a cualquier persona interesada en conocer los TCA y los recursos sociosanitarios disponibles.
3. Valoración psicológica para confirmar o descartar sintomatología asociada a TCA.
4. Ofrecer tratamiento ambulatorio psicológico y nutricional a afectados y tratamiento integral en Centro de Día.
5. Ofrecer información y asesoramiento sobre cuestiones laborales, de ocio y tiempo libre.
6. Asesoramiento a familiares o allegados a través de los Grupos de Apoyo.

ALABENTE

Alabente, Asociación Liberación Anorexia y Bulimia en Tenerife, fue fundada en 1995. Alabente es una asociación para la lucha contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria, a través de la prevención, tratamiento y recuperación de pacientes y sus familiares. Cuenta con Junta Directiva, Equipo de Profesionales de la Psicología, Dietética y Nutrición y Trabajo Social, Voluntarios/as y Socios/as.

En la actualidad la Asociación cuenta con dos sedes en el municipio de Santa Cruz de Tenerife: una sede social localizada en Camino del Hierro, Grupo 120 Viviendas, Bloque 5, Local 1-3, en la que se

realizan actividades puntuales; y la sede donde se desarrolla la actividad diaria es el Centro de Día situado en la Calle Bethencourt Alfonso nº 30, 1º Izquierda.

Objetivos

1. Ofrecer atención integral a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, trabajando los aspectos psicológicos, sociales y dietéticos que les permitan llevar una vida saludable.
2. Ofrecer información, apoyo, reeducación y tratamiento a los familiares de las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, para afrontar mejor la enfermedad y poder contribuir positivamente en el proceso de recuperación.
3. Prevenir y concienciar a la población, para contribuir en la lucha contra estas enfermedades mentales.

Actividades

En el Centro de Día Alabente se ofrecen los siguientes servicios:

1. Información y asesoramiento.
2. Atención social individual y familiar.
3. Terapias individuales psicológicas dirigidas a pacientes y familiares.
4. Terapias individuales dietéticas dirigidas a pacientes y familiares.
5. Comedor Terapéutico para pacientes.
6. Escuela de Familias.
7. Terapias Grupales psicológicas y dietéticas dirigidas a pacientes.
8. Salidas y talleres de manualidades, relajación, imagen, cocina, etc. para pacientes.
9. Prevención en Centros Educativos y Campamentos, mediante charlas dirigidas a adolescentes y jóvenes.
10. Charlas informativas en Instituciones Sociales y Sanitarias, dirigidas a profesionales y adultos.
11. Ferias y Jornadas.

CERMI CANARIAS. Comité de entidades de representantes de personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Canarias

CERMI Canarias es la asociación de carácter autonómico asociada al CERMI estatal. El CERMI es una Asociación, de ámbito estatal, creada en 1997. Tiene los siguientes objetivos estratégicos:

- Unidad y cohesión de todo el sector de la discapacidad: el CERMI como plataforma unitaria.
- Carácter representativo.
- Independencia respecto de los poderes públicos, las formaciones políticas, los grupos de presión, los agentes sociales y las empresas.
- Interlocutor válido del sector en España.
- Proyección social e imagen pública.

- Apertura a la sociedad.
- Acción en Europa y en la esfera internacional.

El CERMI Estatal y los CERMI autonómicos tienen una relación de igualdad. Estos últimos cuentan con una estructura técnica y operativa acorde con su dimensión y actividad.

Objetivos

Los CERMI autonómicos promueven el respeto, vigilan el cumplimiento de los derechos y libertades ciudadanas de las personas con discapacidad, y combaten las situaciones de discriminación.

Actividades

Los CERMI autonómicos, y por ende, CERMI Canarias, actúan fundamentalmente en propuestas dirigidas a los poderes públicos del territorio, con el fin de que estas se conviertan en medidas operativas.

Asociación de Entidades Plena Inclusión Canarias

Plena inclusión Canarias es la Asociación de entidades en favor de Personas con Discapacidad Intelectual o del desarrollo. Es una entidad sin ánimo de lucro que se funda en 1983 y que desde entonces, trabaja para lograr la inclusión de estas personas y de sus familias en la sociedad. Defendemos los derechos y fomentamos la calidad de vida de cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia.

