2013

Atlas de Salud Mental de Bizkaia

Atlas de Salud Mental de Bizkaia

30 urte años
Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

2013

Atlas de Salud Mental de Bizkaia

Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Dirección

Carlos Pereira

Coordinación

Mencía Ruiz

José Alberto Salinas

Equipo de trabajo

Osakidetza

Begoña Salcedo Ocerin

María Echebeste Portugal

Ana Rodríguez Iturrizar

Jose Juan Uriarte Uriarte

Enrique Pinilla Tubet

Mónica López Ortiz

Psicost

Luis Salvador

Carlos García

María Luisa Rodero

Miriam Poole

Cristina Romero

Encarna Sánchez

Carmen Pérez

Colaboradores:

Jose Andrés Martín Zurimendi

Jose Ignacio Eguiluz Uruchurtu

Miguel Ángel González Torres

PSI•COST
ASOCIACION CIENTIFICA

Unidad/Departamento: Red de Salud Mental de Bizkaia - Osakidetza

Este proyecto ha sido financiado a cargo del contrato programa 2012 y 2013, firmado entre Red de Salud Mental de Bizkaia y la Delegación Territorial del Departamento de Salud de Bizkaia.

La RSMB desea agradecer la colaboración de las siguientes instituciones:

Asociación Bizitegi, Asociación Argia, Asociación Alegria, AVIFES, APNABI, Fundación Eragintza, Fundación Etorkintza, Fundación Gizakia, ,Hospital Aita Menni (Arrasate), Hospital San Juan de Dios, Residencia Oizpe, Sanatorio San Ignacio de Loyola

Índice de contenidos

0. Introducción 11

0.1. La Salud Mental en Bizkaia 15

0.2. Mapas sanitarios 15

I. Justificación 17

II. Objetivos 21

II.1. Objetivo Principal 23

II.2. Objetivos Específicos 23

III. Metodología 25

III.1. Diseño del estudio 27

III.2. Material 27

III.2.1. Instrumento DESDE-LTC 2.0 27

III.2.2. Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental 37

III.2.3. Tratamiento de la cartografía y la información 38

IV. Resultados 41

IV.1. Organización territorial de la Salud Mental y caracterización sociodemográfica 43

IV.1.1. Zonificación de Salud en el Territorio Histórico de Bizkaia 43

IV.1.2. Zonificación de la Salud Mental 44

IV.1.3. Caracterización sociodemográfica de las pequeñas áreas de Salud Mental 49

IV.1.4. Gráficos de araña de indicadores sociodemográficos por pequeña área de Salud Mental 68

IV.2. Estudio de la distribución territorial de los servicios de Salud Mental 70

Recursos sanitarios 77

Recursos mixtos socio-sanitarios 108

Recursos de servicios sociales 119

Recursos de drogodependencias 125

IV.3. Adecuación de la provisión de servicios sanitarios 130

IV.4. Gráficos de araña de disponibilidad de servicios 131

IV.5. Comparación de Bizkaia con 8 Comunidades Autónomas 134

IV.6. Accesibilidad a los Centros de Salud Mental de Adultos y Unidades de Hospitalización de Agudos 138

IV.7. Análisis de la actividad asistencial 140

IV.7.1. CSM Adultos 140

IV.7.2. CSM Infanto-juveniles 145

IV.7.3. Unidades de Drogadicción y CSM Adultos (drogadicciones) 147

IV.7.4. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos 153
IV.7.5. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos 158
IV.7.6. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación 163
IV.7.7. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residencial 168
IV.8. Análisis de los profesionales de Salud Mental 174
IV.8.1. Descripción del perfil profesional por dispositivo 174
IV.8.2. Análisis de la disponibilidad de profesionales 177
V. Discusión 187
V.1. Territorialización 190
V.2. Indicadores sociodemográficos 191
V.3. Dispositivos específicos estudiados por tipo de población 191
V.3.1. Población adulta 193
V.3.2. Poblaciones específicas: Infanto-Juvenil 194
V.3.3. Poblaciones específicas: Mayores 194
V.4. Líneas futuras 194
VI. Referencias 197
Anexos 201

Índice de mapas

Mapa 1. Áreas de Salud de Euskadi 43
Mapa 2. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de adultos, comarcas, municipios de Bizkaia 45
Mapa 3. Densidad de población en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia 54
Mapa 4. Índice de dependencia en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia 55
Mapa 5. Índice de envejecimiento en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia 56
Mapa 6. Tasa de inmigrantes en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia 57
Mapa 7. Tasa de inmigrantes de Países de la Unión Europea 58
Mapa 8. Tasa de inmigrantes de Países de Europa no pertenecientes a la Unión Europea 59
Mapa 9. Tasa de inmigrantes de África 60
Mapa 10. Tasa de inmigrantes de América 61
Mapa 11. Tasa de inmigrantes de Asia 62
Mapa 12. Tasa de personas no Casadas 63

Mapa 13. Tasa de personas que viven solas 64

Mapa 14. Tasa de personas mayores que viven solas 65

Mapa 15. Tasa de hogares monoparentales 66

Mapa 16. Tasa de paro 67

Mapa 17. Servicios de Salud Mental (Salud) 73

Mapa 18. Servicios de Salud Mental (Sociosanitario) 74

Mapa 19. Servicios de Salud Mental (Servicios Sociales) 75

Mapa 20. Servicios de Salud Mental de Bizkaia (Drogadicciones) 76

Mapa 21. Unidades de Hospitalización de Agudos del Territorio Histórico de Bizkaia 79

Mapa 22. Unidades de Hospitalización de Subagudos del Territorio Histórico de Bizkaia 81

Mapa 23. Unidades Hospitalarias de Rehabilitación del Territorio Histórico de Bizkaia. 87

Mapa 24. Unidades de Hospitalización de Larga Estancia, Unidades Hospitalarias Residenciales, Mini-residencias y Hogares Protegidos del Territorio Histórico de Bizkaia 90

Mapa 25. Hospitales de Día de Agudos y Hospitales de Día de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia 94

Mapa 26. Centros de Salud Mental de Adultos del Territorio Histórico de Bizkaia 98

Mapa 27. Dispositivos de atención a episodios psicóticos del Territorio Histórico de Bizkaia 101

Mapa 28. Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario del Territorio Histórico de Bizkaia 103

Mapa 29. Dispositivos sanitarios de atención infanto-juvenil del Territorio Histórico de Bizkaia 107

Mapa 30. Mini-residencias y Pisos Tutelados Sociosanitarios del Territorio Histórico de Bizkaia 113

Mapa 31. Centros de Día Sociosanitarios y Centro Asistencial Infanto-juvenil del Territorio Histórico de Bizkaia 118

Mapa 32. Dispositivos de atención social a la Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia 124

Mapa 33. Dispositivos de atención a drogodependientes del Territorio Histórico de Bizkaia 129

Mapa 34. Accesibilidad por costes de desplazamiento a los Centros de Salud Mental de Adultos del Territorio Histórico de Bizkaia 139

Mapa 35. Accesibilidad por costes de desplazamiento a las Unidades de Hospitalización de Agudos del Territorio Histórico de Bizkaia 139

Mapa 36. Prevalencia administrativa de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 142

Mapa 37. Incidencia administrativa de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 143

Mapa 38. Frecuentación administrativa de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 144

Mapa 39. Prevalencia administrativa de las Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Bizkaia 145

Mapa 40. Incidencia administrativa de las Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Bizkaia 146

Mapa 41. Frecuentación administrativa de los Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Bizkaia 146

Mapa 42. Prevalencia administrativa de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia 148

Mapa 43. Incidencia administrativa de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia 149

Mapa 44. Frecuentación administrativa de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia 150

Mapa 45. Tasa de altas de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 154

Mapa 46. Tasa de pacientes atendidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 155

Mapa 47. Tasa de reingresos de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 156

Mapa 48. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 157

Mapa 49. Tasa de altas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 159

Mapa 50. Tasa de pacientes atendidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 160

Mapa 51. Tasa de reingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 161

Mapa 52. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 162

Mapa 53. Tasa de altas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 164

Mapa 54. Tasa de pacientes atendidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 165

Mapa 55. Tasa de reingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 166

Mapa 56. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 167

Mapa 57. Tasa de altas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residenciales distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 169

Mapa 58. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residenciales distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 170

Índice de tablas

Tabla 1. Relación de Principios recogidos en la Estrategia Nacional del Sistema Nacional de Salud para atención de Salud Mental 14

Tabla 2. Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental 38

Tabla 3. Definición de los indicadores sociodemográficos 39

Tabla 4. Definición de los indicadores de actividad asistencial 40

Tabla 5. Indicadores sociodemográficos de las áreas de Salud Mental del territorio histórico de Bizkaia 50

Tabla 6. Descripción Estandarizada de los tipos de atención según el DESDE-LTC 2.0 presentes en Bizkaia 72

Tabla 7. Provisión de servicios por pequeña área de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia 130

Tabla 8. Total de MTC y tasas (x100.000 habitantes) por tipos básicos de atención, grupo de población y departamento 133

Tabla 9. Total de camas/plazas y tasas (x100.000 habitantes) por tipo de atención, grupo de población y departamento 133

Tabla 10. Comparación de tasas (x 100.000 habitantes) de dispositivos y camas de Bizkaia con 8 CCAA 138

Tabla 11. Tasas de actividad de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 141

Tabla 12. Tasas de actividad de las Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil (UPI) de Bizkaia 145

Tabla 13. Tasas de actividad de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia 147

Tabla 14. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 153

Tabla 15. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 158

Tabla 16. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 163

Tabla 17. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residenciales distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 168

Tabla 18. Comparación Atención de Salud Mental según B.MHCC con disponibilidad en el Territorio Histórico de Bizkaia 189

Índice de gráficos

Gráfico 1. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Centro de Salud Mental 46

Gráfico 2. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos 47

Gráfico 3. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos 47

Gráfico 4. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación 48

Gráfico 5. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil (UPI) (*) 48

Gráfico 6. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Centro de atención a drogodependencias(*) 49

Gráfico 7. Densidad, índices de dependencia y envejecimiento y tasa de paro en las pequeñas áreas de Salud Mental de Bizkaia 68

Gráfico 8. Tasas de inmigración por origen en las pequeñas áreas de Salud Mental de Bizkaia 69

Gráfico 9. Tasas de personas no casadas y tipos de hogares en las pequeñas áreas de Salud Mental de Bizkaia 70

Gráfico 10. Tasas de MTC y camas/plazas en servicios de Salud Mental para adultos en Bizkaia 131

Gráfico 11. Tasas de MTC y camas/plazas en servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles y de atención a las drogodependencias en Bizkaia 132

Gráfico 12. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos (R2) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA 134

Gráfico 13. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos (R2) Infanto-Juveniles en Bizkaia y 8 CCAA 135

Gráfico 14. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia (R4 y R6) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA 135

Gráfico 15. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios residenciales (R11) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA 136

Gráfico 16. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización de día (D1) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA 136

Gráfico 17. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de Atención de Día relacionada con la salud (D41) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA 137

Gráfico 18. Comparación de tasas de MTC en servicios de Atención Ambulatoria (O8-O10) de adultos e infanto-juvenil en Bizkaia y 8 CCAA 137

Gráfico 19. Prevalencia administrativa de los centros de Atención Ambulatoria de Bizkaia 151

Gráfico 20. Incidencia administrativa de los centros de Atención Ambulatoria de Bizkaia 152

Gráfico 21. Frecuentación administrativa de los centros de Atención Ambulatoria de Bizkaia 152

Gráfico 22. Tasa de altas de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 171

Gráfico 23. Tasa de pacientes de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 172

Gráfico 24. Tasa de reingresos de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 172

Gráfico 25. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia 173

Gráfico 26. Descripción del perfil profesional por dispositivo en el Territorio Histórico de Bizkaia 175

Gráfico 27. Descripción del perfil profesional por dispositivo en otra Comunidad 176

Gráfico 28. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con R2 (+18) 177

Gráfico 29. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con R4 (+18) 178

Gráfico 30. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con R6 (+18) 179

Gráfico 31. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con D4.1 (Adultos) 180

Gráfico 32. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con O8.1 (+18) 181

Gráfico 33. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con O8.1 (Adultos) 182

Gráfico 34. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con O2.1 (Adultos) 183

Gráfico 35. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con O8.1 (Infato-Juvenil) 184

Gráfico 36. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con D4.3 (Adultos) 185

0. Introducción

La atención sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) está dividida en tres demarcaciones geográficas denominadas Áreas de Salud (Araba, Bizkaia y Gipuzkoa) delimitadas reglamentariamente de acuerdo con la situación socio-sanitaria, según lo decretado en el artículo 7 de la Ley 8/1997 de 26 de junio, Ordenación Sanitaria de Euskadi. Esta ley determina la separación de funciones entre el Departamento de Salud y Osakidetza de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios. Desde enero de 1998 Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado.

En Euskadi, en la legislatura 2009-2012, se inicia el desarrollo de un modelo asistencial que pretende hacer frente a las necesidades actuales de la población de forma más eficiente. La atención sanitaria se orienta hacia un enfoque poblacional con una orientación más proactiva. Se prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. También se potencia el papel activo de la ciudadanía, su responsabilización y la autonomía del paciente. Por otra parte, se trata de garantizar el continuo asistencial a través de una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores, que favorezcan que la atención se preste en el lugar más coste-efectivo (ámbito domiciliario/comunitario y atención primaria). Finalmente, se subraya la necesidad de adaptar las intervenciones sanitarias a las necesidades y prioridades del paciente y a la eficiencia del sistema. (Osakidetza, 2010).

En el momento de redactar la presente introducción se ha iniciado la legislatura 2012-2016. El Departamento de Salud presentó, en comparecencia parlamentaria del Consejero de Salud, las principales líneas estratégicas donde destaca la orientación a desarrollar un trabajo coordinado y trasversal con los otros Departamentos del Gobierno Vasco y también con las Diputaciones Forales y Ayuntamientos, así como convertir a la ciudadanía en agente activo y comprometido con su salud, de modo que la salud sea un compromiso de todas las personas y poderes públicos en Euskadi. Las personas serán el eje central de la política sanitaria. La atención a la cronicidad, vejez y dependencia continúa siendo un reto. Por tanto, se prosigue el desarrollo del modelo de atención a crónicos (Wagner, Austin, & Von Korff, 1996) donde la estrategia de integración asistencial entre la atención primaria y la especializada será un elemento clave. Además, las organizaciones sanitarias integradas trabajarán en colaboración con instituciones con competencias en materia social, así como en Salud Pública.

La sostenibilidad del sistema sanitario es otra prioridad, máxime en el contexto económico actual. Otra clave en la regeneración y transformación del sistema son los profesionales sanitarios. Finalmente, en el escenario de investigación e innovación se abrirá una etapa enfocada principalmente a la gestión de la innovación al objeto de generar conocimiento relevante y facilitar su aplicación. (Departamento de Salud, 2013).

La atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco se asienta en una tradición de planificación y desarrollo de líneas estratégicas, desde el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental realizado por la comisión asesora en 1982, seguido por la publicación en 1990 del Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Salud Mental que desarrolló las bases técnicas para la reforma de la atención psiquiátrica y la promoción de la Salud Mental en la CAPV, hasta el relativamente reciente Plan Estratégico 2004/2008 de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza y la aún más reciente Estrategia en Salud Mental de la CAPV, elaborada en el año 2010 desde el Consejo Asesor en Salud Mental de Euskadi, siguiendo las recomendaciones y líneas de la Estrategia Nacional en Salud Mental 2006, del Ministerio de Sanidad español (Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, 2010).

Esta cultura se ha cimentado en la aceptación de una serie de premisas entre las que destaca la formulación positiva de la Salud Mental como objetivo a conseguir, el modelo comunitario de asistencia y la comprensión de la multifactorialidad como intrínseca al desarrollo de las políticas de promoción, prevención, asistencia e investigación en Salud Mental.

Es interesante reseñar el consenso generalizado sobre el modelo asistencial a desarrollar, el denominado modelo comunitario que se basa en los siguientes principios:

Tabla 1. Relación de Principios recogidos en la Estrategia Nacional del Sistema Nacional de Salud para atención de Salud Mental

Principio	Definición
Autonomía	Fomento de la autosuficiencia para vivir en la comunidad.
Continuidad del tratamiento	Rehabilitación, cuidados y apoyo a lo largo de la vida (longitudinal) y coherentemente a través de los servicios que componen la red asistencial (trasversal).
Accesibilidad	Proximidad de los recursos asistenciales al lugar de residencia, con amplitud de horario y sin esperas.
Comprensibilidad	Diversificación de prestaciones y escenarios asistenciales para que el sistema se adapte a las necesidades del paciente.
Equidad	En la distribución de los recursos en cuanto a cantidad y calidad según las necesidades de la población.
Recuperación personal	Recuperación tanto de la salud como de las capacidades como individuo y ciudadano.
Responsabilización	Transparencia en la gestión y administración de los servicios sanitarios. Buen gobierno.
Calidad	Mejora continua de resultados. MBE. Mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Elaboración RSMB. Fuente: Estrategia en SM del SNS.

En el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas (2005) se defiende la desinstitucionalización como paradigma en la atención a la Salud Mental con el objetivo de fomentar la inclusión social y erradicar la estigmatización asociada a los grandes hospitales psiquiátricos. El desarrollo de servicios asistenciales comunitarios en consonancia con las necesidades de los pacientes y sus familias tiene un efecto positivo en la calidad de vida de este grupo de población. En Euskadi no se ha producido un "movimiento de reforma psiquiátrica" similar al de otras Comunidades (Asturias, Andalucía, zona sur de la Comunidad de Madrid –Leganés-, etc.). No se ha cerrado ningún hospital psiquiátrico, aunque se ha desarrollado una red de centros de Salud Mental, programas de atención comunitaria, recursos intermedios, pisos protegidos, etc., coexistiendo los nuevos dispositivos comunitarios con las anteriores estructuras institucionales. En Euskadi el proceso de cambio e implementación de recursos ha sido paulatino. Existe consenso generalizado respecto a que el proceso de desinstitucionalización en la Comunidad requiere un nuevo modelo de atención en el que la participación social, la tolerancia, las respuestas individualizadas, la continuidad de los cuidados, o la corresponsabilidad y la coordinación entre los diferentes sectores y servicios son condiciones indispensables para garantizar la calidad de la atención (Ararteko & Ekimen, 2000).

Los modelos de apoyo a la toma de decisiones en política sanitaria han presentado un gran avance en los últimos años fundamentalmente a través de la sustitución de la aproximación tradicional de atención basada en la evidencia (Evidence-Based Care) por el nuevo paradigma de la evidencia informada (Lavis et al., 2012) y el desarrollo de marcos conceptuales y de directrices para el apoyo a la toma de decisiones (Bosch-Capblanch & and Project Team, 2011; Simon Lewin et al., 2012). El modelo de la evidencia informada considera que los sistemas de salud son entidades dinámicas de alta complejidad (De Savigny & Adam, 2009) y tiene en cuenta, además de los datos experimentales sobre intervenciones, la denominada "información local" (datos epidemiológicos y de servicios a nivel micro, meso y macro del sistema de salud) (Lewin et al., 2009). Por otra parte la interpretación adecuada de los datos requiere el uso de nuevos

sistemas de análisis como el "Knowledge Discovery from Fecha" (KDD) en los que la visualización de la información y su combinación con el conocimiento experto a priori adquiere una importancia fundamental (Gibert, García-Alonso, & Salvador-Carulla, 2010). En este contexto, la descripción estandarizada de servicios mediante una codificación aceptada internacionalmente y su representación cartográfica adquieren una importancia creciente.

0.1. La Salud Mental en Bizkaia

El territorio histórico de Bizkaia es el más complejo de la CAPV tanto por el mayor número de habitantes, como por la cantidad y variedad de estructuras y organizaciones.

Comprende cuatro comarcas sanitarias: Bilbao, Comarca Interior, Margen Izquierda y Uribe. En los últimos 25 años, y tras la integración de la atención de la Salud Mental en la asistencia sanitaria, el desarrollo de recursos asistenciales ha sido muy importante. Partiendo de una situación en la que los recursos estaban limitados a los tres hospitales psiquiátricos (Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar y Hospital de Zamudio) y a una incipiente y heterogénea red de recursos comunitarios, se ponen en marcha los servicios de psiquiatría en los hospitales generales (Basurto en 1983, Galdakao y Cruces posteriormente), y se desarrolla una extensa red de centros de Salud Mental que dan cobertura a todos los sectores asistenciales y cuya demanda asistencial ha sido, y es, de una intensidad y complejidad muy elevada. A la par, se han ido produciendo importantes cambios en la disposición y actividad de las camas hospitalarias, con una reducción en las estancias medias de las unidades de agudos, apoyadas, en parte, en la creación de nuevas unidades de subagudos, y una importante reducción de las camas en los hospitales psiquiátricos tradicionales (Bermeo, Zaldibar). Se ha desarrollado, asimismo, una importante red de recursos intermedios, especialmente de centros y hospitales de día, que han supuesto el modelo principal de intervención comunitaria específica para la población con patologías más graves y crónicas, y con mayor discapacidad, como alternativas a la hospitalización. El desarrollo de recursos sociosanitarios de alojamiento, integración laboral, centros de día concertados, aunque aún insuficiente, ha sido también muy importante.

En 2010, a través del acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, se crea en el área sanitaria de Bizkaia la organización de servicios sanitarios denominada Red de Salud Mental de Bizkaia que integra, bajo una gerencia única al Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio, Centros de Salud Mental (que atienden psiquiatría general, infantil y adicciones), Hospitales de Día y equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario. (Acuerdo de 17 de febrero de 2010). La Red de Salud Mental de Bizkaia no integra en su organización a los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales de Basurto, Galdakao y Cruces, con los que trabaja en coordinación, y con quienes comparte programas y circuito asistencial.

0.2. Mapas sanitarios

Los mapas de Salud Mental son un instrumento de gran utilidad para la planificación de servicios basada en la evidencia. Estos mapas permiten conocer los diferentes tipos de recursos disponibles, su ubicación geográfica y las áreas de atención asignadas de una forma gráfica fácilmente comprensible. En base a la información disponible también puede representarse la distribución geográfica de los profesionales, las camas o plazas, la morbilidad de los trastornos mentales y la utilización de los servicios de Salud Mental.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado diferentes atlas de Salud Mental en la última década (OMS, 2001, 2005, 2008, 2011) en los que se ha representado cartográficamente información referente a políticas, programas específicos, utilización de psicofármacos, financiación, sistemas de información y la

de distribución de servicios, camas/plazas y profesionales. Todos los atlas inciden en las carencias de este tipo de información incluso a escalas estatales.

En 2005 la OMS publicó su segundo Atlas de Salud Mental en el que actualiza y mejora la información que figuraba en el anterior (OMS, 2005). La información presentada se refiere a políticas, programas, legislación, financiación, programas especiales en Salud Mental, atención primaria, recursos (camas psiquiátricas y profesionales) y sistemas de información. Recientemente se ha publicado el último Atlas donde se mejora esta información (OMS, 2011).

El Atlas de Salud Mental de Bizkaia surge del interés de la Red de Salud Mental de Bizkaia y de la Delegación Territorial de Bizkaia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco por dotarse de un documento científico que permita conocer la situación y el funcionamiento del Sistema de Salud Mental, y que sirva para su gestión y planificación. El mapa de dispositivos de Salud Mental servirá como método de evaluación de la promoción, la cooperación y corresponsabilidad de los departamentos implicados, y para potenciar la participación de las personas que sufren un trastorno mental, sus familias y los profesionales que los acompañan.

I. Justificación

La Declaración de Helsinki de 2005 facilitó el marco para la transformación de los servicios de Salud Mental en Europa. En el estado español, el Ministerio de Sanidad y Consumo propone en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud el desarrollo de mapas de recursos (Objetivo 6.4), para fortalecer los instrumentos disponibles para la evaluación de tecnologías y procedimientos en salud, y como integrante de una plataforma electrónica de conocimiento comparativo accesible a los profesionales sanitarios (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Este proyecto pretende ser de utilidad para los gestores y planificadores de Salud Mental ya que dispondrán de un sistema de información sobre los servicios de Salud Mental en Bizkaia donde podrán conocer la situación actual y planificar el futuro. Del mismo modo que también será útil para los usuarios, personas con trastorno mental y sus familias, que dispondrán de un catálogo que les permitirá conocer los diferentes servicios a los que acceder en el territorio.

II. Objetivos

II.1. Objetivo Principal

Estudio de la sectorización, disponibilidad territorial y utilización de los servicios sanitarios y socio-sanitarios de atención a las personas con enfermedad mental del Territorio Histórico de Bizkaia en Euskadi.

II.2. Objetivos Específicos

Este estudio tiene el objetivo de proveer un sistema de apoyo a la decisión para la gestión y la planificación sanitaria y socio-sanitaria de la Salud Mental en Bizkaia a través de la aplicación de Sistemas de Información Geográfica (SIG). Los resultados de esta aplicación permitirán identificar los servicios existentes y su localización geográfica, facilitando el análisis de la disponibilidad y diversas operaciones de análisis espacial que ayuden, conjuntamente, a la detección de necesidades en el presente y provean de criterios para la planificación en el futuro. Este sistema se compone de tres elementos integrados:

1. Catálogo Estandarizado de Servicios de Salud Mental: facilita una descripción estandarizada de los tipos de atención ofertados por los diferentes servicios socio-sanitarios y socio-sanitarios de Salud Mental, así como información sobre el funcionamiento y los recursos de cada servicio, lo que permite comparaciones interterritoriales.