Plena inclusión Canarias está formada por 24 asociaciones, fundaciones y centros especiales de empleo. Está presente en las islas de Gran Canaria, Tenerife, Lanzarote y La Palma. En las entidades de Plena Inclusión Canarias trabajan 600 profesionales y colaboran 230 voluntarios en diferentes actividades. En Canarias representa a un colectivo de unas 1.500 personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias. Plena inclusión Canarias pertenece al movimiento asociativo de carácter nacional Plena inclusión, conformado por 17 federaciones autonómicas y casi 900 asociaciones.

Objetivos

1. Contribuir, desde su compromiso ético, mediante apoyos y oportunidades, a que cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia puedan desarrollar su proyecto de calidad de vida y promover su inclusión como ciudadana de pleno derecho en una sociedad justa y solidaria.
2. Liderar, representar, vertebrar y coordinar, con las entidades que la integran, en el marco del proyecto común, procesos internos y externos que generen condiciones organizativas y sociales que permitan a dichas entidades materializar, mediante apoyos y oportunidades a cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y a su familia y con acciones de transformación social.

Actividades

1. Acciones englobadas en programas para el fomento del apoyo familiar, el fomento de la ciudadanía activa, la atención a personas con discapacidad intelectual con alteración de la salud mental, en proceso de envejecimiento, mujeres, personas en exclusión social.

2. Acciones englobadas en el fomento del deporte.
3. Atención a personas con discapacidad intelectual reclusas y exreclusas.
4. Acciones englobadas en el programa de voluntariado.
5. Acciones de reivindicación y defensa de derechos.
6. Promoción de la transformación de los servicios hacia modelos de atención centrados en la persona.

ADEPSI

ADEPSI se fundó en 1982. Su ámbito territorial se circunscribe al territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Objetivos

La Asociación tiene por objeto promover, fomentar y desarrollar las capacidades de las personas con discapacidad, especialmente intelectual, ofreciendo apoyos y oportunidades a nivel integral, que mejoren su inclusión social y empleabilidad, así como el fomento y promoción de la igualdad de trato y oportunidades, combatiendo cualquier forma de discriminación por razón social, de sexo o género. Del mismo modo, se contempla el desarrollo de diversas actividades afines a dicho objeto o complementarias al mismo, tales como el deporte, ocio, capacitación laboral de personas con especiales dificultades de inclusión socio laboral, etc, que persigan la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

Actividades

1. Promover y desarrollar las herramientas necesarias para el fomento de actividades de diversa índole, creando y/o gestionando centros y Servicios adecuados al efecto, tales como Centros ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, Viviendas, Residencias, Centros de día, Clubs de Ocio, Clubs Deportivos, etc. y ejecutando acciones, en general dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, fomentando la igualdad de trato y oportunidades.
2. Apoyar logística y/o económicamente actuaciones de otras entidades con objetos paralelos a los de la Asociación, pudiendo incluso ser partícipe de las mismas.
3. Promover, fomentar, crear y/o desarrollar cursos de formación, competiciones, eventos deportivos, así como cualquier otra actividad de ocio inclusivo en las que participen las personas con discapacidad.
4. Promover y/o llevar a cabo programas/servicios dirigidos a familiares de las personas con discapacidad intelectual, fomentar la formación de los/as profesionales, voluntarios y otras personas colaboradoras.
5. Constitución y puesta en funcionamiento de servicios, centros de formación y agencias de colocación, con el fin de favorecer la inclusión laboral de las personas con discapacidad en la empresa ordinaria, en Centros Especiales de Empleo, o promoviendo la emprendeduría personal.
6. Desarrollo de acciones para la difusión del conocimiento y saber hacer de la entidad a la sociedad en general por medio de la organización de acciones formativas, jornadas, congresos, seminarios, foros, edición de materiales, etc.

7. Establecer convenios y/o colaboraciones con personas físicas o jurídicas tales como universidades, entidades sin ánimo de lucro, empresas y/o administraciones públicas, ya sean locales, regionales, nacionales o internacionales, para desarrollar proyectos de investigación o de otra índole acordes a nuestro fin social.
8. Promover servicios encaminados a la atención, orientación, asesoramiento, y capacitación de diversos colectivos en riesgo de exclusión social con especiales dificultades para su inclusión social y laboral.