2. Mapas de Servicios de Salud Mental en Bizkaia: partiendo de los resultados del Catálogo Avanzado es posible elaborar mapas de recursos para la atención de la Salud Mental. Estos dos elementos permiten evaluar los servicios, analizar su utilización, disponibilidad y necesidades, así como realizar diferentes operaciones de análisis espacial.

3. Caracterización sociodemográfica de las áreas geográficas de atención a la Salud Mental.

4. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica asistida y la utilización de los Servicios de Salud Mental.

III. Metodología

III.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio ecológico comparativo, descriptivo y transversal de la Salud Mental en Bizkaia que se centra en la evaluación de "servicios" y "tipos básicos de atención" a nivel meso (pequeña área socio-sanitaria) siguiendo el modelo propuesto en la Matriz de Thornicroft y Tansella (1999) para la evaluación de servicios. Los resultados del estudio se concretan en un conjunto de cartografía que ha sido analizada.

Marco temporal: El año de referencia es el 2011 aunque debido a la disponibilidad de información se ha recurrido a datos de años anteriores y se ha completado con información en 2012.

Unidad de análisis: Los servicios de Salud Mental públicos, concertados y subvencionados destinados a la atención de personas con enfermedad mental y sus familias.

- Criterio de inclusión: Se consideran los servicios sanitarios y sociales específicos que atienden a personas con enfermedad mental (mínimo un 20% de los usuarios están diagnosticados con trastorno mental).
- Criterio de exclusión: están excluidos los servicios que prestan una atención exclusiva de carácter privado con ánimo de lucro y sin financiación pública.

Población diana: El estudio de la utilización de los servicios tendrá como unidad los pacientes atendidos en los servicios de atención a la Salud Mental.

Unidad territorial de análisis: Son las áreas geográficas definidas en la zonificación de salud, Áreas de Salud y Zona Básica de Salud, y las áreas de cobertura de los recursos de Salud Mental.

III.2. Material

III.2.1. Instrumento DESDE-LTC 2.0

La Descripción y Evaluación Estandarizada de Servicios y Directorios en Europa para Atención a Largo Plazo (DESDE-LTC 2.0) surge de la adaptación y mejora del DESDE-LTC (Salvador-Carulla et al., 2011). Sigue la línea de la primera versión "European Service Mapping Schedule" (ESMS-I) (incluye además modificaciones del ESMS-II), y del Diagrama Estandarizado de Servicios para Discapacidad en España (DESDE) (Salvador et al, 2006) e instrumentos relacionados (DESDAE y DESDE). La versión para Salud Mental de este instrumento forma parte de la tesis doctoral de Ruiz (2012), el ESMS-R.

El DESDE-LTC 2.0 permite llevar a cabo, de una forma estandarizada, las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de atención a largo plazo de un área sociosanitaria específica. Se incluye la provisión de servicios sociales y servicios de salud, por parte del sector privado. El sector privado es opcional y depende del objetivo del estudio.
- Registrar los cambios ocurridos en el tiempo en los servicios de un área de cobertura determinada.
- Delimitar y comparar la estructura y la oferta de los servicios de atención a largo plazo entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria.
- Medir y comparar los niveles de provisión/disponibilidad y utilización de los principales Tipos Básicos de Atención, (del inglés Main Type of Care, MTC) entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria usando un sistema de codificación internacional

El instrumento se estructura en 4 secciones: Sección A (clasificación del área), Sección B (clasificación de tipos básicos de atención), Sección C (uso) y Sección D (inventario de servicios). Además consta de una

primera parte introductoria donde se estudian las diferentes unidades de análisis que se pueden ver representadas en la figura 1. A continuación se hace una exposición detallada de las unidades destacadas en este estudio:

Macro-Organizaciones

Son las grandes empresas del sector de la salud. Deben incluirse aquí las Agencias de Salud pública cuando proporcionan atención además de planificación y política de atención. En cualquier caso, las macro-organizaciones siempre implican algún tipo de planificación en su esquema de prestación que no va dirigida a los individuos. Un caso típico de macro-organización es una organización de gestión de la salud (HMO) que opera a nivel regional o nacional.

Meso-Organizaciones

Se orientan principalmente hacia la atención de personas identificadas en un lugar determinado. Por lo general tienen una amplia gama y cantidad de "tipos básicos de atención" (BSIC) (ver abajo) y pueden operar en más de un dispositivo. Un caso típico es un hospital general.

Micro-Organizaciones

Son las unidades más pequeñas conocidas generalmente como "servicios" de salud. Ofrecen atención en un único dispositivo (la estructura física del edificio o vivienda donde se proporciona esta atención). Se componen de un número reducido de unidades mínimas o básicas de atención (típicamente una y no más de tres BSICs-véase más adelante). Sin embargo, "Servicio" es un término "blanco" que puede utilizarse en atención sanitaria y social para referirse a otras unidades de análisis que cubre desde las meso-organizaciones a las intervenciones básicas de salud. Debido a esto, resulta inadecuado usar "servicio" como sinónimo de agrupación de insumos dentro de una micro-organización. "Servicio" se utiliza principalmente como un término general para describir los sistemas de atención y las áreas de conocimiento relacionadas (por ejemplo, investigación sobre servicios de salud).

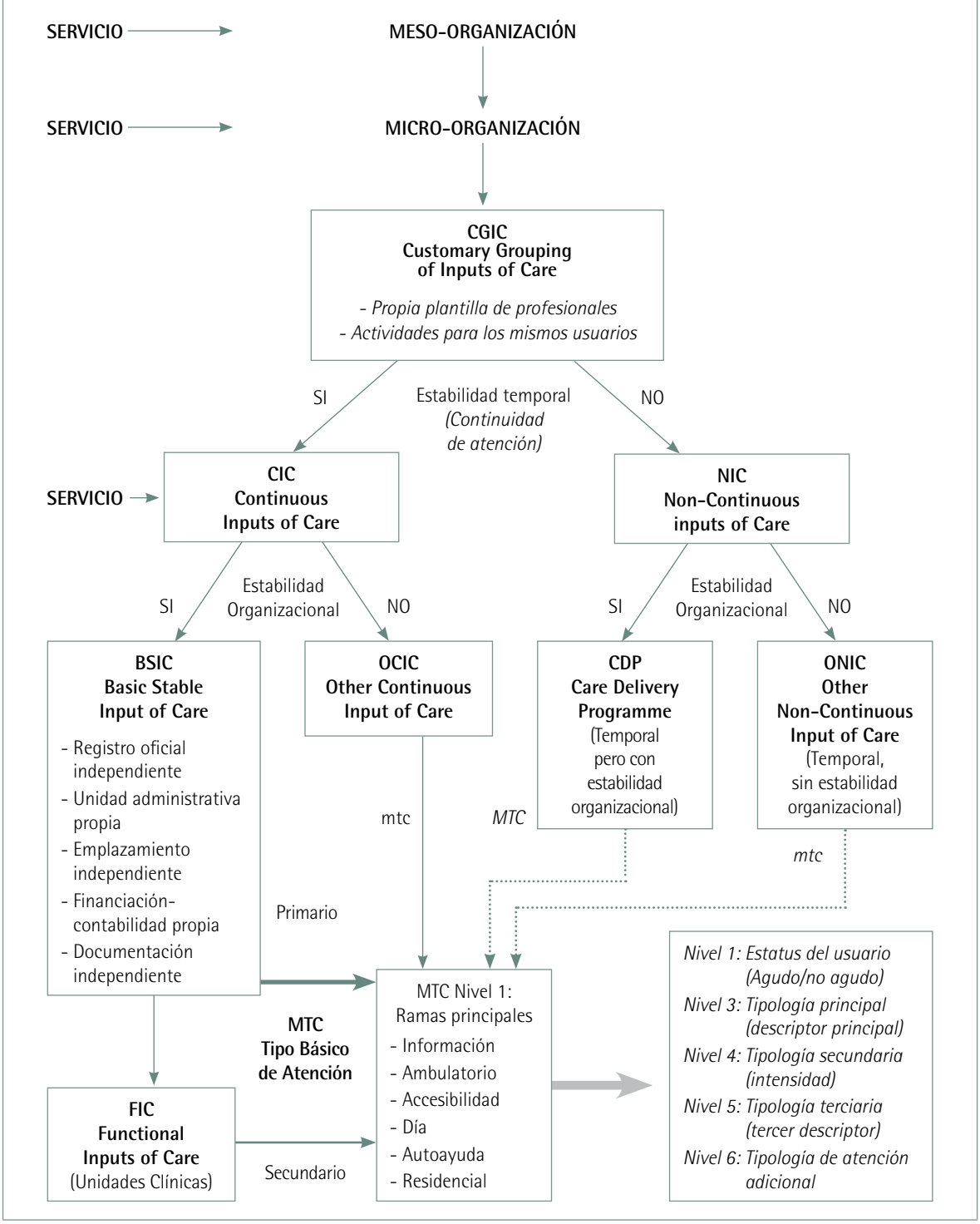
CGIC (Customary Grouping of Inputs of Care)

El CGIC se caracteriza por pertenecer a una micro-organización. Los objetivos específicos son mejorar la salud (mental en este caso), diagnosticar o mejorar el curso de una condición y el funcionamiento asociado en individuos o grupos. Criterios:

A. Mismos usuarios: el grupo diana se define como un conjunto estable de usuarios. En el DESDE-LTC 2.0 se proporcionan valores para diferenciar grupos diana de grupos genéricos o de otro tipo.

B. Misma plantilla de profesionales: la atención la proporciona un grupo definido y estable de profesionales.

Figura 1. Estructura Organizacional



CIC (Continuous Inputs of Care)

Conjunto de insumos (inputs) de atención de Salud Mental estable en el tiempo (continuo), dentro de una micro-organización. Tipo de atención estándar ofrecido a un micro-nivel, que normalmente, pero no siempre, es equivalente a "servicio". Es la unidad típica para entender la provisión de atención en la vida real. Por razones prácticas, "un servicio de atención relacionada con la salud" es sinónimo de CIC en esta taxonomía.

Su estabilidad en el tiempo lo diferencia de los programas de atención (CDP). Atributos:

C. Estabilidad temporal. Su estabilidad en el tiempo lo diferencia de los programas de atención (CDP).

- Valores: El DESDE-LTC establece tres años de funcionamiento o algún sistema oficial que determine la continuidad de una organización cuando ha sido creada recientemente (menos de tres años).

Unidad Básica de Atención (BSIC)

Es el conjunto mínimo de tipos de atención con estabilidad temporal organizados para ofrecer atención relacionada con la salud a la población diana de un área específica. Está normalmente constituido por una unidad administrativa y un grupo de estructuras y profesionales organizados que proporcionan atención. Los BSIC, dentro del modelo de producción de atención de salud (insumo-proceso-salida) se refiere sólo a funciones de la atención y no a otros insumos (productos y dispositivos) o a procedimientos (intervenciones). Las funciones que proporciona el servicio "micro-organización" se pueden describir como la unidad de análisis más pequeña llamada "Tipos Básicos de Atención" (MTC).

Criterios de inclusión (BSIC)

Para que BSIC sea reconocido como una unidad de análisis debe cumplir los siguientes criterios

CGIC

Criterio A: Propia plantilla de profesionales .

Criterio B: Todas las actividades son utilizadas por los mismos usuarios.

CIC

Criterio C: Estabilidad temporal.

Criterio D: Reconocimiento del servicio como entidad legal independiente (con su CIF) y/o Registro oficial independiente. Este registro es independiente y no como parte de una meso-organización (p.e un servicio de rehabilitación en un hospital general):

"SI NO está registrado":

Criterio E: El servicio cuenta con Unidad administrativa propia y/o oficina de secretaría y cumple dos descriptores "F" adicionales.

"SI NO tiene unidad administrativa propia":

Criterio F: El servicio cumple los 3 criterios que se describen a continuación:

F1: Emplazamiento independiente (planta o sección distinta).

F2: Financiación independiente.

F3: Documentación independiente cuando está en una meso-organización.

Criterios de exclusión (BSIC)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar BSIC de otros componentes de la atención y otras organizaciones del sistema de atención.

1. Otros componentes de insumos de la atención:
   - Productos de salud, instrumentos y otros dispositivos. Los productos sanitarios como inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC 2.0.
   - Intervenciones de atención. Son parte del proceso de atención y no se codifican en este instrumento. Las intervenciones de atención se detallan en la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (ICHI).

2. Otras organizaciones en el sistema de atención

- Dispositivos a otros niveles de organización. Los sistemas de organización a un meso-nivel (agrupaciones de servicios o estructuras que incluyen diferentes servicios en una gran organización como Hospitales Generales) o a un macro-nivel (ej. complejos sanitarios nacionales e internacionales) se excluyen de esta clasificación.
- Servicios genéricos dirigidos a la población general o grandes grupos (ej. mayores, inmigrantes, etc.) que son importantes para muchos usuarios de Salud Mental pero que no se han creado específicamente para esta población, no deben incluirse, con la excepción de aquellos servicios en los que más del 50% de los usuarios son personas con necesidades de este tipo. Deben excluirse también servicios destinados a atención sanitaria primaria que puedan prestar algún tipo de atención a usuarios con trastorno mental.

Los servicios específicos de Salud Mental del área de cobertura que no cumplan los criterios de inclusión del DESDE-LTC 2.0 podrían detallarse en un anexo.

Tipos básicos de atención (MTC)

El MTC es el DESCRIPTOR principal de la "tipología de atención" que ofrece el CGIC en su última expresión (BSIC, OCIC, CDP, ONIC). Estas tipologías de atención describen la actividad básica llevada a cabo por el BSIC (p.e el usuario duerme en el centro) y que ha sido seleccionada porque permite hacer comparaciones territoriales en un proceso iterativo de grupos europeos de expertos en los proyectos consecutivos ESMS/ DESDE. En la figura 2 se recogen los criterios para identificar BSIC y MTC.

Cada función de atención se describe en un lenguaje simple y tiene un código alfanumérico específico (por ejemplo, ofrece alojamiento durante la noche para pacientes agudos en un recurso con atención médica 24horas R2). Estos códigos se definen a través de una serie de descriptores o calificadores estructurados jerárquicamente en seis niveles:

1. **Primer Nivel**. Descripción de la rama principal (o tipo principal de atención): I) información, A) accesibilidad, S) ayuda mutua y voluntariado, O) ambulatorio, D) día, R) residencial.
2. **Segundo Nivel**. Estatus del usuario. Este nivel hace referencia al estado clínico de los usuarios del servicio (ej. si están en situación de crisis o no): agudo o no agudo.
3. **Tercer Nivel**. Tipo general de atención. Este nivel describe la tipología general de la atención (móvil/ no móvil, cobertura médica /no cobertura médica).
4. **Cuarto Nivel**. Intensidad de la atención. Este nivel hace referencia a la intensidad de la atención que el servicio puede ofrecer excepto para la atención aguda residencial donde el tercer nivel describe si la atención se ofrece en un hospital registrado o no.
5. **Quinto Nivel**. Subtipo de atención. Este nivel proporciona una descripción más específica del tipo de atención en un determinado servicio.
6. **Sexto Nivel**. Calificadores adicionales. Este nivel añade calificadores adicionales que pueden ser necesarios para diferenciar entre recursos de atención similares.

Sólo un MTC/ código de los 91 disponibles en el DESDE-LTC 2.0 puede ser registrado como MTC principal, aunque puede haber otros MTC secundarios cuando los FICs (unidades clínicas) son descritas como "parte de" la unidad básica de atención o BSIC.

A continuación se describen los criterios utilizados para codificar los MTC para un BSIC independiente:

Criterios de inclusión (MTC)

A. MTC PRINCIPAL: La definición y descripción que proporciona el DESDE-LTC 2.0 para un código determinado coincide con el objetivo/finalidad de un servicio. Y con la actividad habitual de este servicio. En caso de

desacuerdo entre el objetivo definido y la principal actividad habitual del servicio, se elige esta actividad para seleccionar el código MTC. Se utilizan puntos de corte cuando se considere necesario para permitir una codificación basada en la principal actividad/funcionamiento del servicio.

B. MTCs ADICIONALES: deberán usarse para describir el rango de actividades principales cuando las características esenciales del servicio no pueden codificarse con un simple código DESDE-LTC 2.0. En este caso, el servicio debería describirse usando más de un descriptor principal. Por ejemplo, la unidad de agudos de un hospital puede proporcionar también atención de urgencia no móvil 24 horas, que es un descriptor completamente diferente al R2 (descriptor principal) y se dirige a diferentes grupos de usuarios. Entonces, este servicio tiene dos descriptores principales o "MTCs": R2, O3.

Deben tenerse en cuenta los siguientes criterios cuando se utilicen códigos adicionales.

La actividad principal adicional es fundamental para diferenciar el servicio de otros servicios relacionados tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los gestores. Siguiendo el ejemplo anterior (R2, O3), una unidad de agudos residencial en un hospital general con urgencias ambulatorias se diferenciaría claramente de una unidad similar sin atención de urgencias. Registrar un MTC secundario en vez de un calificador adicional, aclararía que la unidad cumple criterios para MTC.

Criterios de inclusión (MTC)

a. El servicio cumple los criterios A, B y C pero el grupo de usuarios es claramente diferente del grupo diana al que atiende el BSIC. El principal grupo de usuarios podría usarse para seleccionar el principal MTC y los otros para seleccionar los MTCs adicionales.

b. Las unidades clínicas se identifican en un servicio que cumple el criterio F1 (emplazamiento independiente y no es parte de otro recurso).

c. Una parte significativa de la actividad del servicio se relaciona con otro código DESDE-LTC 2.0 diferente al código principal. Por ejemplo, más del 20% de la actividad de un servicio ambulatorio de atención no móvil es atención móvil. Este servicio podría ser codificado como O8, O6.

Criterios de exclusión (MTC)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar MTCs de otras unidades de análisis en la investigación sobre servicios.

1. Actividades del servicio. Los MTCs no son simples actividades del servicio. Los descriptores MTCs se basan en las principales actividades o funciones críticas para comparar servicios entre diferentes territorios. Los servicios deberían llevar asignado un código y no es habitual que un servicio pueda conseguir más de tres códigos. Cuando dos funciones claramente diferentes de un servicio ofrecen atención al mismo grupo de usuarios, sólo una de ellas debería codificarse como un MTC mientras que la otra debería considerarse como una actividad y no como un MTC. Se recomienda revisar cuidadosamente los criterios de inclusión mencionados anteriormente antes de codificar una actividad del servicio como un MTC. Las actividades de un servicio deberían codificarse usando otros instrumentos.

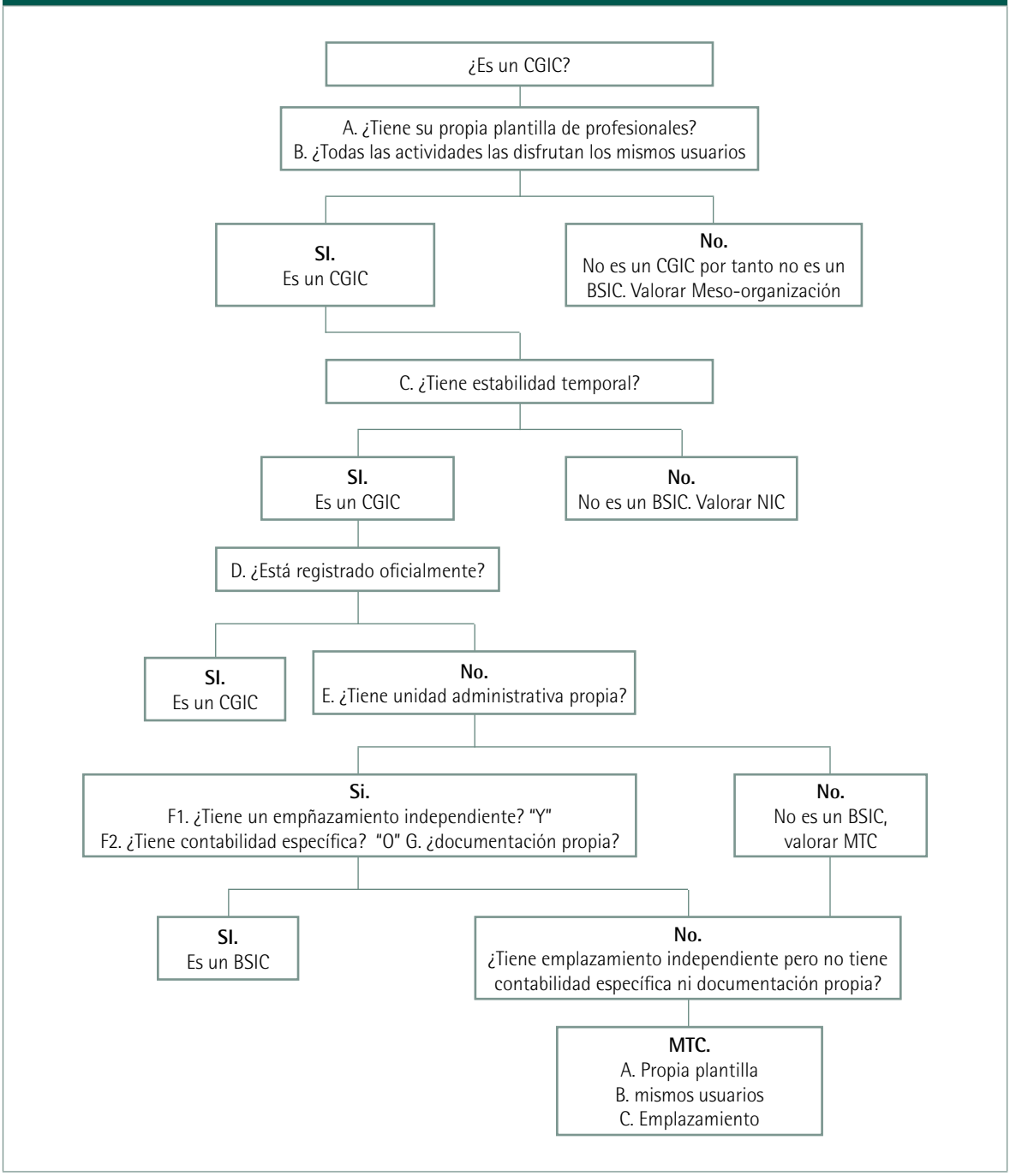
Las actividades no principales (no MTC) de un servicio pueden usarse para definir otras unidades de análisis en la investigación de servicios, principalmente para describir tipos de atención en uno o varios servicios:

- *Modalidad de Atención* es un tipo principal de intervención (o actividad) que se puede aplicar para describir un número determinado de tareas que constituyen el rango completo de atención que proporciona un servicio.

- *Paquetes de Atención.* Conjunto de intervenciones de atención integradas diseñadas para el mismo grupo de usuarios. Los paquetes de atención pueden describirse para un servicio único o para un grupo de servicios integrados.
- Otros componentes de insumos de atención son los productos de salud, las herramientas y otros dispositivos. Los productos de salud como las inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC.

La figura 2 muestra un árbol de decisión o algoritmo que incluye preguntas "Si/No2 para facilitar la recogida de información por parte de gestores.

Figura 2. Árbol de decisión para codificar BSIC y MTC



Sección A

Descripción de áreas socio-sanitarias: las áreas geográficas diferentes se codifican en relación al sector que las describe. Por ejemplo, las áreas sanitarias se describen con una "H", las áreas sociales con una "S" y las áreas educativas con una "E".

- H0: Nivel pan-nacional

  Por ejemplo, Unión Europea o regiones sanitarias de la OMS.

- H1: Nivel nacional

  Por ejemplo, el sistema de salud nacional en España

- H2: Nivel regional

  Por ejemplo, Estados (Lander) en Austria o Alemania, Condados en Suecia, Comunidad Autónoma en España, Departamento en Francia, etc.

- H3: Máxima unidad administrativa de Salud Mental

  Por ejemplo, área de Salud Mental cubierta por un hospital general de referencia para atención aguda.

- H4: Unidad administrativa básica de Salud Mental especializada

  Por ejemplo, área cubierta por un centro de Salud Mental comunitaria.

- H5: Área administrativa local de atención sociosanitaria

  Por ejemplo, municipios, áreas sanitarias locales, área cubierta por un centro de atención primaria.

Descripción de población diana – Grupos de edad

GX para todos los grupos de población

NX cuando es indeterminado

CX niños y adolescentes

AX adultos

OX mayores

Cc sólo niños

Ca sólo adolescentes

TC transición a adolescentes

TA transición a adultos

TO transición a mayores

Descripción de población diana – Grupos diagnósticos

Se utilizarán letras mayúsculas para indicar si se trata de población con trastorno mental o de salud general y códigos CIE-10 entre corchetes para describir los grupos diagnósticos. Las categorías diagnósticas pueden descargarse en la siguiente dirección web http://www.cie10.org

– MD – para Trastornos Mentales sin código CIE-10 específico (ej. Ax-[MD]-R2)

– [Fxx] para categorías diagnósticas específicas (ej. Cx-[F84.0]-R2;)

– [Fxx-Fxx] para intervalos diagnósticos (ej. Gx-[F20-F29]-R2)

Sección B

En la figura 3 se recoge el árbol con los diferentes tipos de atención incluidos en el DESDE-LTC 2.0. El instrumento recoge un total de 91 códigos correspondientes a diferentes tipos básicos de atención distribuidos entre las 6 ramas principales: atención en información ("I"), Accesibilidad ("A"), Ayuda mutua y voluntariado ("S"), Ambulatoria ("O"), Día ("D") y Residencial ("R").

Se incluyen en esta sección además, códigos adicionales representados por letras pequeñas que se añaden al final del código DESDE-LTC 2.0 para proporcionar una descripción adicional acerca de la localización del servicio o el significado de la provisión del servicio cuando éste es un descriptor principal. Esto facilita una visión rápida de las características de los MTC y los BSIC con los que se relacionan que pueden ser relevantes para cuestiones de política local o investigación. Estos códigos son parte de una descripción general del servicio que se efectúa en la Sección D y, por tanto, no son parte de la estructura jerárquica del árbol de decisión del sistema.

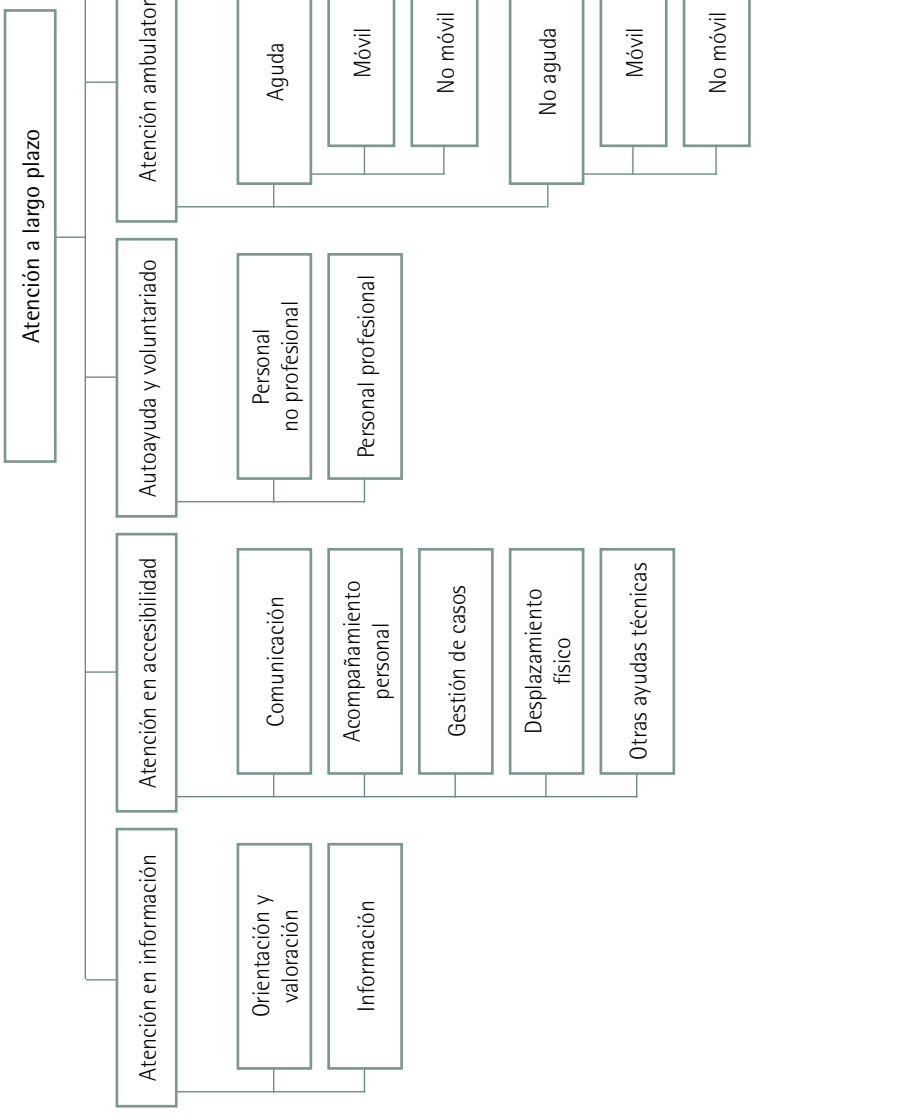
Sección C

Los diagramas de atención de esta sección permiten la contabilización de los niveles de utilización de los principales tipos básicos de atención en un área.

Sección D

Inventario de servicios.

Figura 3. Diagrama de atención a largo plazo



III.2.2. Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental

La comparación entre áreas de Salud Mental sigue una actualización del modelo de psiquiatría básica de Salvador-Carulla y colaboradores (Salvador-Carulla, García-Alonso, González-Caballero, & Garrido-Cumbrera, 2007). Se estableció un Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B.MHCC) diseñado por expertos mediante técnicas de análisis de datos *Knowledge Discovery from Data* (KDD) con el que se comparaban 12 pequeñas áreas sanitarias de las CCAA de Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. En la Tabla 2 se recogen los rangos de las tasas de disponibilidad, plazas y utilización por 100.000 habitantes para las agrupaciones de tipos de atención DESDE-LTC fijadas por el grupo de expertos para definir su Modelo Básico de Atención Comunitaria.

Las agrupaciones de tipos básicos de atención que forman el Modelo son:

- R2 atención hospitalaria de agudos.
- R4,R6 atención hospitalaria a medio y largo plazo. Incluye atención hospitalaria con tiempo de estancia limitado y apoyo las 24 horas (R4); y atención hospitalaria con tiempo de estancia indefinido de apoyo las 24 horas (R6).
- R5,R7 atención residencial a medio y largo plazo. Incluye atención residencial con tiempo de estancia limitado y apoyo las 24 horas (R5); y atención hospitalaria con tiempo de estancia indefinido de apoyo las 24 horas (R6).
- R8-R13 atención residencial en la comunidad. Incluye atención residencial con tiempo de estancia limitado y apoyo las 24 horas (R8), alguna parte del día (R9) o frecuencia inferior (R10); y atención residencial de estancia indefinida y apoyo las 24 horas (R11), alguna parte del día (R12) o frecuencia inferior (R13).
- D1 Atención de Día de agudos. Incluye Atención de Día de agudos (D1).
- D4 Atención de Día relacionada con la salud. Incluye Atención de Día mediante actividades estructuradas de alta intensidad (al menos 4 medios días semanales) relacionadas con la salud (D4.1).
- D4 Atención de Día (otros). Incluye Atención de Día mediante actividades estructuradas de alta intensidad (al menos 4 medios días semanales) no relacionadas con la salud (D4.2, D4.3, D44 y D.5).
- O8-O10. Atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (no agudos). Dispositivos con capacidad para realizar contactos cara a cara con usuarios/as al menos: 3 veces por semana, (O8), frecuencia quincenal (O9) o frecuencia mensual (O10).

Tabla 2. Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental
[Rango de tasas de disponibilidad, plazas y utilización por 100.000 habitantes]

Disponibilidad Número de Tipos Básicos de Atención DESDE-LTC por 100.000 habitantes	**Rangos**
Atención hospitalaria de agudos (TR2)	[0,25-0,5]
Atención hospitalaria a medio y largo plazo (TR4,R6)	[0,1-0,3]
Atención residencial a medio y largo plazo (TR5,R7)	[0,2-0,5]
Atención residencial en la comunidad (TR8-R13)	[> 1,9]
Atención de día de agudos (TD1)	[0,25-0,8]
Atención de día (TD41)	[>0,7]
Otros Atención de Día (TD4)	[>2]
Atención ambulatoria comunitaria (TO8-O10)	[1-2,5]
Plazas Plazas / Camas por 100.000 habitantes	
Atención hospitalaria de agudos (PR2)	[9-20]
Atención hospitalaria a medio y largo plazo (TR4,R6)	[3-13]
Atención residencial a medio y largo plazo (TR5,R7)	[5-20]
Atención residencial en la comunidad (PR8-R13)	[>10]
Atención de día (TD1)	[6-18]
Atención de día (TD41)	[20-70]
Otros Atención de Día (TD4)	[>30]
Utilización Pacientes por 1.000 habitantes	
Altas hospitalaria de agudos por 1.000 (UR2alta)	[1,8-2,8]
Estancia hospitalaria de agudos (UR2estan)	[16,5-21,9]
Atención ambulatoria comunitaria por 1.000 (UOcPrev)	[21,2-34,3]
Atención ambulatoria comunitaria por 1.000 (UOcInc)	[7,1-11,2]

Fuente: Actualizado de Salvador-Carulla et al., 2007.

Las tasas por debajo o por encima del rango son consideradas por el grupo de expertos como sobre-disponibilidad / infra-disponibilidad de tipos de atención y plazas, o sobre-utilización / infra-utilización de tipos de atención.

III.2.3. Tratamiento de la cartografía y la información

La cartografía de base de este estudio ha sido obtenida del Instituto Geográfico Nacional, concretamente se han utilizado capas de municipios, carreteras y el modelo digital del terreno de Bizkaia. Ha sido necesario crear cartografía específica para las diferentes áreas de cobertura y planificación de los servicios de Salud Mental. Esta cartografía de la zonificación sanitaria de Bizkaia ha servido de base para el diseño de diferentes tipos de mapas. Se han elaborado mapas para mostrar los diferentes niveles de zonificación, para mostrar la localización y la accesibilidad a los recursos de Salud Mental y para representar diversos indicadores sociodemográficos, de morbilidad y utilización de servicios.

Se presentan mapas de puntos para señalar la localización en el territorio de los servicios de Salud Mental. También se han elaborado mapas temáticos de coropletas para los indicadores sociodemográficos, actividad y morbilidad, y para el estudio de la accesibilidad. En este caso las variables, clasificadas en intervalos significativos, se representan mediante tramas de colores. Los intervalos seleccionados se han ajustado por cuantiles para que recojan el mismo número de elementos.

Los indicadores sociodemográficos que se han utilizado son los siguientes:

Tabla 3. Definición de los indicadores sociodemográficos

Indicador	Numerador	Denominador	
Densidad 2011	Población total	Superficie	
Índice de dependencia 2011	Población 0-15 años + Población mayor 64 años	Población 16-64 años	x 100
Índice de envejecimiento 2011	Población mayor 64 años	Población 0-15 años	x 100
Tasa de inmigración total 2011	Extranjeros totales	Población total	x 1.000
Tasa inmigración UE 2011	Extranjeros UE	Población total	x 1.000
Tasa inmigración Europa no UE 2011	Extranjeros Europa no UE	Población total	x 1.000
Tasa inmigración África 2011	Extranjeros África	Población total	x 1.000
Tasa inmigración América 2011	Extranjeros América	Población total	x 1.000
Tasa inmigración Asia 2011	Extranjeros Asia	Población total	x 1.000
Tasa no casados 2001	Población mayor de 15 años soltera (solteros – menores de 16 años) + viuda + divorciada + separada	Población mayor 15 años	x 100
Tasa personas viven solas 2001	Población que vive sola = Hogares compuestos por 1 persona	Población total	x 100
Tasa hogares mayores 2001	Población mayor de 64 años que vive sola = Hogares compuestos por una persona mayor de 64 años	Población mayor de 64 años	x 100
Tasa hogares monoparentales 2001	Población adulta que vive en hogares compuestos por un adulto y niños = Hogares de adultos con niños	Población mayor 15 años	x 100
Tasa de paro 2011	Paro registrado	Población de 16 a 64 años	x 100

Los indicadores de actividad que se han calculado a partir del sistema de información eOsabide que incluye al Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) son los siguientes:

Tabla 4. Definición de los indicadores de actividad asistencial			
Indicador	**Numerador**	**Denominador**	
Prevalencia administrativa 2011	Pacientes	Población de referencia con Tarjeta Sanitaria	x 1.000
Incidencia administrativa 2011	Primeras visitas	Población de referencia con Tarjeta Sanitaria	x 1.000
Frecuentación administrativa 2011	Visitas	Población de referencia con Tarjeta Sanitaria	x 1.000
Tasa de altas 2011	Altas	Población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años	x 1.000
Tasa de pacientes 2011	Pacientes	Población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años	x 1.000
Tasa de reingresos 2011	Pacientes	Altas	
Estancia media 2011	Días de estancia	Pacientes	

El análisis de la accesibilidad se ha desarrollado a partir de la cartografía digital de las carreteras existentes en Bizkaia. A través del SIG se ha efectuado el cálculo del coste de desplazamiento a los dos principales servicios sanitarios de Salud Mental como son los centros de Salud Mental de adultos y las unidades de hospitalización de agudos. El coste de desplazamiento considera tres variables: la distancia al recurso, la existencia de carreteras y la velocidad de desplazamiento que permiten dichas vías. El territorio se ha dividido en unidades mínimas de 130 metros x 180 metros (píxeles) que se han ponderado teniendo en cuenta las variables señaladas. El coste será inferior cuando es posible desarrollar una mayor velocidad (por ejemplo en las autovías) y se incrementará progresivamente con las carreteras de categoría inferior (nacional, regional y local). El resto del territorio se ha ponderado con valores elevados que potencian las vías de comunicación como forma de acceso a los servicios con un menor coste. A partir de esta información se han creado áreas de accesibilidad según los diferentes costes de desplazamiento a los servicios desde todo el territorio histórico de Bizkaia atendido por la Red de Salud Mental.

IV. Resultados

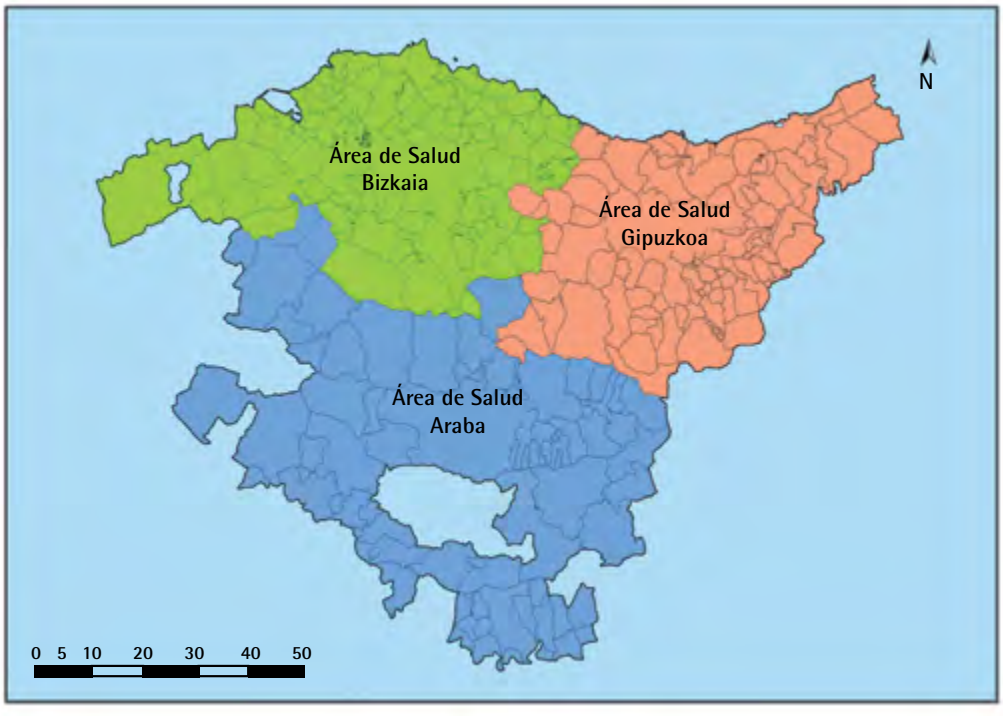
IV.1. Organización territorial de la Salud Mental y caracterización sociodemográfica

IV.1.1. Zonificación de Salud en el Territorio Histórico de Bizkaia

El nivel más básico de la zonificación sanitaria de Euskadi es la Zona de Salud cuya primera delimitación se realizó en 1990 (*Decreto 76/1990, de 27 de marzo, por el que se establece la estructura y funcionamiento de los Servicios Centrales, de las Áreas Sanitarias y de las Unidades Periféricas del Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza*, 1990). Las Zonas de Salud constituyen las áreas geográficas donde se facilita la atención primaria. Han sido delimitadas considerando criterios geográficos, demográficos, centros y servicios existentes y la accesibilidad y equidad en la distribución de los servicios. Desde entonces, han acontecido diferentes modificaciones de las Zonas de Salud con la finalidad de adaptar las mismas a las nuevas necesidades para la planificación y la atención sanitaria. Las Zonas de Salud están compuestas de uno o varios municipios según su población, y en los núcleos más poblados delimitan barrios o distritos urbanos. El nivel inmediatamente superior es la Comarca Sanitaria que comprende varias Zonas de Salud y tiene asignado un Hospital General de referencia. Varias Comarcas Sanitarias atendidas por un mismo Hospital General componen un Distrito Hospitalario.

Finalmente, las Áreas de Salud constituyen el nivel superior de la zonificación sanitaria de Euskadi. Existen tres Áreas de Salud que coinciden con sus Territorios Históricos: Araba, Bizkaia y Gipuzkoa. Esta división procede del primer Mapa Sanitario de la Comunidad de 1983 (*Orden, de 23 de Diciembre de 1982, por la que se publica el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, 1983) y, posteriormente, fueron definidas y aprobadas (*Decreto 59/2003, de 11 de marzo, por el que se determinan las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi*, 2003, *Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi*, 1997). La planificación sanitaria de Euskadi se apoya en las Áreas de Salud como nivel superior a partir del cual se organizan los servicios de atención primaria y se coordinan con los servicios de atención especializada.

Mapa 1. Áreas de Salud de Euskadi



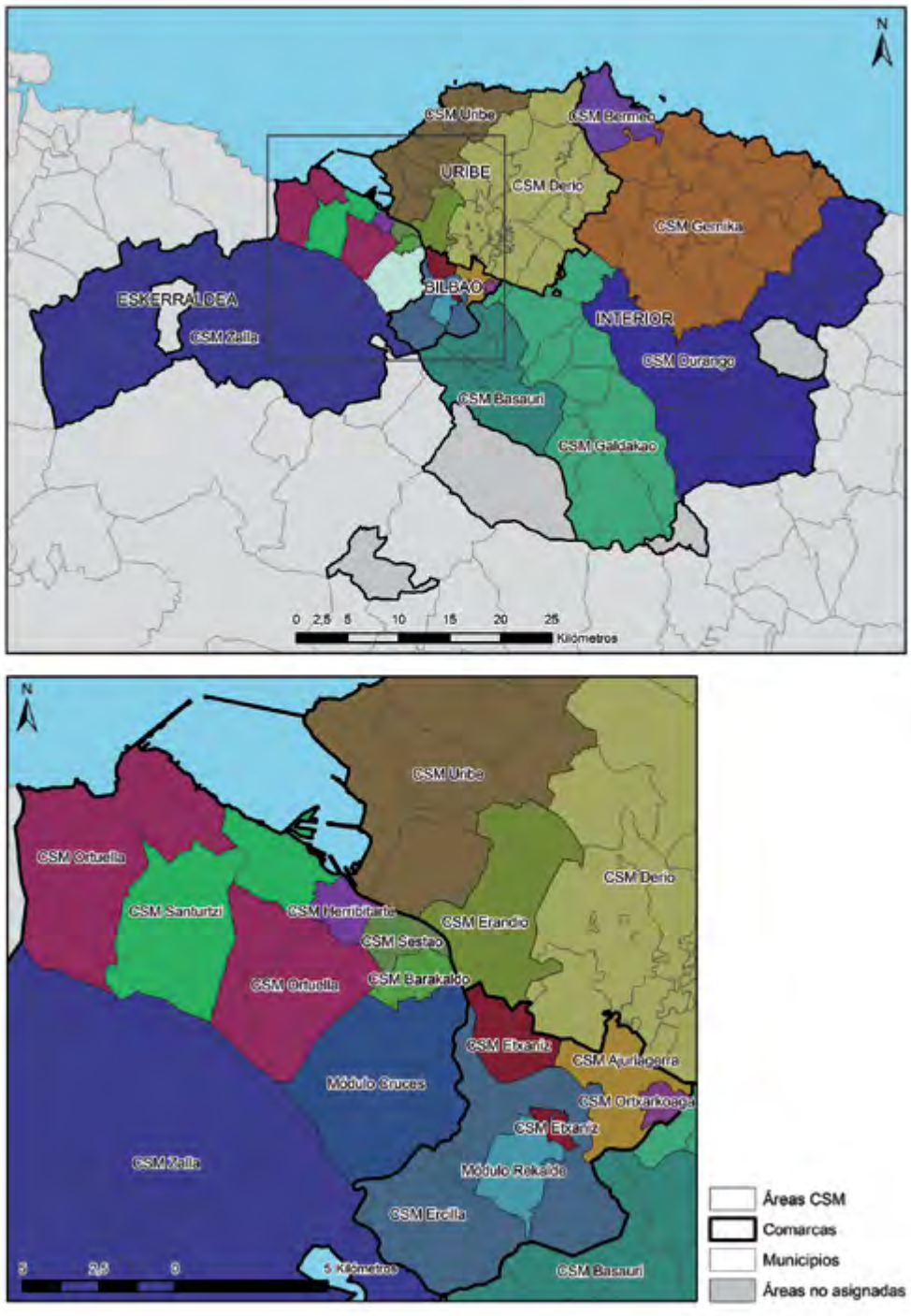
Fuente: Decreto 59/2003.

IV.1.2. Zonificación de la Salud Mental

La atención a la Salud Mental en Bizkaia está compuesta por dispositivos de atención a las personas con problemas de Salud Mental que están financiados por el Departamento de Salud y Consumo y/o el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Cada dispositivo posee una sectorización propia y tienen asignados, como área de cobertura, los territorios de varias Zonas de Salud.

Los servicios de Salud Mental de Osakidetza se encuentran en su mayor parte sectorizados. Las áreas de cobertura de los 20 Centros de Salud Mental como dispositivos de entrada a la red de atención psiquiátrica especializada constituyen el nivel básico de la zonificación de la Salud Mental en Bizkaia. Estas pequeñas áreas constituyen el nivel territorial administrativo básico de la Salud Mental (nivel H4) del instrumento DESDE-LTC. Cada CSM atiende a varias Zonas de Salud por lo que tienen asignados la población de grupos de municipios, un único municipio o distritos de Bilbao como se puede apreciar en el Mapa 2 (ver también Anexo II).

Mapa 2. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de adultos, comarcas, municipios de Bizkaia



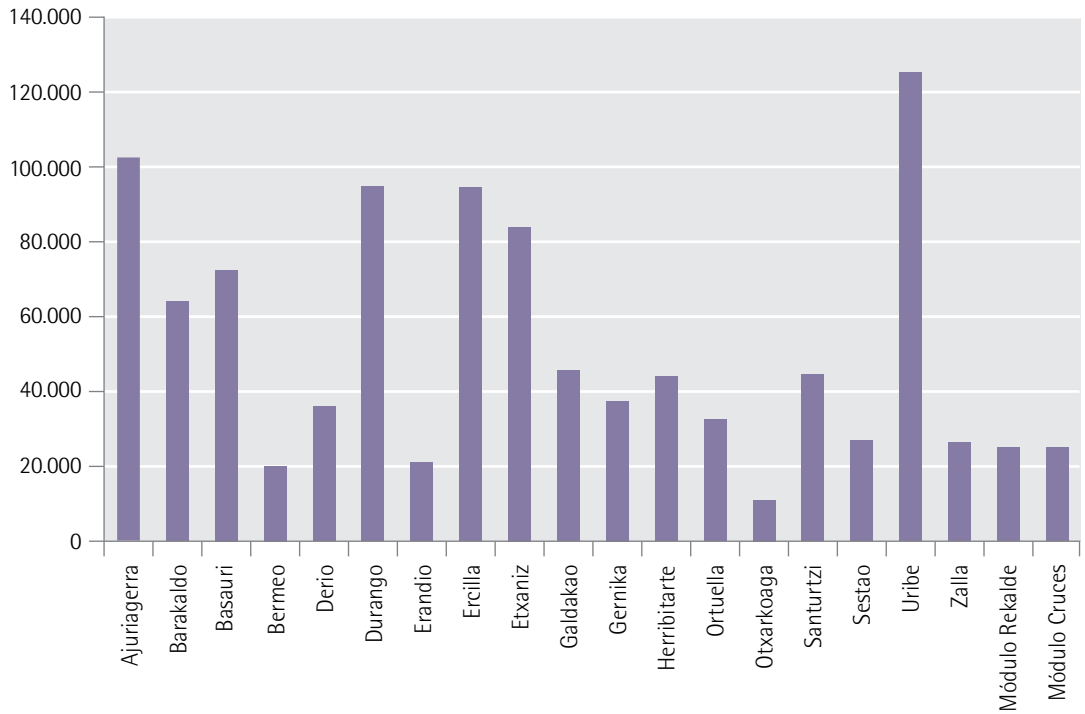
Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Otros dispositivos de Salud Mental también sectorizados (con carácter comarcal) son los centros infanto-juveniles, denominados Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil (UPI) y los centros de atención a las drogodependencias (drogas y alcohol), denominados Unidades de Drogodependencias (UD), las Unidades Hospitalarias de Agudos, Subagudos y Rehabilitación. La sectorización de cada uno de estos dispositivos

es secuencialmente inclusiva, es decir, forman sucesivos niveles de atención especializada a partir de las áreas de cobertura de los CSM. Así, cada pequeña área geográfica asignada a un CSM le corresponde un determinado dispositivo de nivel superior. No todos los Hospitales de Día tienen asignados las áreas de CSM concretos, pero su organización territorial tiene una lógica comarcal y atienden a la población más cercana de la Comarca Sanitaria en la que se encuentran.