APROSU - Asociación Protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de Las Palmas

La Asociación APROSU se constituyó en 1962 por un grupo de familias que tenían en su seno a una persona con discapacidad intelectual. Es la primera Asociación constituida en Canarias.

En una primera etapa su principal actividad estuvo centrada en la edad escolar, la mentalización de la sociedad y de las familias. En una segunda etapa se planteó el dar respuesta a la demanda existente de viviendas para personas con discapacidad intelectual en Canarias, principalmente para personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyo intermitente y limitado. En 1996 se inauguró la "Residencia y el Centro Ocupacional Cristo de la Salud", destinada a la atención de Personas con Discapacidad Intelectual, adultos con necesidad de apoyo intermitente y limitado, huérfanos y/o en desamparo o con graves problemas socio-familiares. Este fue el primer recurso de esta índole en Canarias. Además, actualmente la Asociación cuenta con un piso tutelado y dos hogares funcionales. En el año 2000 se constituye el Centro Especial de Empleo APROSU S.L., que surge para ofrecer un empleo a personas con discapacidad, al tiempo que les ofrece la preparación y formación necesaria para favorecer su integración laboral en el mercado ordinario. Desde el 2008 ofrece el servicio "Hogar Funcional Domingo Suárez Valido" para la atención de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento, mayores de 45 años y con necesidad de apoyo extenso y/o generalizado. En el año 2013 puso en funcionamiento el Servicio de Centro de Día, dada la gran demanda de plazas para personas con Necesidad de Tercera Persona.

Objetivo general

Proporcionar los apoyos y oportunidades para el desarrollo de los proyectos de vida de las personas con diversidad funcional de Canarias.

Actividades

APROSU ofrece diversos servicios: servicios de vivienda; servicios de día; servicio de tutela; recursos y apoyo necesario para el ocio y tiempo libre; servicio de promoción de la autonomía personal y vida independiente; empleo. Asimismo, para los familiares de personas con discapacidad intelectual presta los servicios de asesoramiento y apoyo; y servicio de hotel.

La Asociación ha sido pionera en la puesta en marcha de numerosos proyectos con gran impacto para la sociedad canaria tales como: colegios de educación especial; residencia para personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyo intermitente y limitado; pisos tutelados; hogares funcionales para adultos y personas con discapacidad intelectual que envejecen; servicios de promoción de la autonomía personal; centro especial de empleo dedicado al reciclaje de aceite vegetal usado.

CIVITAS (Centro de Investigación y Valoración de Instituciones, Temas y Actividades Sociofamiliares)

La Asociación CIVITAS nace en marzo de 1969, gracias a la iniciativa de un grupo de padres y madres con hijos con discapacidad intelectual, que intentaban dar respuesta a las necesidades educativas especiales y ocupacionales de sus hijos.

En sus inicios se realizaban actividades de adquisición de conocimientos escolares básicos y los usuarios adultos se formaban como alfareros, yesistas y encuadernadores. Desde finales de los 80 establece convenios con la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias y con diferentes organismos públicos. En la actualidad cuenta con más de 70 profesionales que diariamente trabajan por el bienestar del colectivo y de sus familiares.

Objetivos

1. Ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las personas usuarias en un ambiente confortable.
2. Proporcionar una convivencia armoniosa entre las personas usuarias y el personal en interrelación con el entorno comunitario, respetando la intimidad y la privacidad individuales.
3. Promover la autonomía personal, mejorar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción, favoreciendo la autoestima, el desarrollo personal, y la integración social de la persona usuario en el entorno.
4. Prestar la atención necesaria a las personas usuarias según su necesidad de apoyo.
5. Promover las buenas prácticas de dirección de personas y la implicación de los profesionales en la mejora del servicio.

Actividades

- Centro de Educación Especial: Atención al alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) que precisan de adaptaciones que se aparten significativamente del currículo ordinario, mediante actividades centradas en desarrollar habilidades y capacidades necesarias para la autonomía personal, la autonomía social, la comunicación y las habilidades para la futura orientación laboral.
- Centro Ocupacional: Apoyos necesarios para adquirir las destrezas básicas de autonomía personal y social, promoción de las relaciones interpersonales y fomento el uso de los servicios de la comunidad.
- Centro de Estancia Diurna con Necesidad de Tercera Persona: apoyos extensos o generalizados en las actividades básicas de la vida diaria de personas con discapacidad intelectual grave o profunda, para mejorar su calidad de vida.