La organización territorial de los dispositivos de Salud Mental dependientes de Osakidetza no tiene su correspondencia con los servicios dependientes de la Diputación Foral de Bizkaia o los de financiación mixta sociosanitaria, que no poseen áreas geográficas concretas asignadas. En este caso, la población es atendida principalmente en el dispositivo que se le asigne por disponibilidad de plazas o, en otros casos, por proximidad a su lugar de residencia. Las áreas de cobertura de los CSM atienden a un rango de población que va entre 10.000 y 125.000 habitantes mayores de 17 años (Tarjetas individuales Sanitarias). Es decir, son áreas con un tamaño poblacional muy diferente. Por tanto, los CSM tienen tamaños y recursos, más o menos, proporcionales al tamaño de su población asignada.

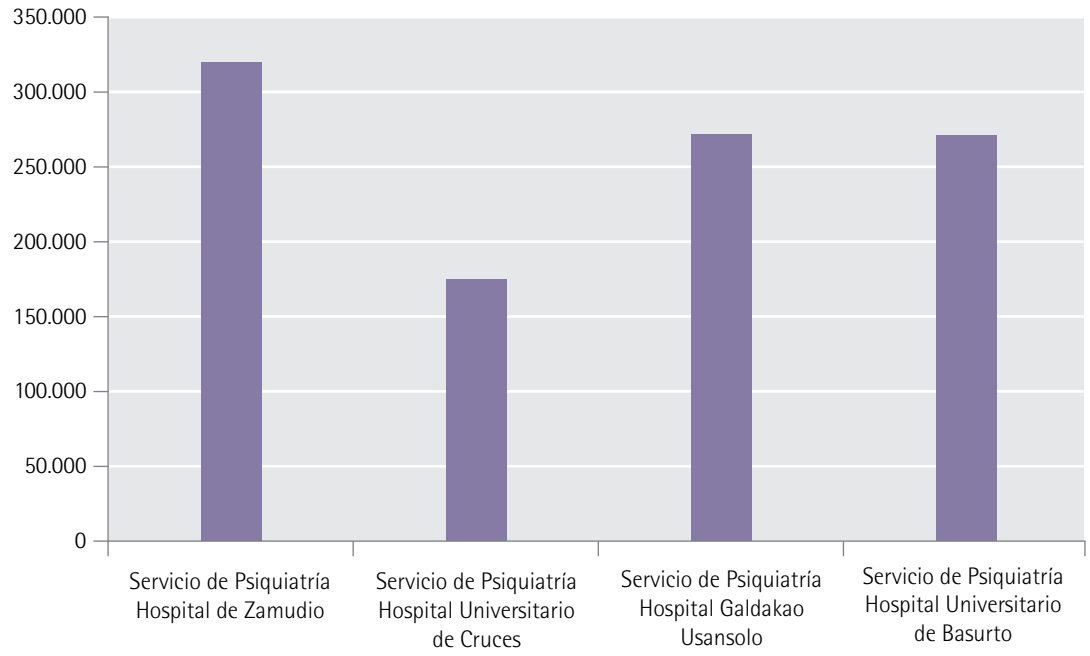
Gráfico 1. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Centro de Salud Mental



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

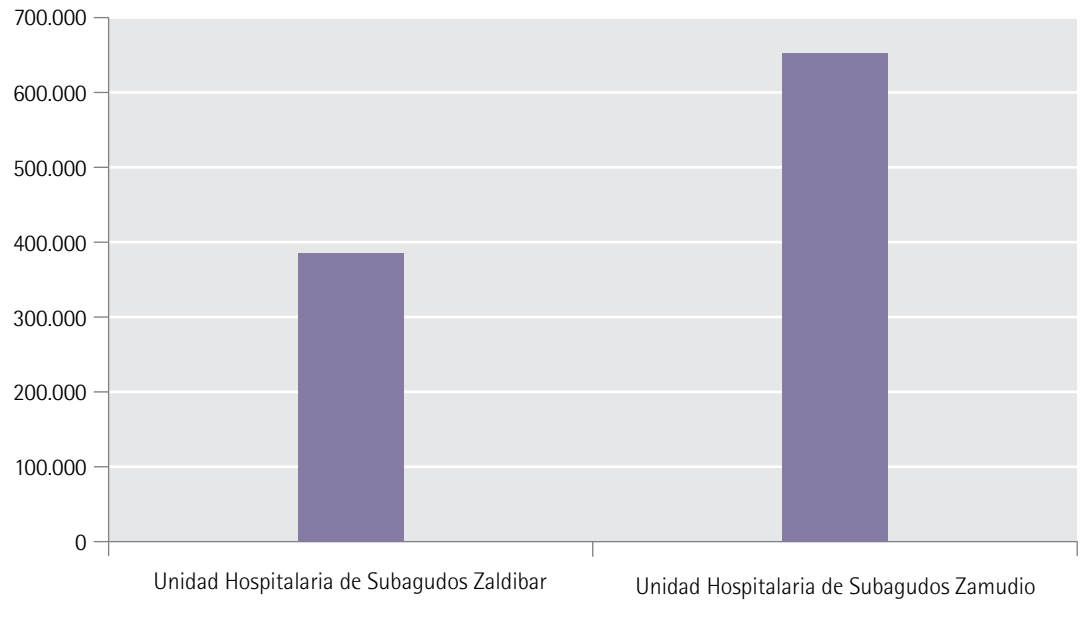
Las poblaciones que atienden el resto de dispositivos que están sectorizados se muestran en los gráficos siguientes. De nuevo, las poblaciones (Tarjetas individuales Sanitarias) cubiertas por cada dispositivo poseen tamaños muy diferentes. El resto de dispositivos como se ha comentado atienden a personas de cualquier parte del Territorio Histórico.

Gráfico 2. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos



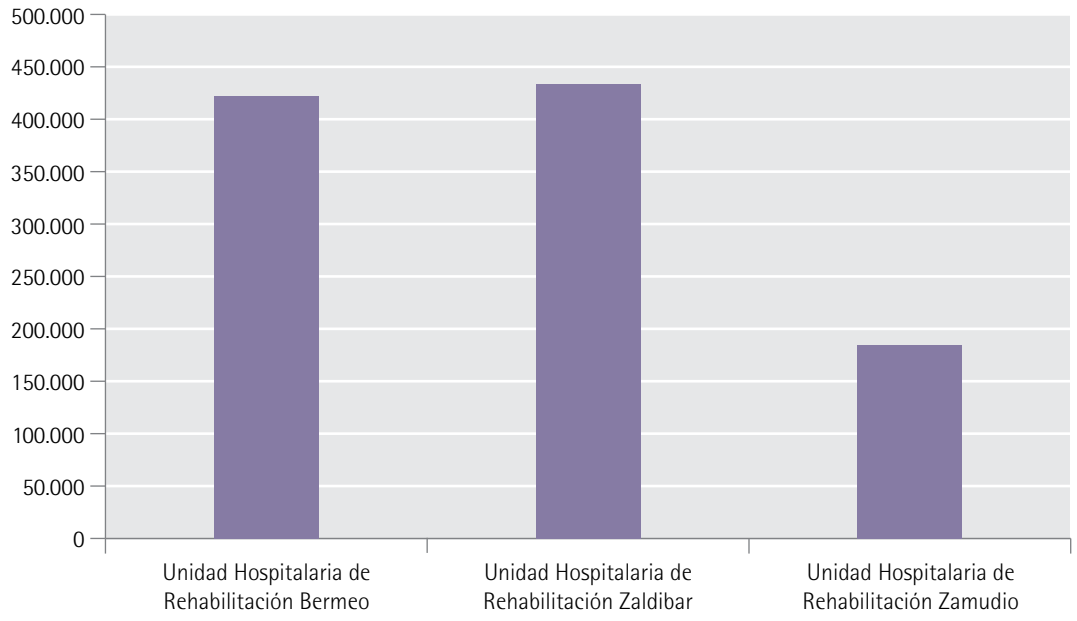
Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 3. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos



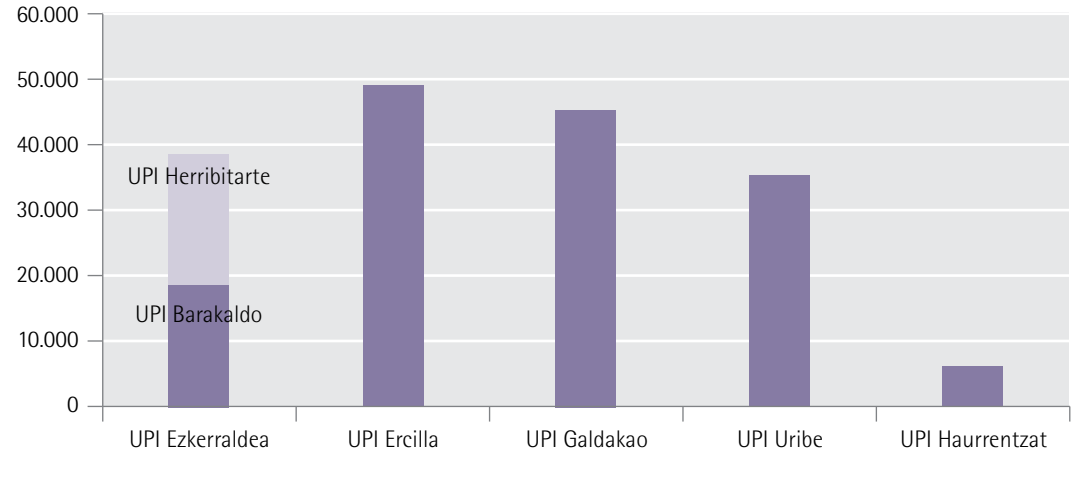
Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 4. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

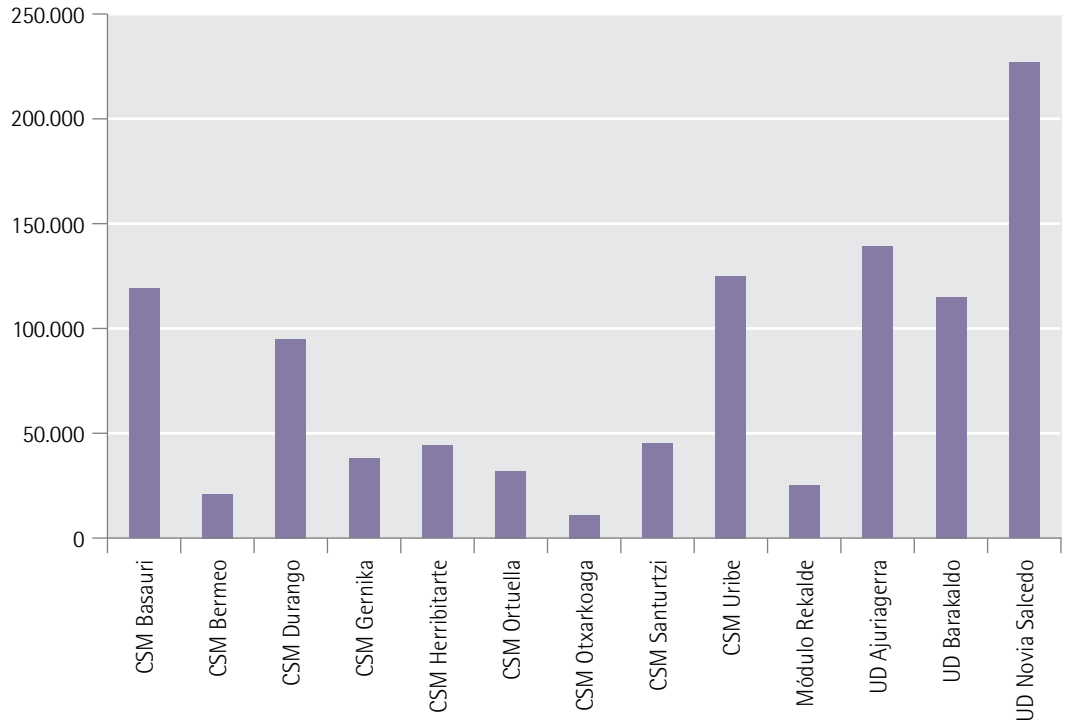
Gráfico 5. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil (UPI) (*)



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

* En 2012, las UPI de Barakaldo y Herribitarte se trasladaron a la nueva UPI de Ezkerraldea que atiende a las poblaciones de ambos dispositivos.

Gráfico 6. Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) asignadas a cada Centro de atención a drogodependencias (*)



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

* Las UD Ajuriaguerra, UD Barakaldo y UD Novia Salcedo son centros que únicamente atienden drogodependencias, el resto de centros atienden también a psiquiatría general.

IV.1.3. Caracterización sociodemográfica de las pequeñas áreas de Salud Mental

En la siguiente tabla se muestra la descripción sociodemográfica de las pequeñas áreas de Salud Mental (Centros de Salud Mental) de Bizkaia. Todos los mapas se han realizado con datos del padrón municipal de habitantes, 2011.

Tabla 5. Indicadores sociodemográficos de las áreas de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia

CSM	DENS	I_DEPEND	I_ENVEJ	INMI_TOT	INMI_UE	INMI_ NUE	INMI_AF	INMI_AM	INMI_AS	NO_CASAD	HOG_ SOLO	HOG_ MAY	HOG_ MONO	PARO
CSM Ajuriagerra	13.207,06	53,37	214,13	68,87	14,59	1,41	13,80	35,88	3,16	46,18	6,96	17,12	1,59	11,84
CSM Barakaldo	21.144,08	50,77	187,45	61,34	11,30	1,25	13,09	30,83	4,75	44,37	6,73	18,01	1,06	12,07
CSM Basauri	576,05	50,81	166,40	40,66	12,72	0,50	9,50	15,11	2,80	42,92	5,85	16,60	1,20	11,34
CSM Bermeo	477,90	51,74	161,17	61,69	27,83	0,77	12,60	19,20	1,14	44,99	7,74	17,95	1,48	9,28
CSM Derio	203,80	48,36	107,47	61,22	16,30	1,31	10,56	30,63	2,31	42,93	6,25	15,59	2,14	7,32
CSM Durango	253,91	47,51	126,18	69,02	23,51	1,94	25,03	16,34	2,18	44,02	5,05	13,05	1,29	8,06
CSM Erandio	1.342,10	46,39	136,19	64,13	10,02	0,37	5,36	45,75	2,60	45,53	5,51	18,40	1,27	10,93
CSM Ercilla	3.509,09	49,22	160,47	94,07	13,15	1,23	24,44	47,41	7,75	49,81	9,54	20,54	2,04	11,57
CSM Etxaniz	12.445,85	53,28	192,72	90,55	11,19	1,99	15,83	52,03	9,49	46,85	7,82	17,91	1,82	11,83
CSM Galdakao	210,49	43,33	114,30	40,70	16,17	0,51	8,27	14,52	1,21	42,52	5,21	16,48	1,41	9,16
CSM Gernika	108,85	54,05	164,97	61,25	31,91	2,74	5,03	19,20	2,07	49,08	7,47	15,30	2,33	8,12
CSM Herribitarte	14.907,17	52,66	208,70	39,55	9,49	0,77	7,02	18,81	3,44	43,35	5,52	16,59	1,18	11,40
CSM Ortuella	581,92	46,24	143,59	21,16	4,48	0,85	2,85	11,94	1,05	43,56	6,06	18,65	1,30	11,65
CSM Ortxarkoaga	6.747,10	56,05	157,75	53,68	9,51	0,86	20,74	20,55	2,02	50,26	6,86	18,38	2,94	12,03
CSM Uribe	1.658,69	44,43	116,60	54,17	13,51	0,86	2,98	32,77	3,91	44,81	5,59	16,35	1,95	8,09
CSM Sestao	8.196,14	53,06	199,14	59,71	6,63	0,31	19,03	31,70	2,00	45,63	6,94	20,53	1,39	14,72
CSM Zalla	74,10	48,55	160,58	56,02	28,26	0,63	12,09	13,57	1,48	43,81	7,24	16,28	1,63	11,38
Módulo Rekalde	4.350,71	54,15	159,99	91,85	11,35	1,21	23,83	46,53	8,93	46,01	7,94	18,07	1,54	11,89
Módulo Cruces	1.159,36	43,54	159,95	60,26	10,26	1,56	15,68	28,26	4,43	45,35	5,95	18,02	1,34	11,48

DENS: Densidad
I_DEPEND: Índice de dependencia
I_ENVEJ: Índice de envejecimiento
INMI_TOT: Tasa de inmigración total
INMI_UE: Tasa de inmigración (Unión Europea)

INMI_NUE: Tasa de inmigración (no Unión Europea)
INMI_AF: Tasa de inmigración (África)
IMI_AM: Tasa de inmigración (América)
IMI_AS: Tasa de inmigración (Asia)
NO_CASAD: Tasa de personas no casadas

HOG_SOLO: Tasa de hogares unipersonales
HOG_MAY: Tasa de hogares unipersonales (mayores)
HOG_MONO: Tasa de hogares monoparentales
PARO: Tasa de paro registrado

Fuente: Censo, 2001 y Padrón, 2011.

A) Densidad de población

En Bizkaia se pueden observar densidades de población muy elevadas en comparación con otras áreas del Estado (Mapa 3). Las densidades mayores se localizan en la ría del Nervión, que es el área más poblada del Territorio Histórico. Conforme nos alejamos de la misma los valores de densidad van progresivamente descendiendo. Destaca por su baja concentración el área del CSM de Zalla, en el oeste, con 74 habitantes por km2 y Gernika con 108,8 hab/km2, en el este. El resto de áreas superan los 200 habitantes por km2. Las áreas con altas concentración de habitantes se encuentran principalmente en Bilbao y sus alrededores, donde se superan los 1.100 habitantes por km2. La máxima densidad corresponde al área del CSM Barakaldo con casi 22.000 hab/km2, se trata de un área urbana de sólo 3,3 km2.

B) Índice de dependencia

El índice de dependencia presenta valores elevados en las pequeñas áreas del Territorio Histórico de Bizkaia (Mapa 4), aunque existen algunas áreas como el CSM Gernika y los CSM de la capital y sus alrededores donde se agudiza especialmente, como, por ejemplo, en las áreas de Ajuriagerra, Etxaniz, Ortxarkoaga y Rekalde. En todas estas áreas se supera el valor de 50 personas menores de 16 o mayores de 64 por cada 100 personas del grupo de edad de 16 a 64. Los valores más bajos se encuentran en la zona costera del CSM de Uribe, en el CSM de Cruces en Barakaldo y en el sureste de la provincia en el área de Galdakao, todos ellos con índices por debajo de 45.

C) Índice de envejecimiento

En este índice los resultados se asemejan al anterior, siendo las áreas de influencia de la capital la que registran los mayores valores mostrando un elevado envejecimiento de la población (Mapa 5). Los índices más bajos, en las comarcas de Uribe e Interior, formando un cinturón central que divide la provincia quedando a ambos lados del cinturón dos zonas con altos índices de envejecimiento. Es interesante destacar las áreas de Derio y Durango, ya que en el índice dependencia mostraba valores altos y sin embargo, muestra un índice de envejecimiento bajo, indicando esto una mayor población juvenil que en otras áreas.

D) Tasa de inmigración total

Las tasas más altas de inmigración se encuentran en la capital, especialmente en el área de Ercilla y de Etxaniz que coinciden con tasas de envejecimiento bajas (Mapa 6). Se observa que en algunas zonas como es el caso del noroeste y el área de Basauri, tasas más bajas de inmigración se relacionan con densidad de población baja y con tasas elevadas de envejecimiento. También, destacar el área de Durango en la zona sureste cuya tasa de inmigración es bastante alta mientras que su índice de envejecimiento es muy bajo. Las áreas con menores tasas de inmigración son Ortuella, Santurtzi y Herribitarte con valores por debajo de 40 inmigrantes por 1.000 habitantes.

E) Tasa inmigración de países de la Unión Europea

Esta variable tiene un rango de valores muy amplio, por lo que entre las zonas de menor migración y las de mayor hay importantes diferencias (Mapa 7). Las áreas de alta inmigración procedente de la UE se encuentra en los extremos este y oeste que recogen las áreas de Bermeo, Durango, Zalla y Gernika, esta última con un 32‰ de inmigración, que son las zonas rurales principalmente, aunque incluye también algunas áreas industriales como la zona oeste de la Ría del Nervión. Así mismo, es interesante resaltar que la capital, a diferencia del caso anterior, acumula valores más bajos, en torno a un 11‰, lo que coloca a esta zona en unos valores intermedios en este tipo de inmigración.

F) Tasa inmigración europa no pertenecientes a la Unión Europea

Como se puede observar la inmigración procedente de la Europa no Comunitaria no es excesivamente relevante (Mapa 8). Esta tasa sigue un patrón muy parecido al anterior, especialmente en zonas de baja inmigración. En cuanto a las zonas de altas concentraciones destacan las áreas de Durango, Gernika y Etxaniz. En Zalla, sin embargo, con una inmigración comunitaria elevada presenta valores intermedios en la inmigración europea no comunitaria

G) Tasa inmigración África

En el estudio de esta variable se puede observar un patrón muy parecido a la inmigración general, concentrándose especialmente en la capital y en la zona sureste (Mapa 9). Los índices más bajos se encuentran en la zona noroeste (Ortuella, Uribe y Erandio), que es un área recurrente de bajas concentraciones de inmigración, y en el área noreste (Gernika).

H) Tasa inmigración América

Cabe destacar la importancia que tiene la inmigración americana en la provincia, siendo los valores de esta variable más elevados que los de las tasas de inmigración de otros orígenes (Mapa 10). Dentro de esta variable se puede resaltar una clara concentración de la inmigración en la capital y sus alrededores, destacando especialmente el área de Etxaniz con una tasa del 52‰. Mientras que las zonas de baja inmigración se sitúan en el oeste de la provincia incluyendo la zona de Ezkerraldea.

I) Tasa inmigración Asia

La inmigración asiática, al igual que la inmigración europea no comunitaria, tiene poca relevancia (Mapa 11). Existen dos áreas con especial concentración en la capital que son Etxaniz y Rekalde con una población asiática de más del 8‰. La población de origen asiático se concentra especialmente en el oeste y el sur del Territorio Histórico, siendo las áreas de Ortuella, Bermeo, Galdakao y Zalla las de menor inmigración asiática por debajo del 1,5‰.

J) Tasa de personas con estado civil diferente a casadas

Como se observa en el mapa adjunto, existen dos zonas con una tasa de personas no casadas especialmente alta (Mapa 12), por un lado en la capital, donde destacan Ercilla y Ortxarkoaga, coincidiendo con el área de alta densidad de población, y por otro lado el área de Gernika y del Módulo Cruces, todos ellos con valores superiores al 45%. Las tasas más bajas se encuentran concentradas en un cinturón central de Bizkaia, que recoge las áreas de Basauri, Derio, Galdakao.

K) Tasa personas que viven solas

Como se puede observar la tasa de personas que viven solas presenta valores bajos en general (Mapa 13). En la capital existe una alta concentración de esta tasa, que puede indicar índices de renta per cápita más altas pues generalmente la vivienda es más cara. Otra área por encima del 7,5% es la del CSM de Bermeo. Por otro lado, los datos más bajos se encuentran en la zona sureste, donde las tasas de inmigración son altas y el índice de envejecimiento bajo. Lo más destacable de esta variable es precisamente la poca dispersión puesto que desde el valor más bajo al más alto solo hay un 5% de diferencia.

L) Tasa de personas mayores que viven solas

La mayor concentración de personas mayores que viven solas se encuentra en varias pequeñas áreas de Salud Mental de la Ría de Bilbao (Mapa 14). Esto es normal debido a que el precio medio del metro cuadrado en la zona de la capital ha aumentado, de forma que tanto las familias con más de un miembro, como la gente joven, eligen irse a otras poblaciones donde los precios son más asequibles. La zona sureste de Durango posee la tasa más baja del Territorio Histórico por debajo del 15%.