TLP Impulso (Apoyo para la atención del trastorno límite de la personalidad)

TLP impulso se fundó en 2017. Su ámbito de actuación es la isla de Tenerife. Cuenta con una Junta Directiva de la Asociación TLP Impulso está compuesta por presidencia, vicepresidencia y secretaría.

Objetivos

El objetivo principal de la Asociación es fomentar medidas que apoyen la atención a las personas afectadas por un trastorno límite de la personalidad y sus familias, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Promover el asesoramiento y la información para personas afectadas por el trastorno límite de la personalidad y sus familias.
- Fomentar la sensibilización y visibilidad en la sociedad del trastorno límite de la personalidad, aunando fuerzas para la mejora en la prevención, la detección temprana y el tratamiento del mismo.
- Coordinar el trabajo con las administraciones públicas (sanitarias, sociales y jurídicas), organismos públicos y privados y otras entidades sociales, con el fin de adecuar servicios de atención especializada para el trastorno límite de la personalidad.
- Crear y desarrollar recursos específicos de atención para personas afectadas por el trastorno límite de la personalidad y sus familias.

Actividades

- Creación de un espacio de encuentro y de intercambio de experiencias entre personas afectadas por el trastorno límite de la personalidad y entre sus familias.
- Actividades de formación e información sobre el trastorno límite de la personalidad en el ámbito social y educativo.
- Creación de espacios de trabajo con las administraciones públicas con el fin de fomentar el desarrollo de recursos de atención especializados en el trastorno límite de la personalidad.

10 Propuestas de base

10.1. LAS PROPUESTAS DE ACCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL PARA EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017

10.1.1. Introducción

Entre junio y diciembre de 2014 tuvo lugar un amplio proceso participativo que culminó con la celebración de las Conferencias de Salud. Las Gerencias de Atención Primaria, las Direcciones Gerencias Hospitalarias, las Gerencias de Servicios Sanitarios, las Direcciones de Área de Salud y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (*CIRPAC*), junto con los Servicios Centrales del Servicio Canario de la Salud realizaron un esfuerzo considerable en recursos y personal para llevar a buen término este proceso. Como consecuencia, se aprovechó la oportunidad de integrar y rentabilizar el trabajo de más de 1.400 personas y se generaron 125 propuestas de acción específicas para el ámbito de la Salud Mental. En este documento se sintetizan las acciones seleccionadas como prioritarias y factibles a corto y medio plazo.

10.1.2. Priorización de acciones por áreas temáticas

Las personas responsables de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial de Canarias, en coordinación con la Jefatura de Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y la persona responsable del Plan de Salud de Canarias elaboraron, para las respectivas Áreas de Salud, informes donde priorizaron acciones para 2016-2017. La priorización se realizó con base a las propuestas generadas (fundamentalmente) en Gran Canaria, Tenerife, La Gomera y El Hierro (en talleres y Conferencias de Salud). Se han seleccionado según la metodología cualitativa combinando técnicas de grupo focal y grupo nominal, con los siguientes criterios de elección:

- Alta prevalencia / incidencia del problema que se pretende resolver.
- Alta vulnerabilidad del problema que se pretende resolver.
- Alta prioridad estimada de la acción (incluye factibilidad).
- Posibilidad de fijar objetivo 2016-2017.
- Propuesta de indicador adecuado para los actuales sistemas de información.

En este documento se exponen las siguientes priorizaciones:

- **Priorización de acciones transversales:** se recogen aquí las iniciativas que han aparecido en al menos 4 Áreas de Salud (incluyendo una o dos islas capitalinas) y que se consideran comunes:
 - Desarrollo e impulso de los CIRPAC a todos los niveles (participación, coordinación interinstitucional, planificación y evaluación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial), adaptando su funcionamiento a la normativa y realidad social actual.
 - Potenciación de la atención domiciliaria y programas de alojamiento alternativo, integrando el Modelo Asertivo Comunitario.
 - Diseñar e implementar programas de intervención temprana en las psicosis.
 - Atención a los problemas de salud física en personas con Trastorno Mental Grave.
- **Priorización de acciones por islas:** A continuación se muestran las acciones priorizadas, objetivos, indicadores y responsables, en aquellos casos donde se disponía de la información necesaria.

LANZAROTE

1. Mejorar la gestión de la demanda y reducción de la lista de espera, mediante el desarrollo de un plan de mejora de las infraestructuras y de los recursos para la Red de Salud Mental, para lo que se requiere de la dotación del personal que se precisa (incorporación de un psiquiatra y un psicólogo), el espacio físico adecuado y el equipamiento informático actualizado.
2. Definir la cartera de servicios de la Red de Salud Mental y de los dispositivos rehabilitadores, estableciendo el reglamento para la vía de acceso, los perfiles de los usuarios, y estableciendo como requisito previo imprescindible de derivación - seguimiento por parte de las USM.
3. Diseñar e implementar programas de Atención temprana en psicosis y cronicidad, así como potenciar recursos en el área infanto-juvenil (unidad hospitalaria, hospital de día) garantizando procedimientos de continuidad de cuidados en red.
4. Fomento, potenciación y adecuación del programa de Alojamiento alternativo a las actuales necesidades de las personas con trastorno mental grave, e integración del Modelo asertivo comunitario ETAC (Equipo multiprofesional comunitario para la atención a pacientes que no acuden o no puedan acudir a los servicios de salud mental).
5. Fortalecer el CIRPAC como órgano de participación, coordinación, planificación y evaluación de los dispositivos de rehabilitación psicosocial, para lo que se requiere de una reformulación de sus funciones y miembros.
6. Incremento en la autonomía de la gestión en los servicios de salud mental del SCS.

FUERTEVENTURA

1. Integración de la patología dual y SM.
2. Reducción de las listas de espera.
3. Ampliación en los recursos humanos.
4. Ampliación de infraestructuras (Unidad de Media y Unidad de Larga Estancia).
5. Mejora de la coordinación con Atención Primaria.

6. Mejora en el tratamiento de la adicción a las nuevas tecnologías.
7. Desarrollo de Programas de Prevención del Suicidio.
8. Tratamientos grupales con primeros episodios psicóticos y trastorno bipolar.
9. Mejora de la atención a los cuidados físicos de las personas con TMG.
10. Atención domiciliaria y "de calle", a personas con TMG no vinculadas a los servicios por diversos motivos. Atención Asertiva Comunitaria.
11. Mejora de la atención a los pacientes con TCA.
12. Historia clínica conjunta AP/AE.
13. Atención especializada a la "patología menor". Psicólogo en AP.
14. Atención a las familias, potenciar Asociación de personas con trastornos mentales, creación de Escuelas de Familias.
15. Pluralidad asistencial: Unidad de desintoxicación, Hospital de Día, Comedor terapéutico.
16. Creación de programas de inserción laboral.
17. Reducción del estigma. Campañas psicoeducativas sobre los trastornos mentales.
18. Organización de jornadas de intercambio de experiencias en los distintos servicios de salud mental así como organizaciones en el ámbito rehabilitador.

GRAN CANARIA

1. Consolidar el CIRPAC como eje central de la coordinación interinstitucional entre los sistemas sanitario y social y el resto de Administraciones Públicas y Entidades que intervienen en la atención sociosanitaria a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), incorporando una Comisión Técnica que actúe como órgano técnico-consultivo.

Objetivos:

- Asegurar la participación de técnicos de salud mental en comisiones y convenios entre administraciones, en temas relacionados con la atención sociosanitaria a personas con TMG.
 - Desburocratizar, mejorar la coordinación y asegurar la continuidad asistencial.
 - Definir e implementar la cartera de servicios.
2. Potenciar acciones y programas en la Comunidad, con apoyo domiciliario, asegurando la continuidad de cuidados.

Objetivos:

- Mejorar la atención domiciliaria.
- Facilitar la adherencia y el seguimiento, promoviendo la autonomía.
- Disminuir estancias hospitalarias.
- Prevenir la institucionalización y exclusión social.
- Fomentar el uso normalizado de recursos sociales.

3. Potenciar las intervenciones psicoeducativas, de apoyo y colaboración con familiares de pacientes diagnosticadas de TMG.