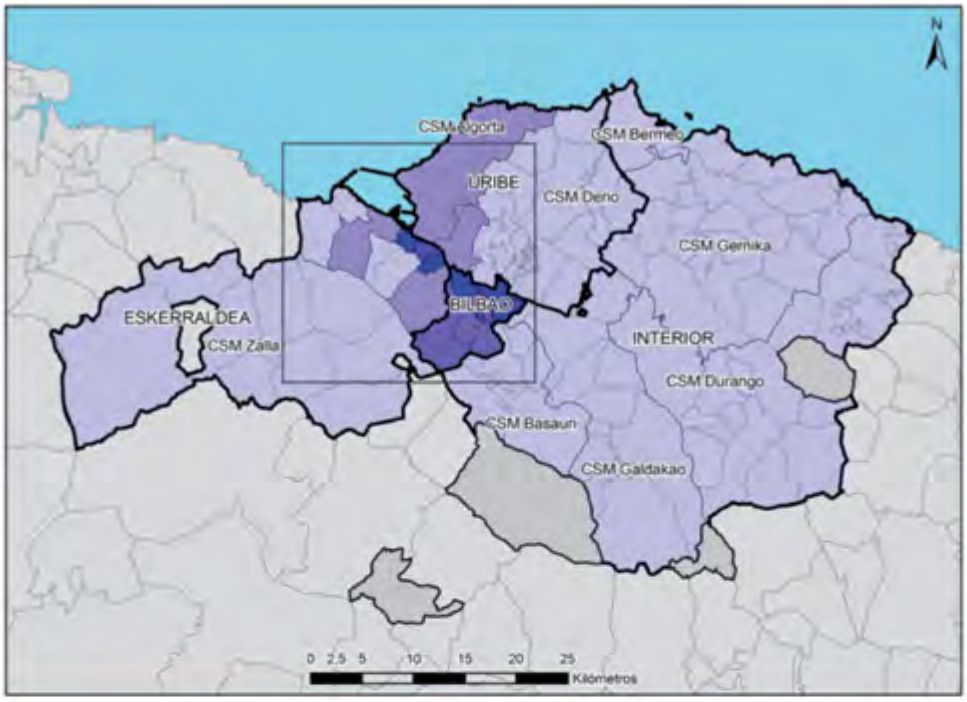
M) Tasahogares monoparentales

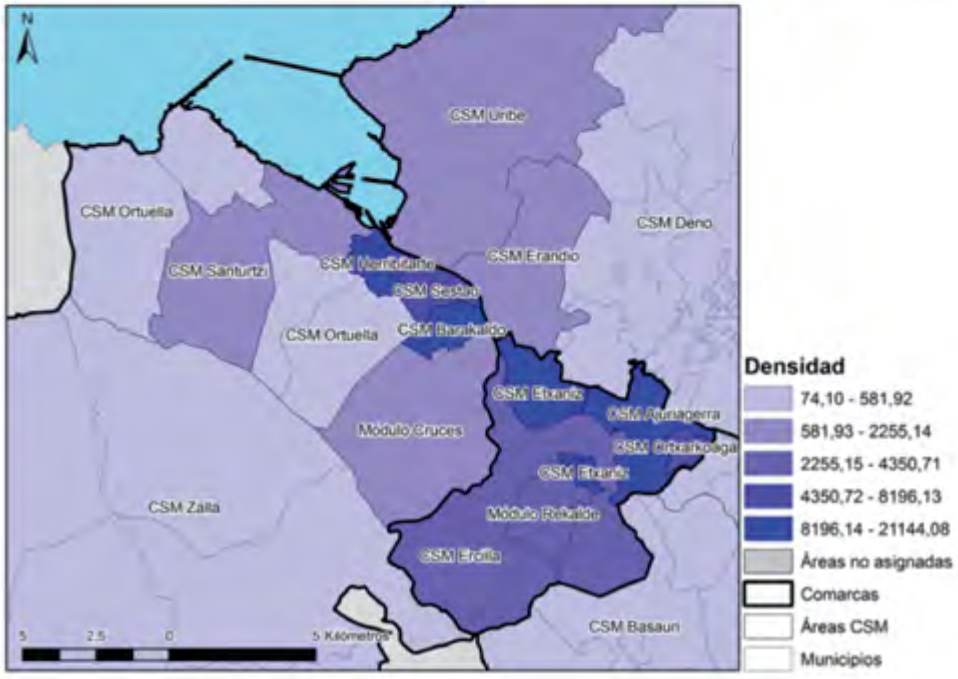
Esta variable destaca por poseer unos valores bajos y homogéneos (Mapa 15). La tasa de hogares monoparentales tiene una alta concentración en la zona noreste y en la capital, donde el desarrollo económico es mayor. Las áreas con valores más bajos, por debajo del 1,2%, se encuentran en la zona de la costa oeste o margen izquierdo de la Ría de Nervión (Herribitarte y Barakaldo) y en el área del CSM de Basauri.

N) Tasa de paro

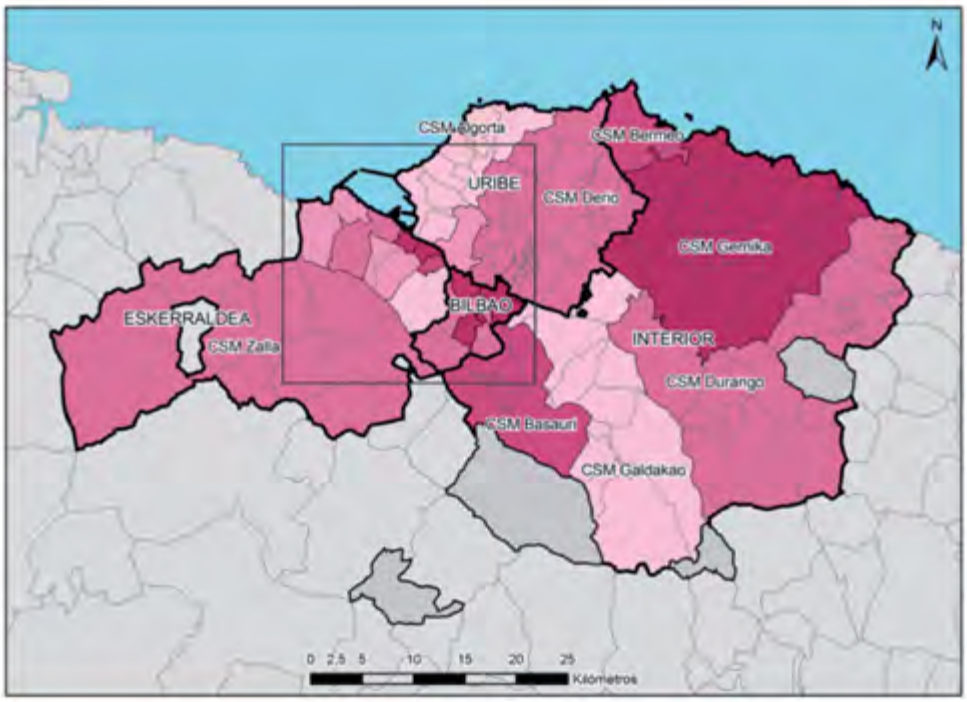
Por último, en cuanto a la tasa de paro (Mapa 16), hay que destacar los bajos y homogéneos valores de esta variable, indicando prosperidad en la provincia y a su vez una buena distribución del empleo. Además, se pueden diferenciar dos zonas claramente separadas en Bizkaia: la zona oeste que incluye a la capital donde la tasa de paro es mayor a pesar de que la densidad de población es alta, esto viene a ratificar la tendencia general que se está desarrollando en España de aumento de la tasa de paro en zonas donde habitualmente había empleo, y una zona de menor tasa de desempleo que sería el área este, en la cual se ha mantenido el empleo a unos niveles elevados para la media actual del país, siendo éste uno de los motivos por lo que la tasa de inmigrantes es mayor en esta zona.

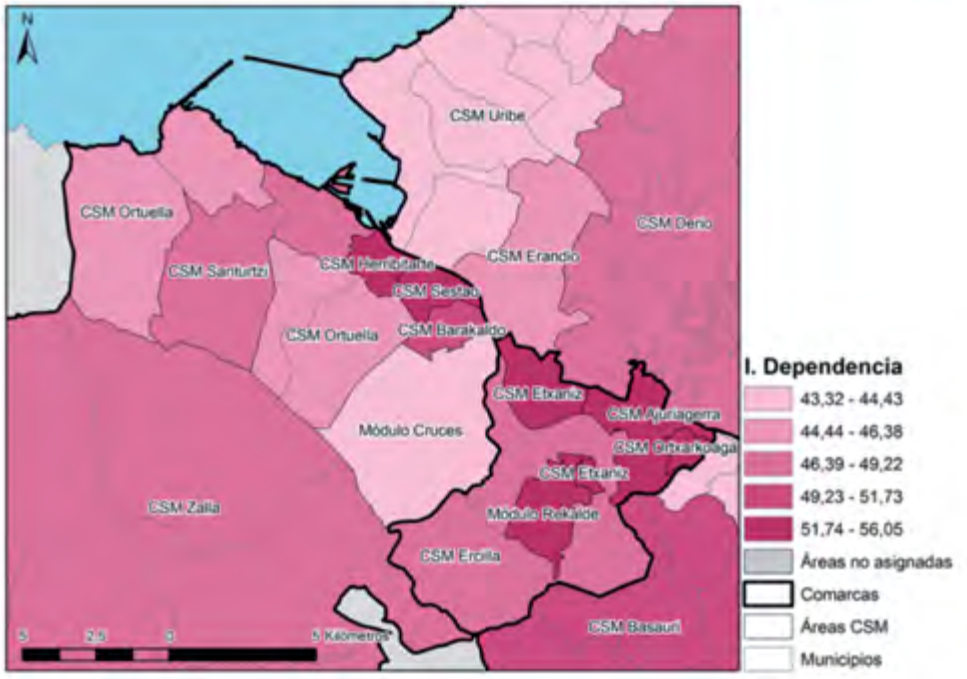
Mapa 3. Densidad de población en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia
(Habitantes / Superficie Km²)



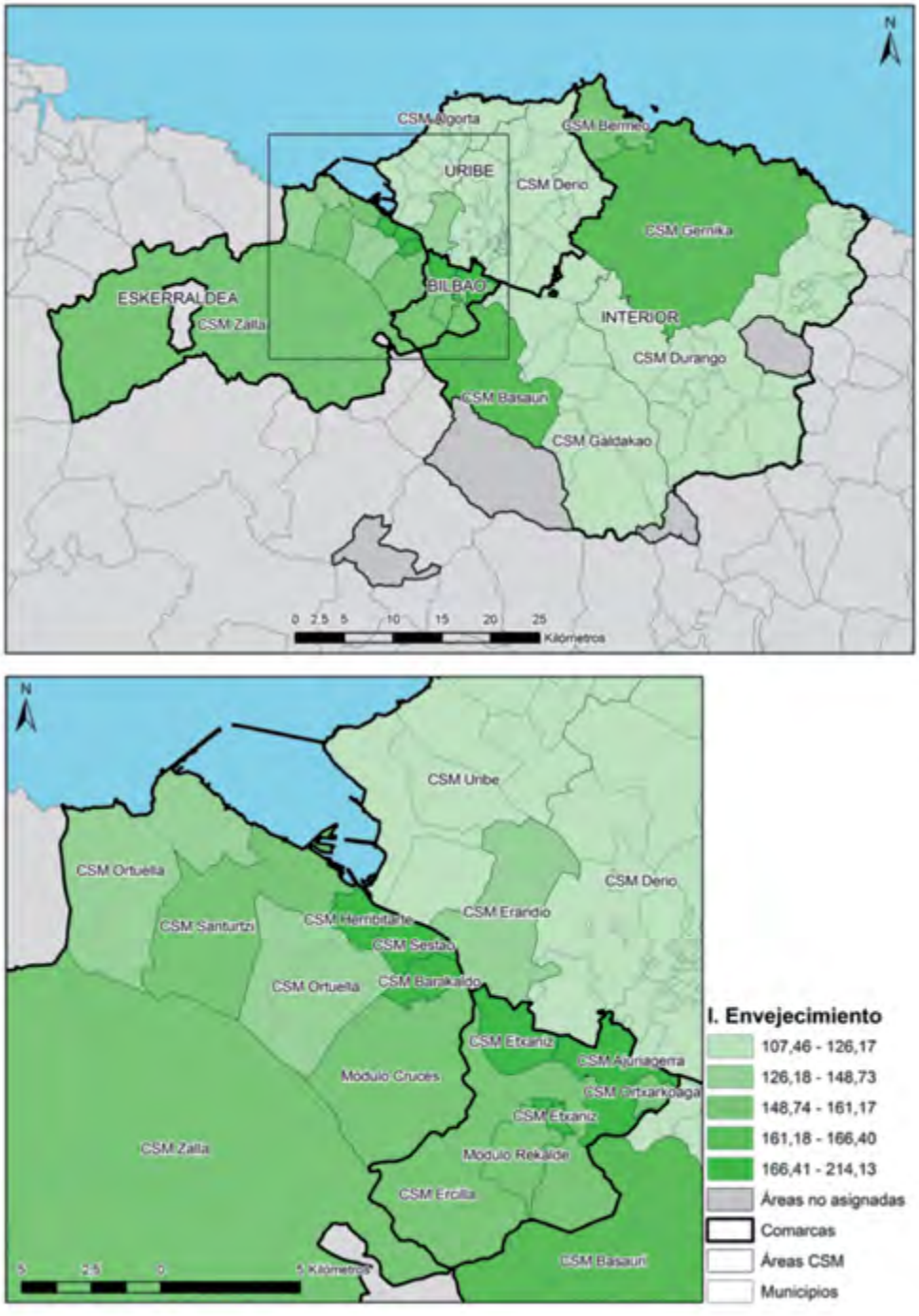


Mapa 4. Índice de dependencia en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia
(Población < 16 años y > 64 años / Población 16 a 64 años x 100)



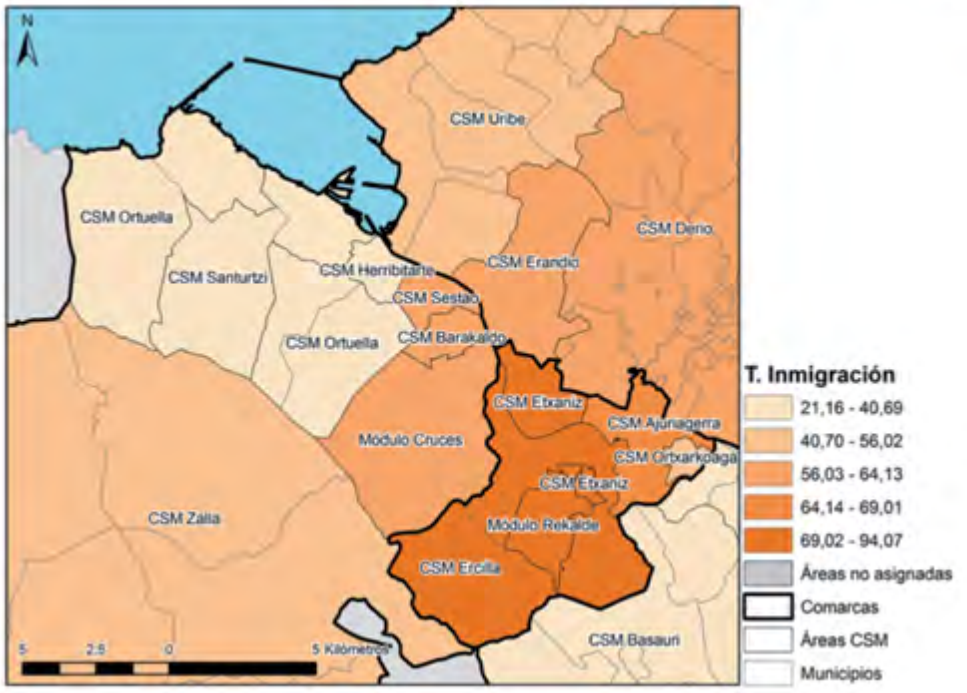


Mapa 5. Índice de envejecimiento en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia
(Población > 64 años / Población < 16 años x 100)



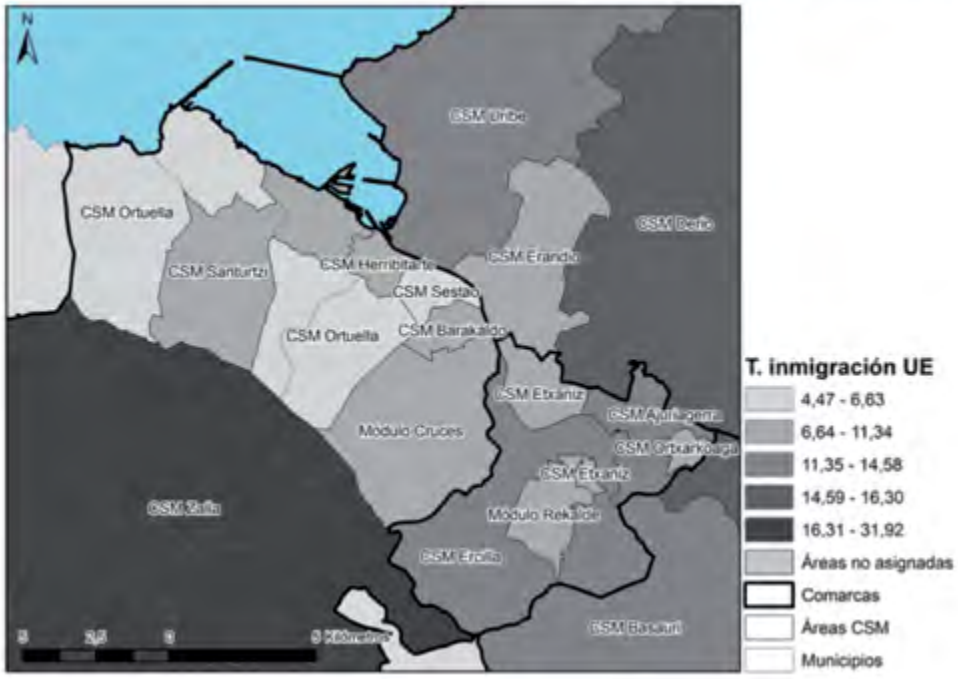
Mapa 6. Tasa de inmigrantes en las Áreas de Salud del Territorio Histórico de Bizkaia
(Población extranjera / Población x 1000)





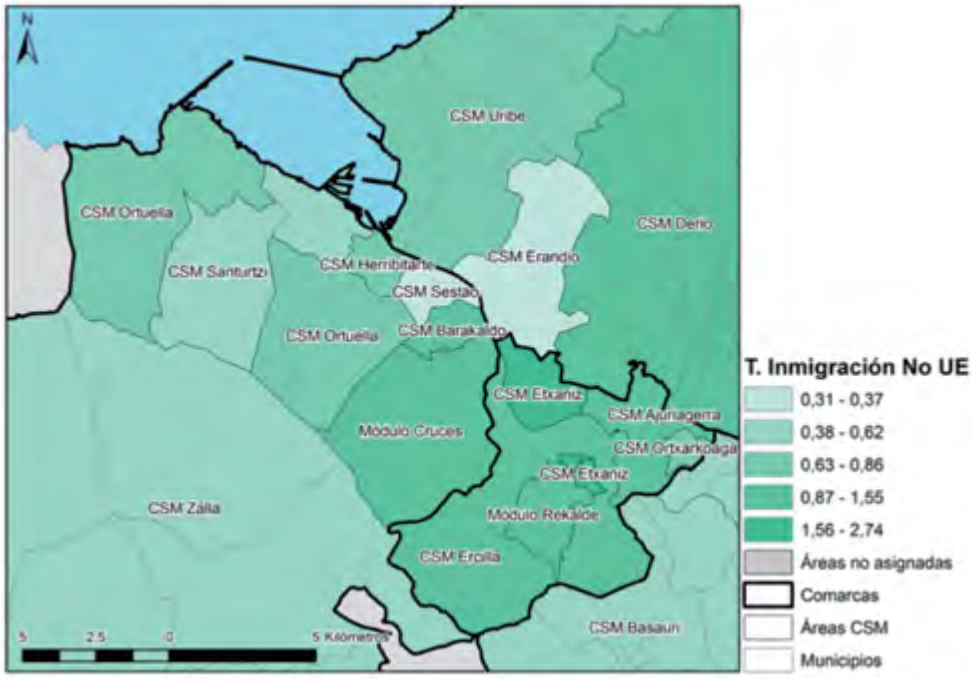
Mapa 7. Tasa de inmigrantes de Países de la Unión Europea
(Población Europea / Población x 1000)





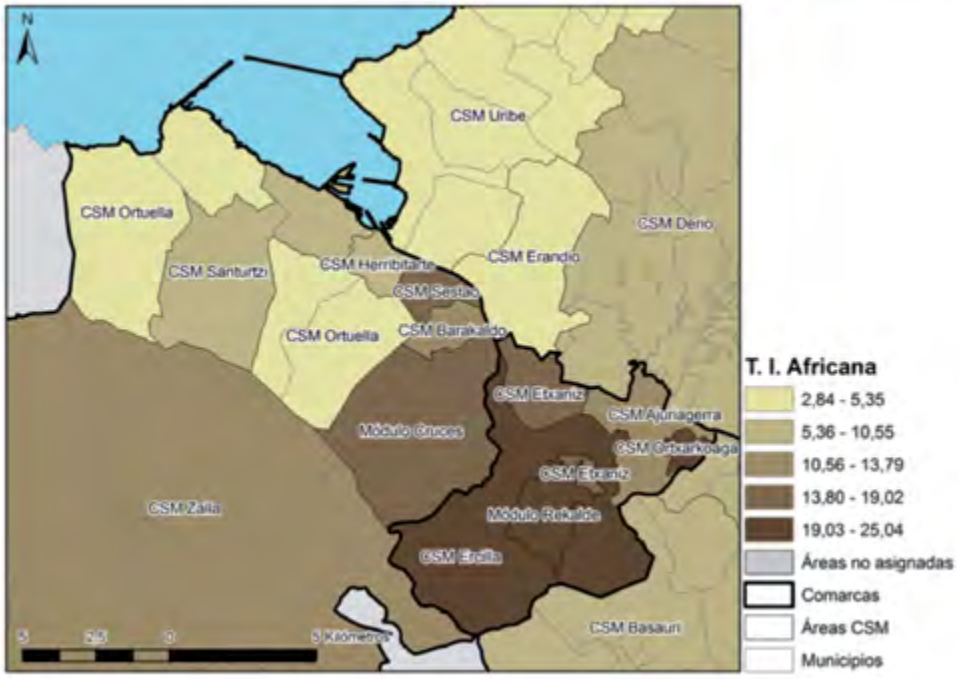
Mapa 8. Tasa de inmigrantes de Países de Europa no pertenecientes a la Unión Europea
(Población No Europea / Población x 1000)





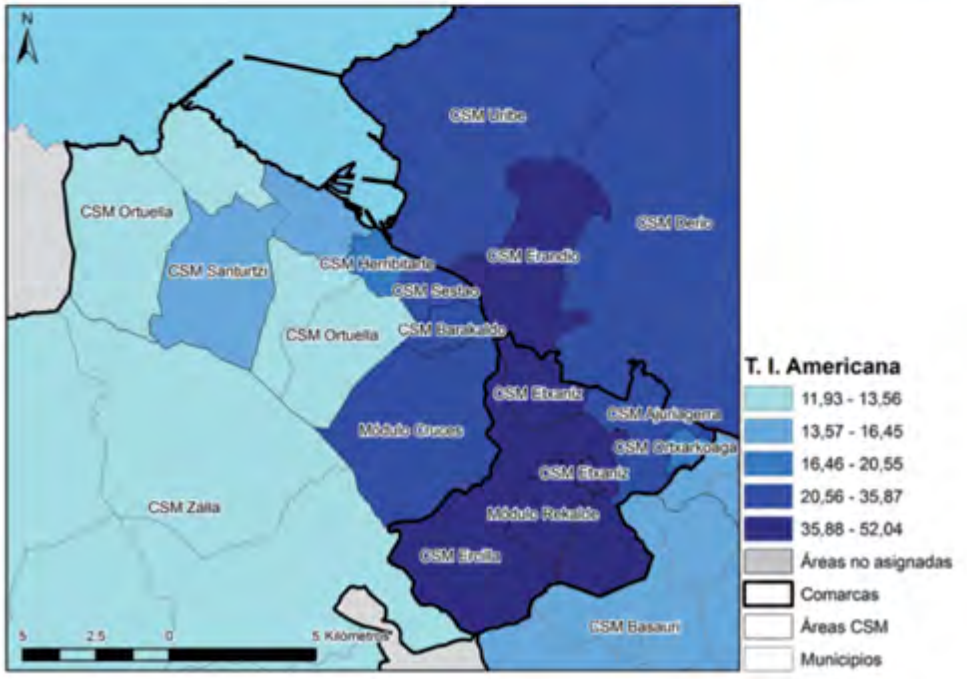
Mapa 9. Tasa de inmigrantes de África
(Población Africana / Población x 1000)