Objetivos:

- Mejorar la atención a las familias.
- Disminuir la carga del cuidador/a.
- Disminuir estancias hospitalarias.

4. Potenciar la participación y el apoyo a las Asociaciones de Familiares y Usuarios.

Objetivos:

- Incrementar la participación de familiares y usuarios.
- Fomentar el empoderamiento.
- Promover la figura del usuario o familiar "experto".
- Promover la ayuda mutua y red de apoyos informales .

5. Poner en marcha un Plan para erradicar el estigma, colaborando Servicios Sanitarios y Sociales con las Asociaciones de Familiares y Usuarios y con otras Administraciones Públicas.

Objetivos:

- Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las enfermedades mentales.
- Disminuir el impacto que tiene el estigma sobre las personas afectadas.

6. Optimizar la atención a Mayores diagnosticados de TMG.

Objetivos:

- Conocer las necesidades en atención domiciliaria, residencial y psicogeriatrica de los Mayores diagnosticados de TMG.
- Reubicación atendiendo a necesidades de los Mayores con TMG.

7. Consolidar la coordinación entre el Programa de Empleo y entidades del área laboral.

Objetivos:

- Firma de convenios de colaboración con entidades públicas y privadas relacionadas con la empleabilidad.
- Acciones formativas antiestigma en el ámbito empresarial encaminadas a la inserción laboral de personas con TMG.

- Acciones formativas para trabajadores con TMG.
- Fomentar el Empleo con Apoyo.

TENERIFE

1. Revisión del Decreto de constitución del CIRPAC y adaptación al nuevo contexto.
2. Reunión con Consejería de Servicios Sociales y Consejería Sanidad. Creación de subcomisión. Agenda común de trabajo relativa a salud mental y Ley de dependencia, y Decretos del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia): accesibilidad, copago y acreditación.
3. Realizar reunión con gestores para exposición de la situación, las acciones realizadas y la problemática actual.
4. Seguimiento del cuidado físico y de la polifarmacia de las personas con TMG en la Red de Salud Mental.
5. Informatización y conectividad de la red de rehabilitación (ECA y CDRPS) con la red sanitaria general y especializada.
6. Definir, implementar, y programar el calendario, las cartera de prestaciones básicas en la rehabilitación y la responsabilidad de los psicólogos clínicos en las USM con pacientes con TMG.
7. Mejorar la coordinación entre las distintas administraciones para garantizar el acceso de las personas con TMG en riesgo de exclusión y pobreza, a la asistencia sanitaria.
8. Mejorar los procedimientos de gestión de la demanda con los Cabildos Insulares. Revisión protocolos de accesibilidad y gestión interadministrativa.
9. Incorporar a Atención Primaria (Pediatria) en el acuerdo entre Educación y Salud Mental.
10. Desarrollar programas específicos de atención temprana y garantizar la continuidad de cuidados.
11. Mejora en el abordaje de pacientes con consumo de tóxicos y psicosis.
12. Garantizar una adecuada formación del personal de Atención Primaria y Atención Especializada desde la perspectiva de la recuperación.
13. Completar la red de salud mental infanto-juvenil comunitaria.
14. Respeto de espacios específicos y propios para la atención de la infancia y adolescencia.
15. Formación para los profesionales.
16. Establecer protocolos de coordinación entre los servicios de Atención Especializada y Atención Primaria.
17. Protocolizar la coordinación entre atención sanitaria, social y atención a la familia.

LA PALMA

1. Fortalecer el CIRPAC.
2. Acercamiento de la atención a los núcleos poblacionales más lejanos.

3. Programa de Intervención Temprana en Psicosis.
4. Programa de control y seguimiento de patología orgánica en pacientes psiquiátricos.
5. Mejora de infraestructuras.
6. Mejora del soporte informático: conexión USMC y CDRPS.

LA GOMERA

1. Asegurar el CIRPAC como órgano de planificación y evaluación en rehabilitación psicosocial.
2. Ampliación del programa de atención al paciente con enfermedad mental crónica con la estabilidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial.
3. Campañas de sensibilización para reducir la estigmatización de personas con trastornos mentales para mejorar su calidad de vida y de sus familias.
4. Creación de Programa de Alojamiento Alternativo.
5. Acciones conjuntas con diferentes sectores como Educación, medios de comunicación, asociaciones de usuarios.