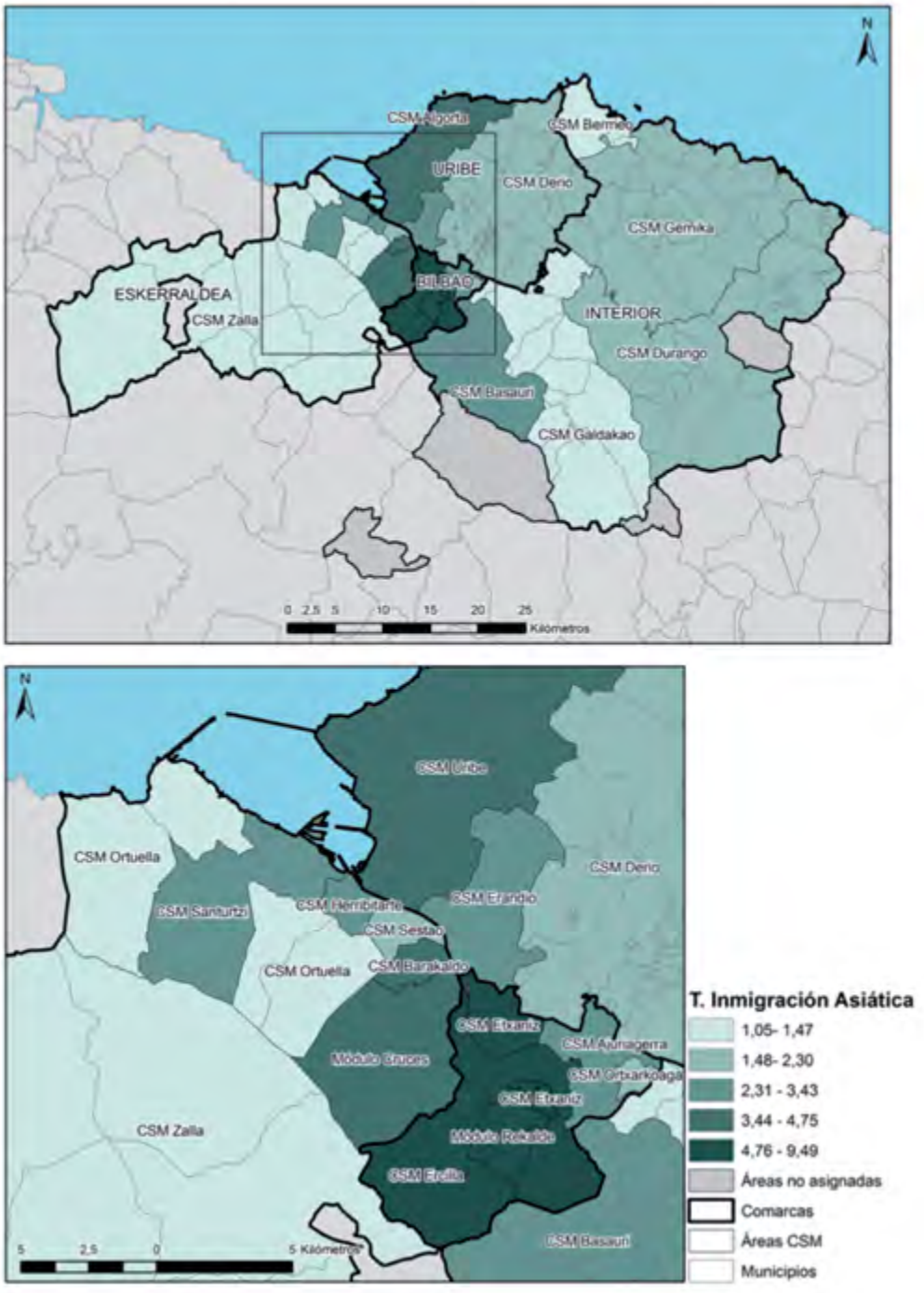


Mapa 10. Tasa de inmigrantes de América
(Población Americana / Población x 1000)

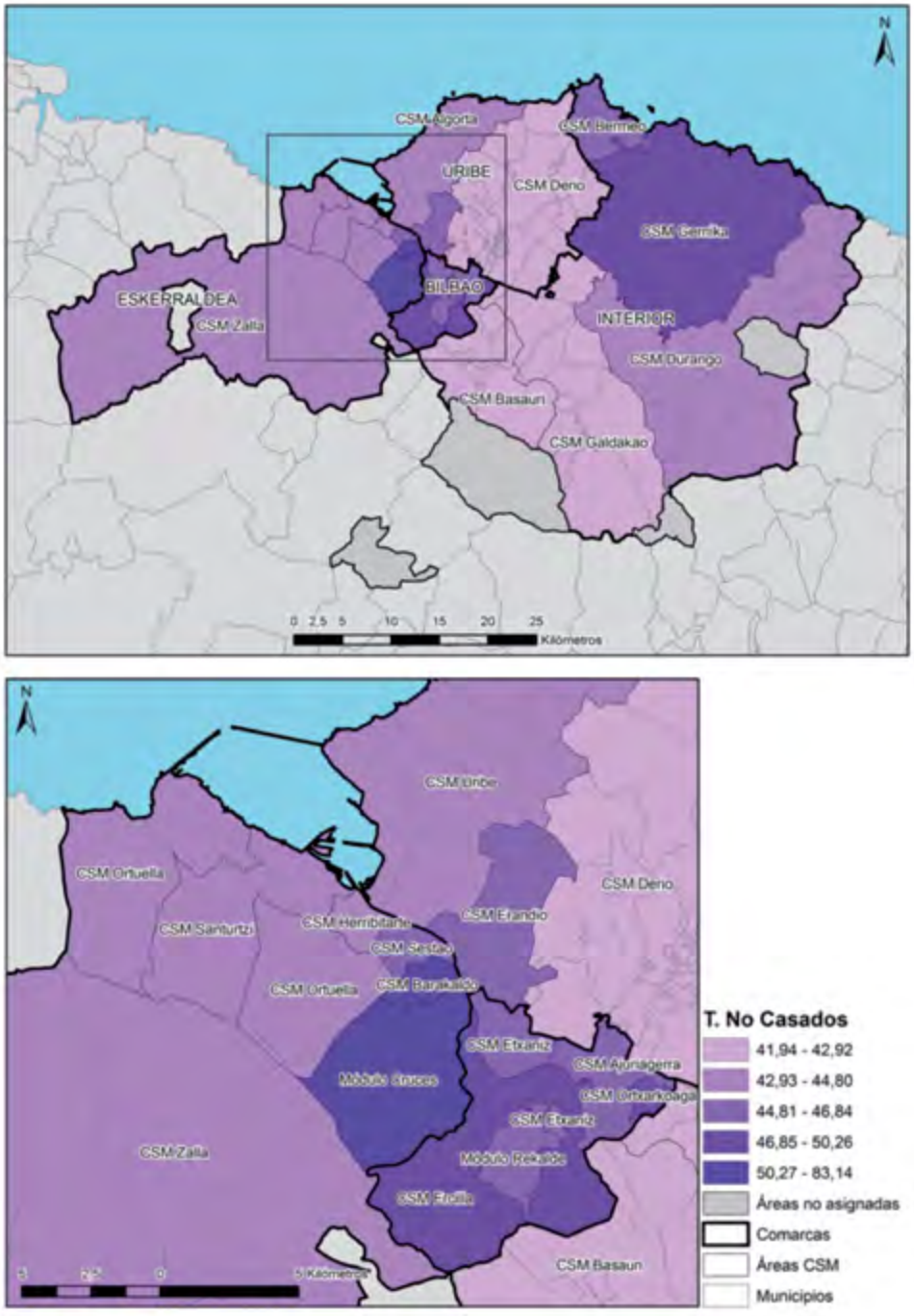




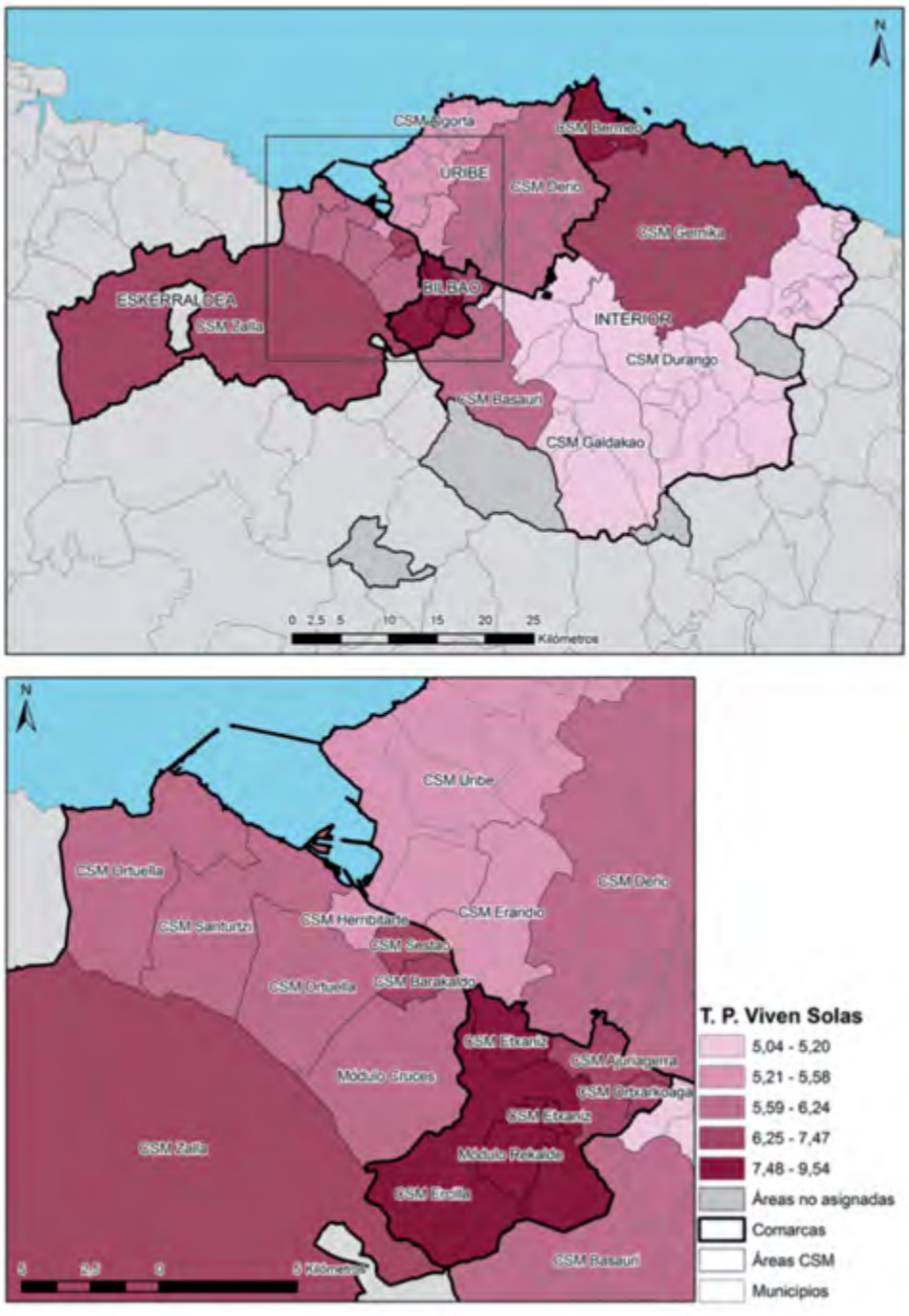
Mapa 11. Tasa de inmigrantes de Asia
(Población Asiática / Población x 1000)



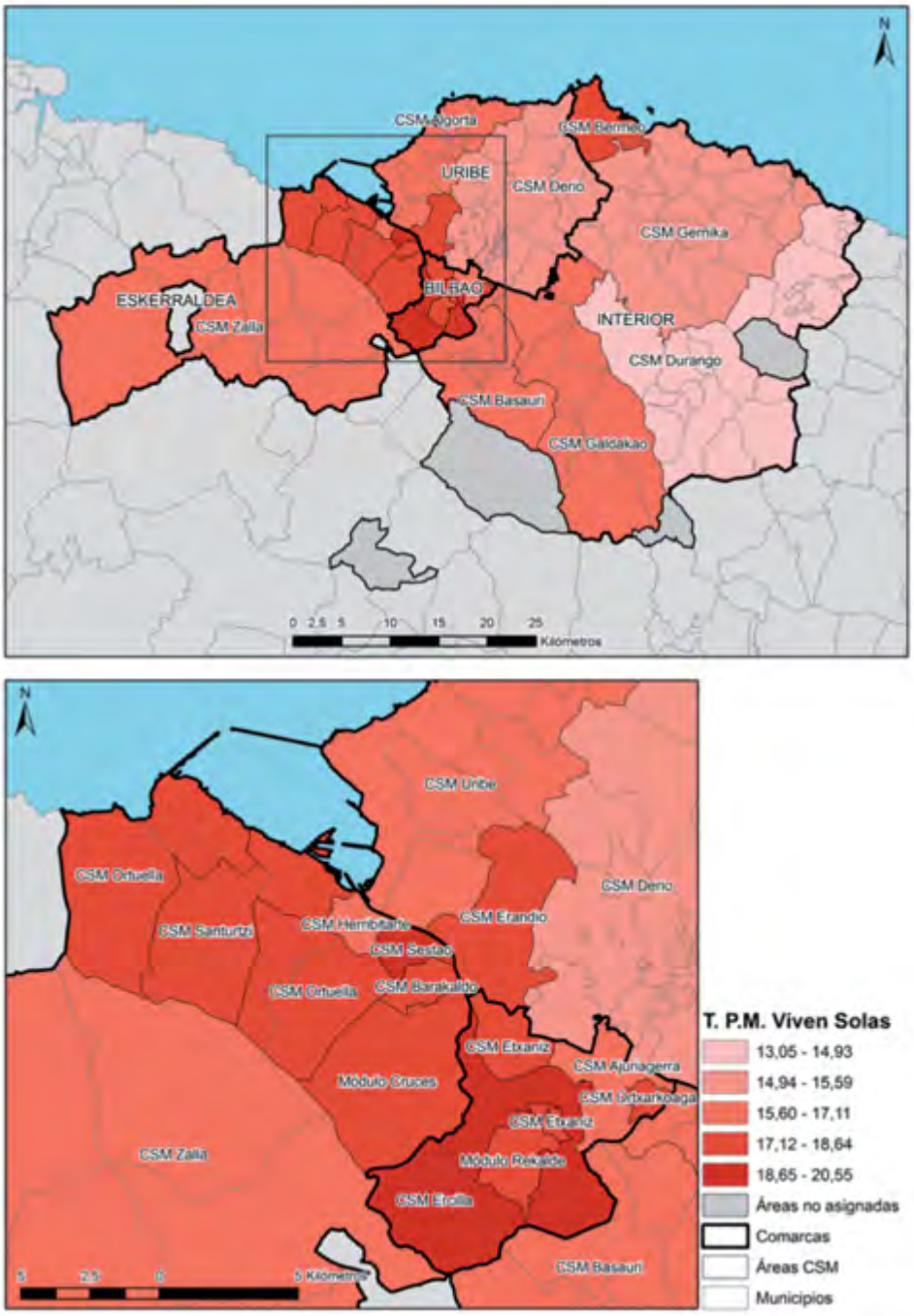
Mapa 12. Tasa de personas no Casadas
(Personas con estado civil diferente a casadas / Población x 100)



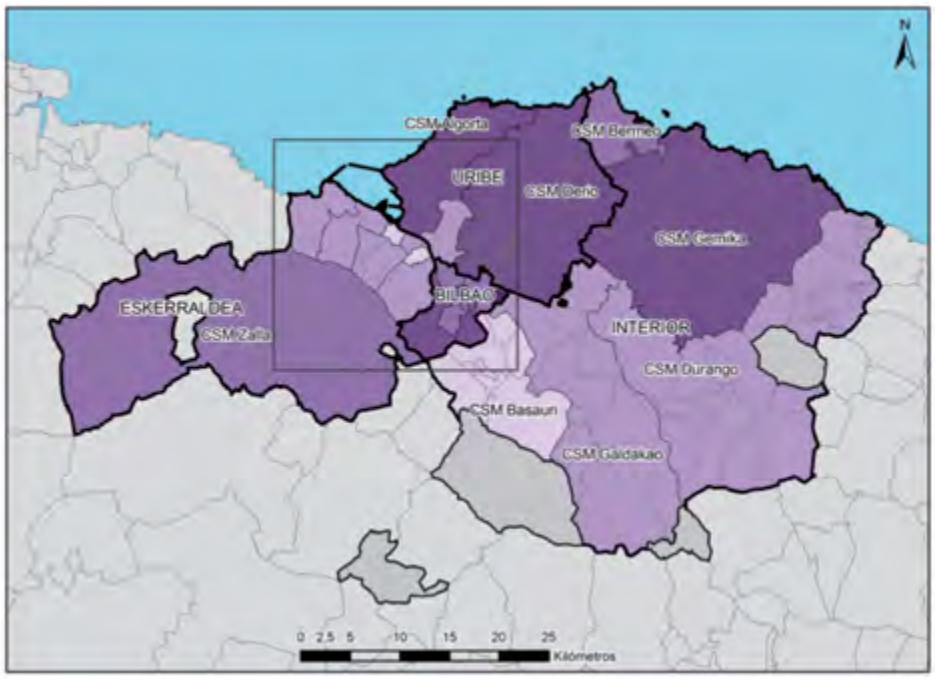
Mapa 13. Tasa de personas que viven solas
(Personas que viven en hogares unipersonales / Población x 100)

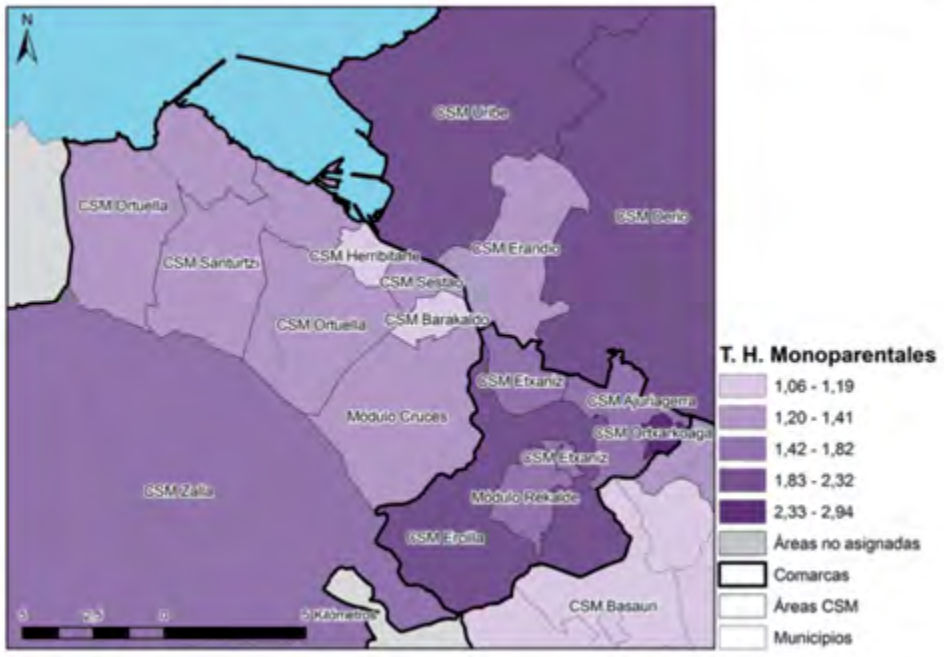


Mapa 14. Tasa de personas mayores que viven solas
(Personas mayores que viven solas/ Población >65 x 100)

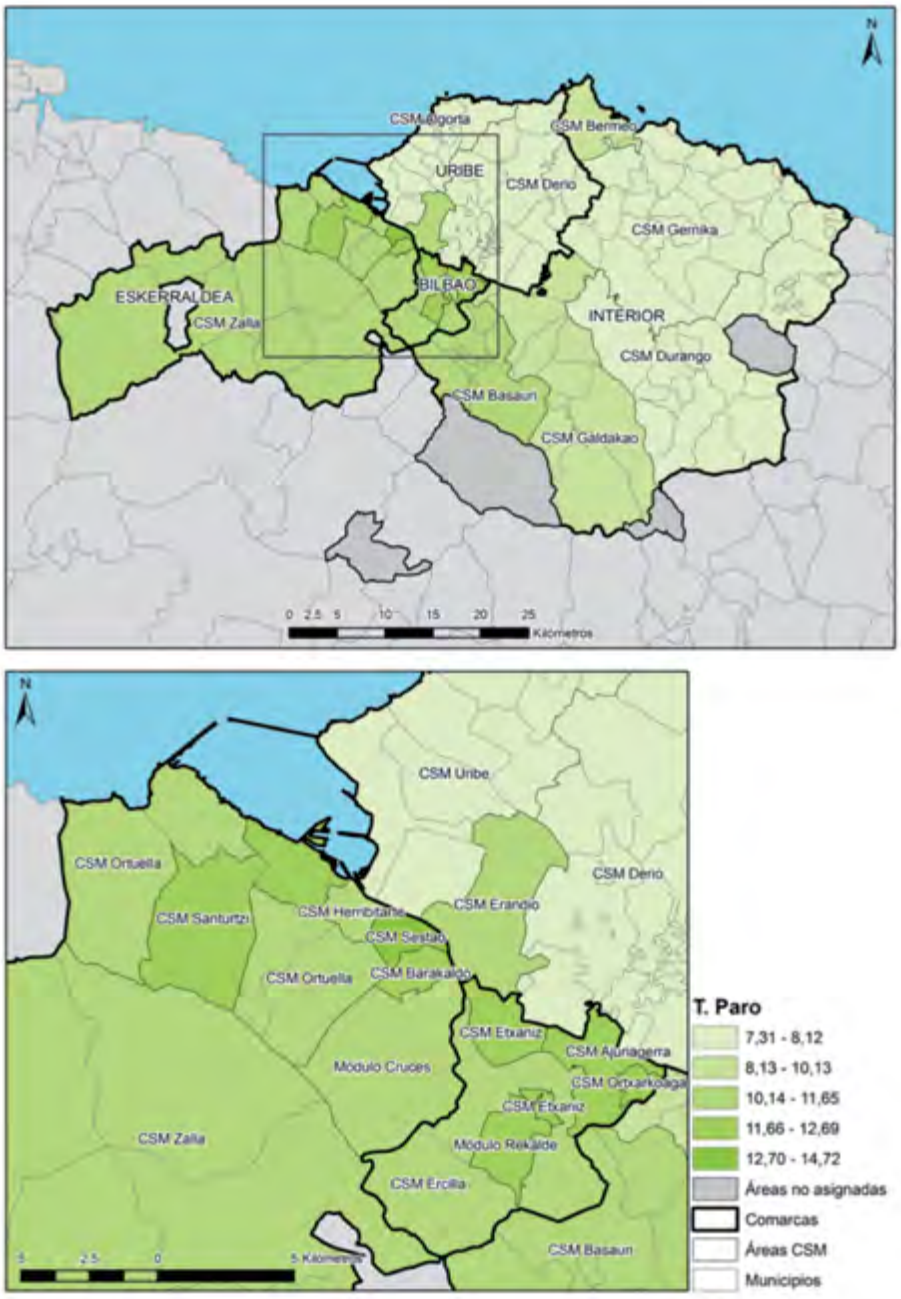


Mapa 15. Tasa de hogares monoparentales
(Personas solas con niños/ Población x 100)





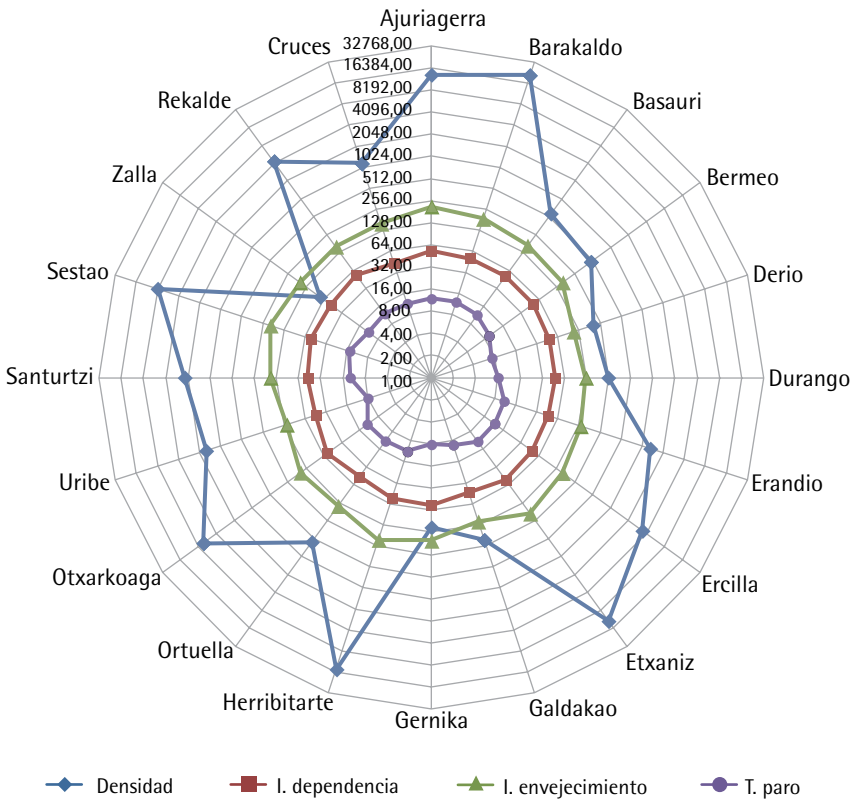
Mapa 16. Tasa de paro
(Población desempleada / Población 16-64 años x 100)



IV.1.4. Gráficos de araña de indicadores sociodemográficos por pequeña área de Salud Mental

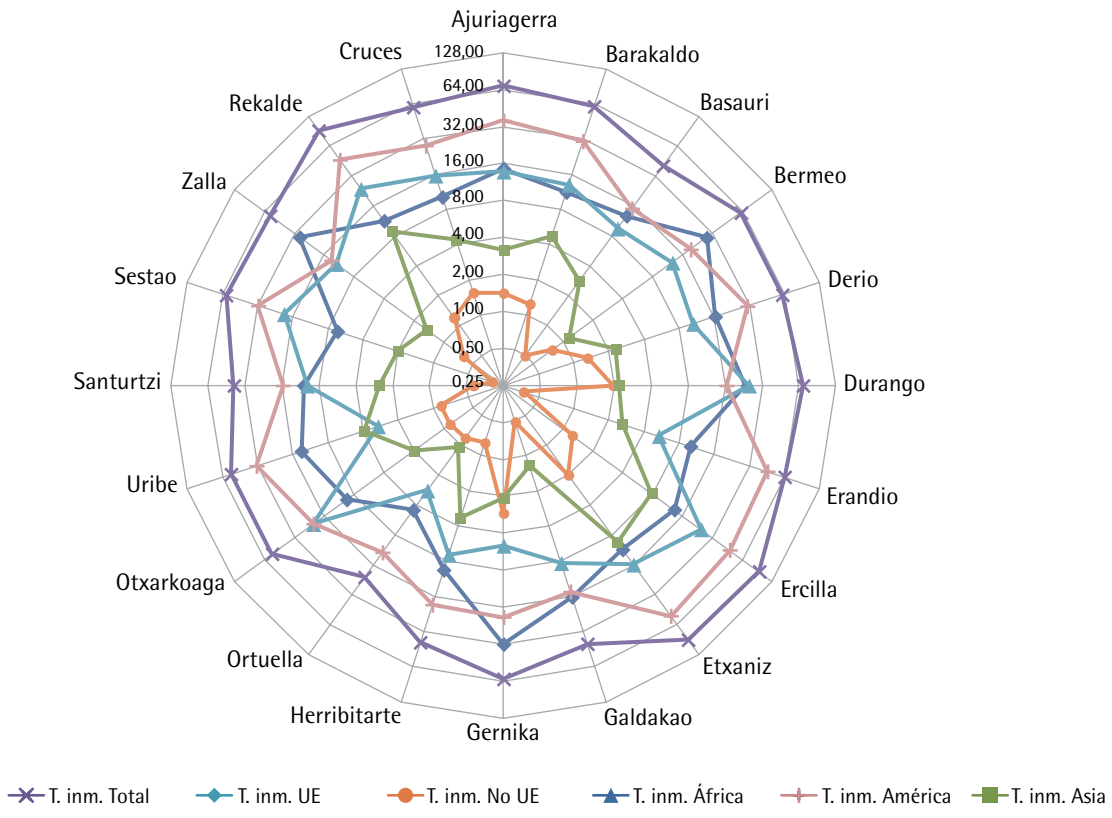
Los gráficos de araña nos permiten completar la caracterización de la población atendida en cada Centro de Salud Mental (CSM), comparando el comportamiento de varios indicadores en una misma figura. Es preciso considerar para la interpretación de los mismos que la escala de los gráficos que se presentan a continuación no es aritmética sino logarítmica (en base 2) y cada intervalo es el doble que el anterior. Así, pequeñas variaciones en la línea de cualquier indicador indicará diferencias amplias. Los indicadores que presentan un gran contraste entre áreas son la densidad, las tasas de inmigración y hogares unipersonales y monoparentales, donde las líneas que los representan presentan picos a través de las diferentes áreas. Se aprecian también diferencias, aunque no tan pronunciadas, en otros indicadores como el índice de envejecimiento, tasa de personas no casados, hogares de mayores que viven solos y paro. Por último, el índice de dependencia y la tasa de personas no casadas muestran un comportamiento homogéneo entre áreas.

Gráfico 7. Densidad, índices de dependencia y envejecimiento y tasa de paro en las pequeñas áreas de Salud Mental de Bizkaia
Escala logarítmica en base 2



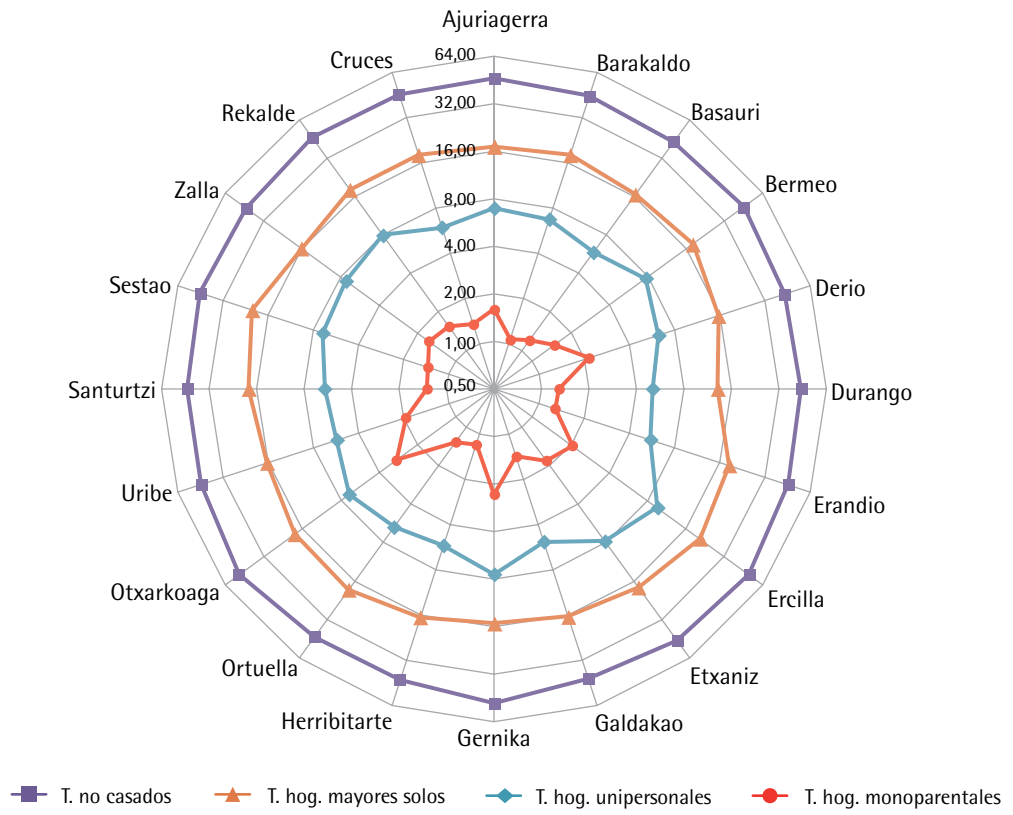
Fuente: Padrón municipal 2011; Paro registrado 2011.

Gráfico 8. Tasas de inmigración por origen en las pequeñas áreas de Salud Mental de Bizkaia
Escala logarítmica en base 2



Fuente: Padrón municipal 2011.

Gráfico 9. Tasas de personas no casadas y tipos de hogares en las pequeñas áreas de Salud Mental de Bizkaia
Escala logarítmica en base 2



Fuente: Censo, 2001.

IV.2. Estudio de la distribución territorial de los servicios de Salud Mental

En este trabajo se han estudiado un total de 152 servicios que cumplen criterios para BSIC, 67 servicios de sanidad, 68 mixtos (Sociosanitario), 9 de servicios sociales, y 8 de drogodependencias de forma específica. No obstante las adicciones se atienden de forma integrada con la Salud Mental en algunos Centros de Salud Mental de adultos. En la tabla 1 se describen los tipos de atención encontrados en el Territorio según los códigos descritos en el DESDE-LTC 2.0. A continuación se describen los dispositivos estudiados según las diferentes administraciones que los financian:

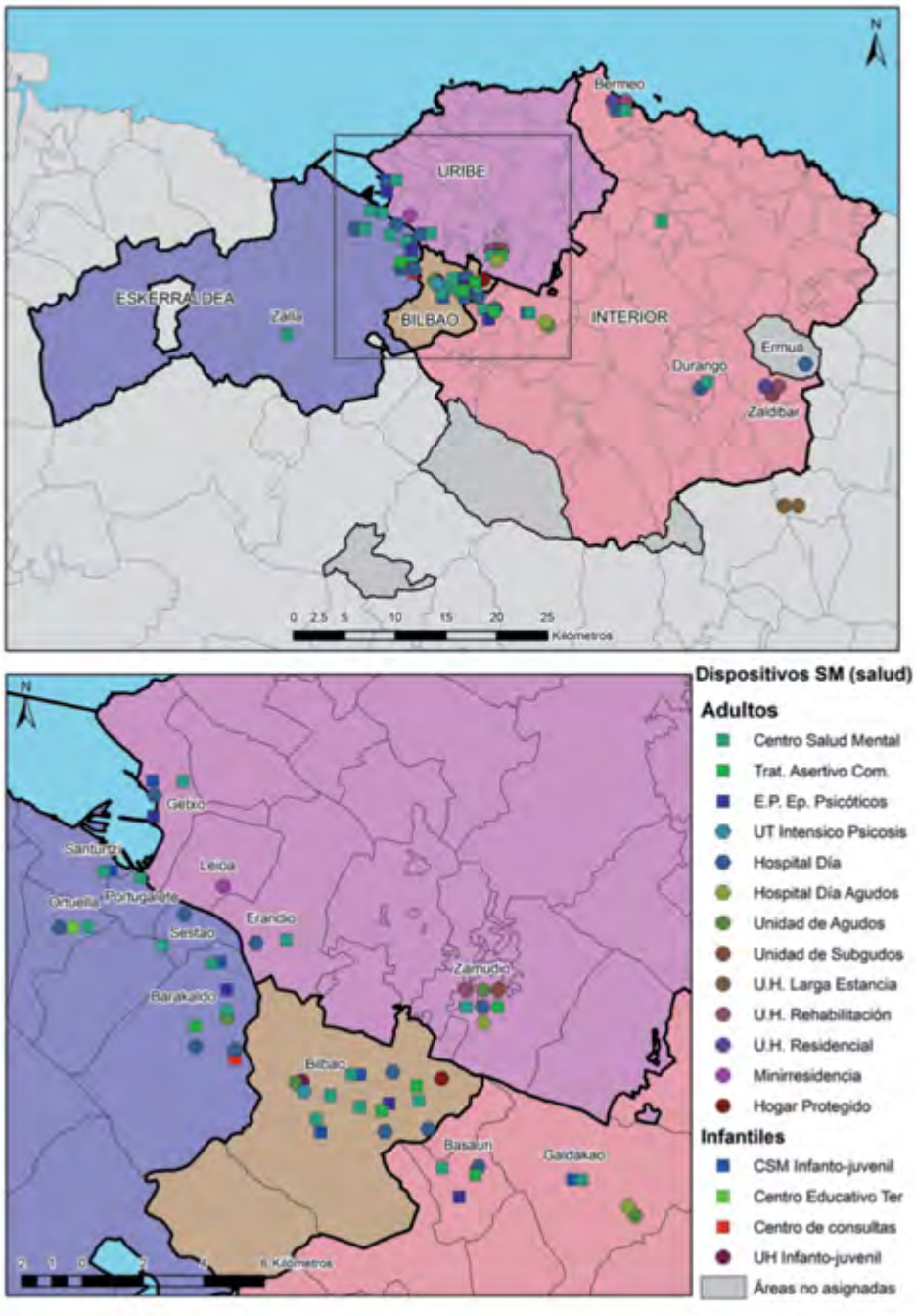
Sanidad	DESDE LTC	Mixto (sociosanitario)	DESDE LTC	Servicios Sociales	DESDE LTC	Drogodependencias	DESDE LTC
- 4 Unidad de Hospitalización de Agudos	R2/D1.2/ O3.1	- 3 Mini-Residencias	R11	- 2 Centros de Día	D4.3	- 2 Pisos Tuteladas	R12
- 2 Unidad de Hospitalización de Subagudos	R4/ D1.2	- 53 Pisos Tutelados	R11/ R12	- 1 Centro Sociolaboral	D7.1 I1.4	- 3 Centros Salud Mental (monográficos)	O8.1
- 2 U. de Hospitalización de Larga Estancia	R6	- 1 Hospital de Día Argia	D4.1	- 5 Centro Ocupacional	D3.2	- 3 C. Terapéuticas (CT)	R8.2
- 3 Unidades Hospitalarias de Rehabilitación	R4	- 10 Centros de Día	D4.3	- 1 C. Especial Empleo	D2.2		
- 2 Unidades Hospitalarias Residenciales	R6	- 1 Centro Consulta Apnabi	O8.1				
- 1 Mini-Residencia	R11						
- 1 Hogar Protegido	R8.2						
- 14 Hospitales de Día	D4.1						
- 20 Centros de Salud Mental	O8.1						
- 1 Unidad de tto Intensivo para la Psicosis	D1.2						
- 4 Equipos de Primeros Episodios Psicóticos	O8.1						
- 5 Tratamiento Asertivo Comunitario	O2.1						
- 1 Unidad Hospitalaria Residencial Inf.-Juv.	R2						
- 1 Centro Educativo Terapéutico	D4.2						
- 6 Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil	O8.1						

Atención a adicciones integrada en CSM

Tabla 6. Descripción Estandarizada de los tipos de atención según el DESDE-LTC 2.0 presentes en Bizkaia					
DESDE-LTC	**Salud**	**Integ.**	**Social**	**Drogas**	**Total**
I1.4 Dispositivo donde se ofrece guía y asesoramiento relacionados con el trabajo			1		1
O2.1 Dispositivo de Atención Ambulatoria móvil de urgencia durante horarios definidos de tiempo	5				5
O3.1 Dispositivo de Atención Ambulatoria de urgencia no móvil con apoyo 24 horas.	3				3
O8.1 Dispositivo de Atención Ambulatoria continuada (no crisis), no móvil con frecuencia de atención de más de una vez a la semana si se requiere	30 + 3*	1		3	34 + 4*
D1.1 Dispositivo de Atención de Día aguda no episódica de alta intensidad (admiten en 72 horas)	1				1
D1.2 Dispositivo de Atención de Día aguda no episódica que no es de alta intensidad (admiten en 4 semanas)	2				2
D2.2 Dispositivo de Atención de Día donde el usuario realiza un trabajo ordinario remunerado			1		1
D3.2 Dispositivo de Atención de Día relacionada con el trabajo de alta intensidad y estancia indefinida			5		5
D4.1 Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la salud	14	1			14
D4.1 Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la educación	1				1
D4.3 Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la cultura y el ocio		10	2		12
D7.1 Dispositivo de Atención de Día relacionada con el trabajo de baja intensidad y estancia limitada			1		1
R2 Dispositivo de atención residencial hospitalaria de agudos con apoyo médico 24 horasde intensidad media	5				5
R4 Dispositivo de atención residencial hospitalaria continuada (no crisis) con cobertura médica 24 horas por un periodo de tiempo limitado	5				5
R6 Dispositivo de atención residencial hospitalaria continuada (no crisis) con cobertura médica 24 horas por un periodo de tiempo indefinido	4				4
R8.2 Dispositivo de atención residencial continuada (no crisis) NO hospitalaria con apoyo 24h por un periodo de tiempo limitado superior a 4 semanas	1			2	3
R11 Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) con apoyo No médico 24 horas por un periodo de tiempo indefinido	1	5			6
R12 Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) de estancia indefinida y apoyo diurno		51		2	53
Total	**72 + 4***	**68**	**10**	**7**	**157+ 4***

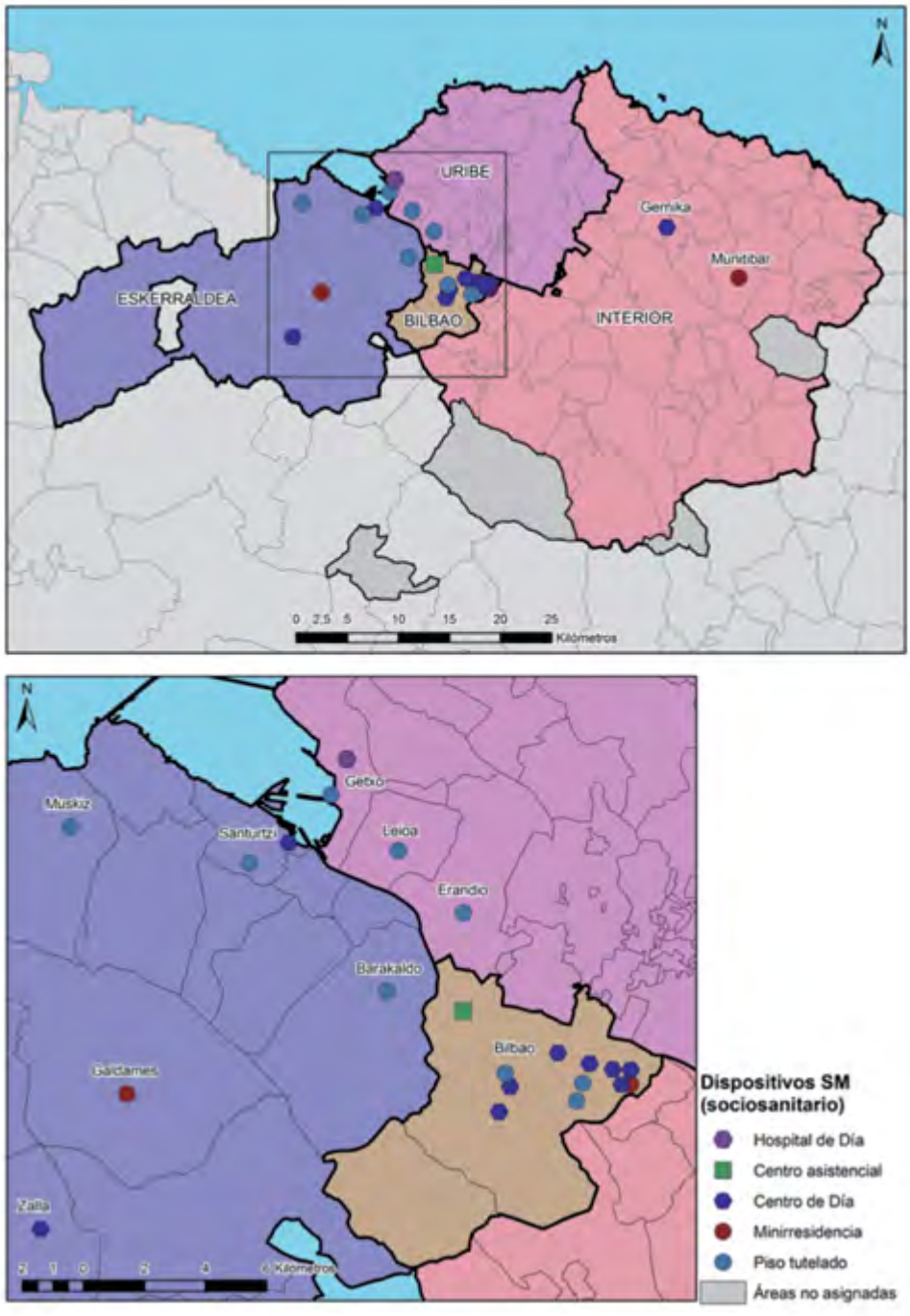
Fuente: elaboración propia. *Programas (CDP, Care Delivery Program).

Mapa 17. Servicios de Salud Mental (Salud)



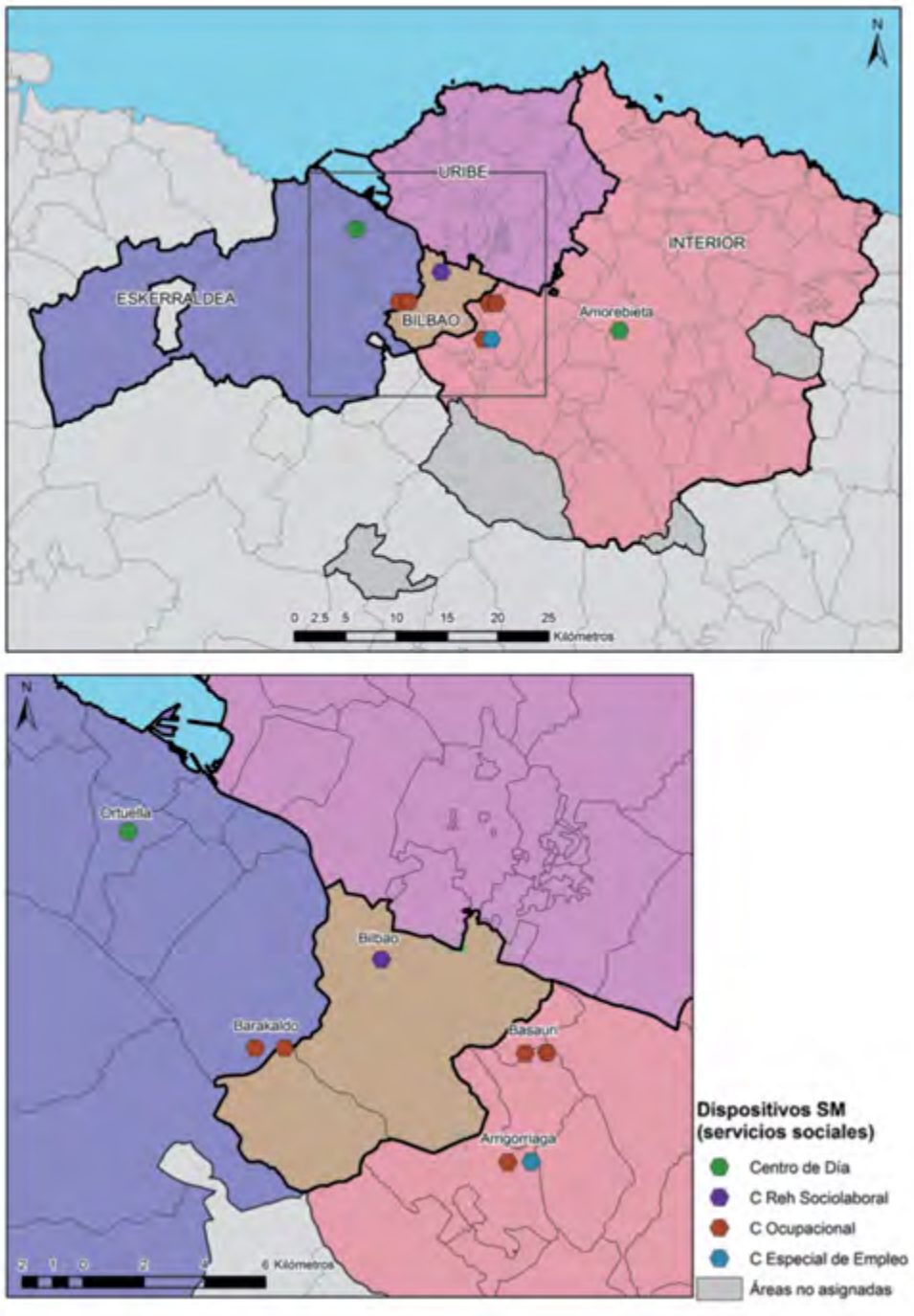
Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 18. Servicios de Salud Mental (Sociosanitario)



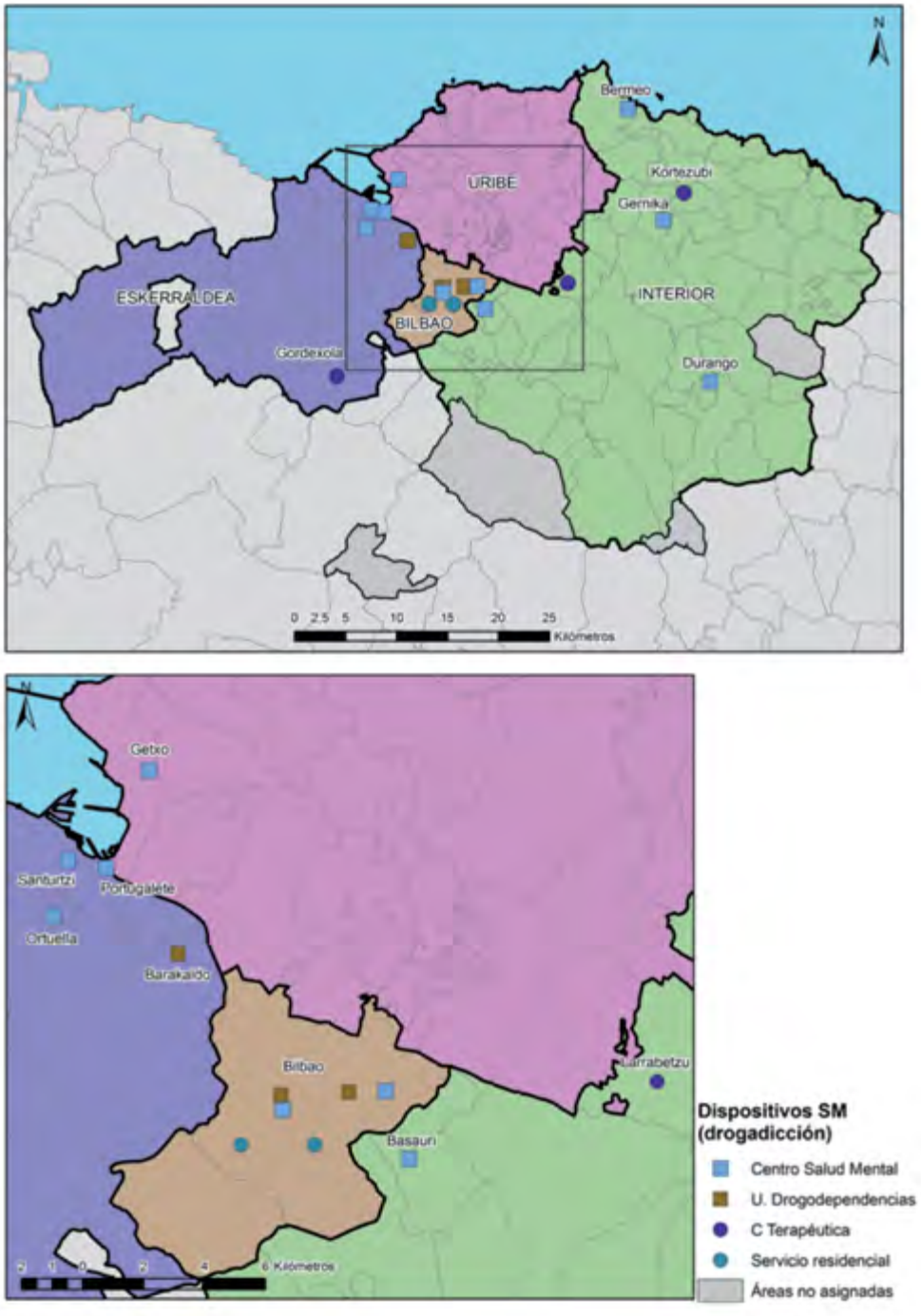
Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 19. Servicios de Salud Mental (Servicios Sociales)



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 20. Servicios de Salud Mental de Bizkaia (Drogadicciones)



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Recursos Sanitarios

■ Población Adulta

1. Unidad de Hospitalización de Agudos

Definición en el territorio de análisis

Es un dispositivo equivalente al de otras especialidades médicas que tiene el objeto de atender en régimen de hospitalización completa a pacientes con episodios agudos debido al deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social, que no pueden ser tratados de forma adecuada en otros dispositivos del sistema. La duración de los ingresos suele ser de un periodo corto de tiempo, en torno a 15 días *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Funciones específicas:

- Evaluación y diagnóstico
- Tratamiento
- Coordinación con otros dispositivos de salud, servicios sociales etc.

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R2	Dispositivo de atención residencial hospitalaria de agudos con apoyo médico 24 horas de intensidad media
D1.2	Dispositivo de Atención de Día aguda no episódica que no es de alta intensidad
O3.1	Dispositivo de Atención Ambulatoria de urgencia no móvil con apoyo 24 horas
DESDE-LTC 2.0	**Descripción códigos adicionales**
I	Dispositivos que describen atención de enlace que no llega a ser lo suficientemente intensa como para requerir un código DESDE-LTC

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia cuenta con cuatro unidades de hospitalización de Salud Mental de agudos. Todos atienden a población mayor de 17 años (AO). El Servicio de Psiquiatría del Hospital Galdakao Usansolo Osakidetza cuenta con un hospital de día de agudos de intensidad media (D1.2). Todas las unidades, a excepción del Hospital de Zamudio, disponen de Atención Ambulatoria de urgencia 24 horas (O3.1) y de psiquiatría de enlace (I).

Unidad de Hospitalización de Agudos	Población	Código 1	Código 2	Código 3	Municipio
Unidad de Agudos del Hospital de Zamudio	AO-[MD]	R2			Zamudio
Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Cruces	AO–[MD]	R2I	O3.1		Cruces-Barakaldo
Servicio de Psiquiatría Hospital Galdakao Usansolo	AO – [MD]	R2I	D1.2	O3.1	Galdakao
Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Basurto	AO – [MD]	R2I	O3.1		Bilbao

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Camas disponibles

Existen en el Territorio un total de 134 camas para este tipo de atención. Las unidades de día de agudos suman un total de 15 plazas. La tasa por 100 mil habitantes, teniendo en cuenta las diferentes poblaciones que atienden los dispositivos es de 12.92 camas y 1.44 plazas.

Unidad de Hospitalización de Agudos	Pobl ≥18 a	Código global	Camas	Plazas	Camas/Plazas x100m hab
Servicio de Psiquiatría Hospital de Zamudio	319.883	AO-[MD]-R2I	41		12.81
Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Cruces	174.948	AO-[MD]-R2 O3.1I	21		12
Servicio de Psiquiatría Hospital Galdakao Usansolo	271.169	AO-[MD]-R2 D1.2 O3.1I	30	15	11.06
Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Basurto	271.082	AO-[MD]-R2 O3.1I	42		15.49
Total	**1.037.082**		**134**	**15**	**12.92 1.44**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

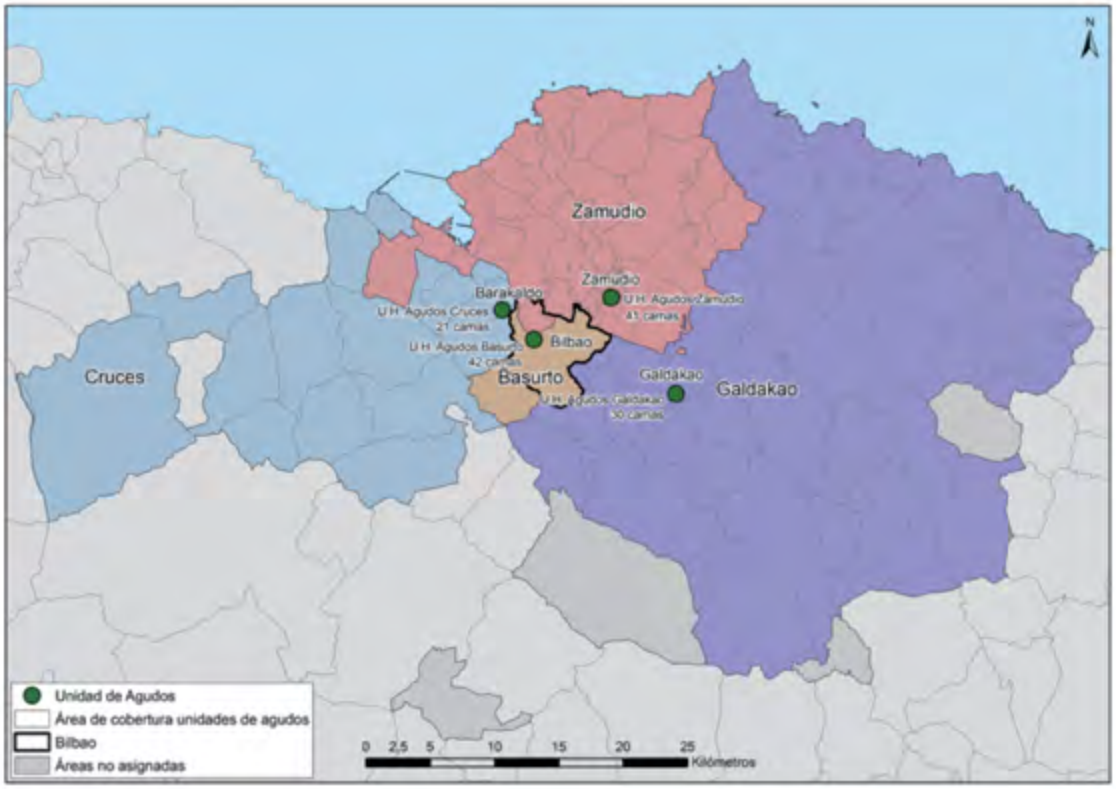
El equipo de profesionales que compone la atención hospitalaria de agudos en el territorio se describe de forma estandarizada atendiendo a jornadas laborales de 35 horas semanales. De esta forma se cuenta con aproximadamente 36 psiquiatras, 1 psicólogo, 11 psicólogos clínicos, 48 enfermeros, 80 auxiliares de enfermería, 2 trabajadores sociales, 1 médico de familia, 0,3 farmacéutico, 1,8 terapeutas ocupacionales, 5 administrativos y 16 profesionales relacionados con la limpieza y mantenimiento.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)											
Unidad de Hospitalización de Agudos	**PSIQ**	**PSIC**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**MI**	**FAR**	**TO**	**ADM**	**OT**
Servicio de Psiquiatría Hospital de Zamudio	7,5		0,3	8,1	28	1	0,3	0,3	0,3	2,3	8
Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Cruces	9		2	10	12					1	
Servicio de Psiquiatría Hospital Galdakao Usansolo	11		7	17	18	1			1,5	1,3	8
Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Basurto	7	1	1	13	22						
Total	**35,5**	**1**	**10,3**	**48,1**	**80**	**2**	**0,3**	**0,3**	**1,8**	**4,6**	**16**

PSIQ: Psiquiatras, **PSIC:** Psicólogos, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliares de Enfermería; **TS:** Trabajadores Sociales, **MI:** Médico Internista, **FAR:** Farmacéutico, **TO:** Terapeutas Ocupacionales, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 21. Unidades de Hospitalización de Agudos del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

2. Unidad de Hospitalización de Subagudos

Definición en el territorio de análisis

Las Unidades de Subagudos son unidades de hospitalización psiquiátrica cuyo objetivo principal es el tratamiento de pacientes que presentan: una psicopatología grave (trastornos psicóticos o afectivos), procesos resistentes al tratamiento o procesos refractarios. Están destinadas a aquellos pacientes que necesitan una estancia superior a la de las unidades de agudos, para la remisión del cuadro clínico. Esto permite la implementación de programas asistenciales que no son posibles en agudos. La duración del ingreso se sitúa entre uno y tres meses (con una estancia media de poco más de 50 días). *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Se complementa con un Hospital de día de subagudos, situado en Zamudio, que actúa como elemento de transición entre la hospitalización y la comunidad. Aporta un apoyo mayor que el ofrecido en el tratamiento ambulatorio. Las distintas actuaciones van encaminadas a prevenir recaídas, favorecer la interacción social, realizar actividades terapéuticas y reducir la dependencia y el aislamiento. *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R4	Dispositivo de atención residencial hospitalaria continuada (no crisis) con cobertura médica 24 horas por un periodo de tiempo limitado
D1.2	Dispositivo de Atención de Día aguda no episódica que no es de alta intensidad

Listado de recursos disponibles de este tipo

Se describen en Bizkaia 2 unidades de hospitalización de subagudos con cobertura médica 24 horas (R4). En ambos casos se trata de centros públicos que atienden a población mayor de 17 años (AO). El Hospital de Zamudio cuenta además con un hospital de día de agudos de intensidad media (D1.2) que sirve de paso intermedio entre el ingreso y la atención comunitaria.

Unidad de Hospitalización de Subagudos	Población	Código 1	Código 2	Municipio
Unidad Hospitalaria de Subagudos Zaldibar	AO-[MD]	R4		Zaldíbar
Unidad Hospitalaria de Subagudos Zamudio	AO-[MD]	R4	D1.2	Zamudio

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Camas disponibles

Las unidades de hospitalización de subagudos suman un total de 73 camas y 25 plazas de hospital de día para tratamiento psiquiátrico en régimen de media estancia y una tasa por 100 mil habitantes para toda la población mayor de 18 años de 7.03 camas y 2.41 plazas.

Unidad de Hospitalización de Subagudos	Pobl >18	Código global	Camas	Plazas	Camas Plazas x100m hab	
Unidad Hospitalaria de Subagudos Zaldibar	385.278	AO-[MD]-R4	25		6.48	
Unidad Hospitalaria de Subagudos Zamudio	651.804	AO-[MD]-R4 D1.2	48	25	7.36	6.13
Total	1.037.082		**73**	**25**	**7.03**	**2.41**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

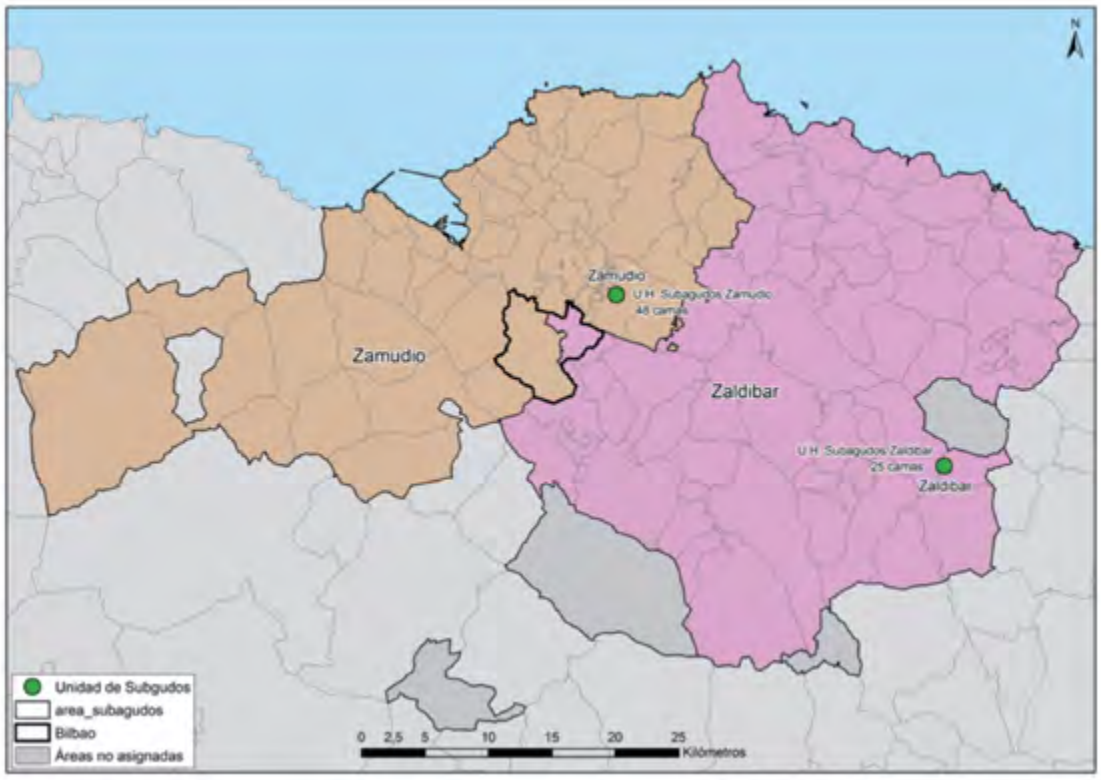
El equipo de profesionales que compone la atención hospitalaria de media estancia lo completa un número aproximado de 9 psiquiatras, 1 psicólogo, 4 trabajadores sociales, 13 enfermeros, 40 auxiliares de enfermería, 1 médico, 0,6 farmacéuticos, 3 administrativos y 25 profesionales que se engloban en otras categorías como mantenimiento, limpieza, cocina etc. El total de profesionales se ha calculado teniendo en cuenta jornadas laborales de 35 horas a la semana. Del total, 0,3 psiquiatras, 1 enfermero y 1 auxiliar de enfermería son específicos para la atención de día. Existe también un terapeuta ocupacional en cada una de las unidades que atiende al hospital completo.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)									
Unidad de Hospitalización de Subagudos	**PSIQ**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ME**	**FAR**	**ADM**	**OT**
Unidad Hospitalaria de Subagudos Zaldibar	2,67	0,3	3	9,2	1	0,3	0,3	0,6	16,6
Unidad Hospitalaria de Subagudos Zamudio	5,8	0,3	10,3	31	1	0,3	0,3	2,3	8
Total	**8,47**	**0,6**	**13,3**	**40,2**	**2**	**0,6**	**0,6**	**2,9**	**24,6**

PSIQ: Psiquiatras, **PSIC:** Psicólogos, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliares de Enfermería; **TS:** Trabajadores Sociales, **MI:** Médico Internista, **FAR:** Farmacéutico, **TO:** Terapeutas Ocupacionales, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 22. Unidades de Hospitalización de Subagudos del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

3. Unidad de Hospitalización de Larga Estancia

Definición en el territorio de análisis

Es un dispositivo asistencial dirigido a personas con trastornos mentales y dificultades para recuperarse con las estructuras psiquiátricas habituales, tanto en un entorno ambulatorio como en hospitalizaciones

breves. Da cobertura a pacientes cuyas necesidades fundamentales derivan de la falta de apoyo sociofamiliar y de la escasez de alternativas residenciales. Entre los colectivos más afectados están:

- Personas mayores de 60 años en situación clínica de estabilidad, sin acceso a residencias de mayores por no alcanzar valoraciones de dependencia suficientes ni suponer, situación de urgencia sociosanitaria por tener cubiertas las necesidades básicas. Para algunos pacientes esto supone la paradoja de poder permanecer de forma indefinida en un hospital psiquiátrico, sin alternativa de alta a su medio sociofamiliar, y no tener acceso a un recurso residencial de mayores normalizado.

- Personas con discapacidad intelectual, en situación clínica de estabilidad, que permanecen ingresados de forma prolongada en hospitales psiquiátricos, ante la falta de recursos residenciales alternativos.

- Personas con Trastorno Mental Grave, en situación de estabilidad clínica, que permanecen ingresados de forma prolongada ante las dificultades de acceso, escasez de plazas y prolongadas listas de espera para recursos residenciales, específicamente pisos protegidos y mini residencias. (*Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012*).

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R6	Dispositivo de atención residencial hospitalaria continuada (no crisis) con cobertura médica 24 horas por un periodo de tiempo indefinido
DESDE-LTC 2.0	**Descripción códigos adicionales**
i	Código adicional que describe dispositivos institucionales que generalmente disponen de más de 100 camas

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia dispone, para la atención hospitalaria de larga estancia (R6), de camas concertadas en dos instituciones psiquiátricas (i) de Gipuzkoa, para adultos y mayores (AO) con procesos psiquiátricos c rónicos. Se trata de una actividad financiada históricamente por la dirección territorial que no recibe ni recibirá nuevos ingresos en el futuro.

Unidad de Hospitalización de Larga Estancia	Población	Código 1	Municipio
Hospital Aita Menni	AO-[MD]	R6i	Arrasate-Mondragón
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios	AO-[MD]	R6i	Arrasate-Mondragón

Fuente: Aita Menni y San Juan de Dios, 2012.

Camas disponibles

El Territorio cuenta con un total de 141 camas concertadas para atención de cuadros psiquiátricos crónicos por periodos de tiempo indefinidos. La tasa global por 100 mil habitantes según la población que atiende cada dispositivo es de 60.67 camas.

Unidad de Hospitalización de Larga Estancia	Pobl ≥18 a	Código global	Camas	Camas x100m hab
Hospital Aita Menni		AO-[MD]-R6i	100	
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios		AO-[MD]-R6i	41	
Total	**1.037.082**		**141**	**13.59**

Fuente: Aita Menni y San Juan de Dios, 2012.

Profesionales

El cuadro de profesionales responsable de las camas de larga estancia específicas para la población de Bizkaia se ha estimado partiendo de la plantilla global del hospital. Estas cifras no han sido confirmadas por el centro. Según jornadas de 35 horas semanales se dispone de aproximadamente 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 psicólogo clínico, 16 enfermeros, 32 auxiliares de enfermería, 1 trabajador social, 1 médico generalista, 1 farmacéutico, 1 terapeuta ocupacional, 1 monitor, 1 educador, 1 administrativo y 3 profesionales de otras disciplinas entre los que se encuentran 1 director, 1 técnico sociocultural y algunos voluntarios.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)													
Unidad de Hospitalización de Larga Estancia	**PSIQ**	**PSIC**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ME**	**FAR**	**TO**	**MO**	**ED**	**ADM**	**OT**
Hospital Aita Menni	0,15		0,30	12,83	22,58	0,49	0,30				0,90		
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios	0,43	0,14	0,14	2,64	8,77	0,46	0,93	0,28	0,28	0,93		0,39	2,3
Total	**0,58**	**0,14**	**0,44**	**15,47**	**31,35**	**0,95**	**1,23**	**0,28**	**0,28**	**0,93**	**0,90**	**0,39**	**2,3**

PSIQ: Psiquiatras, **PSIC:** Psicólogos, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliares de Enfermería; **TS:** Trabajadores Sociales, **ME:** Médico de Familia, **FAR:** Farmacéutico, **TO:** Terapeutas Ocupacionales, **MO:** Monitor, **ED:** Educadores; **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Aita Menni y San Juan de Dios, 2012.

4. Unidad Hospitalaria Residencial

Definición en el territorio de análisis

Es un dispositivo asistencial dirigido a personas con trastornos mentales y dificultades para recuperarse con las estructuras psiquiátricas habituales, tanto en un entorno ambulatorio como en hospitalizaciones breves. Da cobertura a pacientes cuyas necesidades fundamentales derivan de la falta de apoyo sociofamiliar y de la escasez de alternativas residenciales. En estos dispositivos existe un objetivo y búsqueda activa de alternativas residenciales de la Red de Salud Mental de Bizkaia para los pacientes que reúnen los requisitos *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R6	Dispositivo de atención residencial hospitalaria continuada (no crisis) con cobertura médica 24 horas por un periodo de tiempo indefinido
DESDE-LTC 2.0	**Descripción códigos adicionales**
¡	Código adicional que describe dispositivos institucionales que generalmente disponen de más de 100 camas

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia cuenta con dos unidades hospitalarias residenciales para población mayor de 18 años (A0) donde se ofrece atención médica 24 horas durante periodos indefinidos de tiempo (R6). Este tipo de atención institucional tiende a desaparecer.

Unidad Hospitalaria Residencial	Población	Código 1	Municipio
Unidad Hospitalaria Residencial Bermeo	A0-[MD]	R6i	Bermeo
Unidad Hospitalaria Residencial Zaldibar	A0-[MD]	R6i	Zaldíbar

¡Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Camas disponibles

La disponibilidad de camas para atención hospitalaria residencial en Bizkaia es de 190, con una tasa por 100 mil habitantes de 18.32 camas, esta cifra se encuentra por encima del valor superior del intervalo de camas propuesto por Salvador y cols en el B.MHCC para este tipo de atención (R4-R6, 3-13 camas).

Unidad Hospitalaria Residencial	Pobl ≥18 a	Código global	Camas	Camas x100m hab
Unidad Hospitalaria Residencial Bermeo		A0-[MD]-R6i	88	
Unidad Hospitalaria Residencial Zaldibar		A0-[MD]-R6i	102	
Total	**1.037.082**		**190**	**18.32**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

Las unidades hospitalarias residenciales cuentan con un equipo de profesionales según jornadas laborales de 35 horas semanales de aproximadamente 6 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, 28 enfermeros, 79 auxiliares de enfermería, 1 trabajador social, 1 médico generalista, 2 administrativos y 40 profesionales de mantenimiento, limpieza etc.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)								
Unidad Hospitalaria Residencial	**PSIQ**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ME**	**ADM**	**OT**
Unidad Hospitalaria Residencial Bermeo	3	0,5	14	39	0,42	0,5	2	23,5
Unidad Hospitalaria Residencial Zaldibar	3	0,3	14	40	0,42	0,3	0,6	16,6
Total	**6**	**0,8**	**28**	**49**	**0,84**	**0,8**	**2,6**	**40,1**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería,
AE: Auxiliares de Enfermería; **TS:** Trabajadores Sociales, **ME:** Médico de Familia, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores,etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

5. Unidad Hospitalaria de Rehabilitación

Definición en el territorio de análisis

Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria ofrecen tratamiento hospitalario para pacientes con Trastorno Mental Grave de curso crónico que precisen hospitalizaciones prolongadas por mantener sintomatología persistente y/o problemas de soporte y funcionamiento sociofamiliar. El objetivo de la hospitalización es el abordaje del problema en un entorno de seguridad y preparar a los pacientes afectados para el alta y su reinserción en recursos asistenciales comunitarios. La estancia media estimada es de 365 días, aunque se pretende que el tiempo de hospitalización sea siempre el mínimo posible para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En ningún caso las unidades de rehabilitación hospitalaria pueden considerarse un destino final ni una alternativa residencial. *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012)*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R6	Dispositivo de atención residencial hospitalaria continuada (no crisis) con cobertura médica 24 horas por un periodo de tiempo limitado.

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existen en Bizkaia tres unidades de rehabilitación para población mayor de 18 años (AO) donde se realizan hospitalizaciones de media estancia con atención médica 24 horas (R4).

Unidad Hospitalaria de Rehabilitación	Población	Código 1	Municipio
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Bermeo	AO-[MD]	R4	Bermeo
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Zaldibar	AO-[MD]	R4	Zaldíbar
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Zamudio	AO-[MD]	R4	Zamudio

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Camas disponibles

Las unidades de rehabilitación suman en conjunto un total de 125 camas, la tasa por 100 mil habitantes es de 12.05 camas.

Unidad Hospitalaria de Rehabilitación	Pobl 18-64	Código global	Camas	Camas x100m hab
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Bermeo	421.060	AO-[MD]-R4	54	12.82
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Zaldibar	432.614	AO-[MD]-R4	35	8.09
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Zamudio	183.408	AO-[MD]-R4	36	19.62
Total	**1.037.082**		**125**	**12.05**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

El equipo profesional que compone la atención hospitalaria de rehabilitación acorde a jornadas laborales de 35 horas semanales son aproximadamente 9 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, 21 enfermeros, 55 auxiliares de enfermería, 4 trabajadores sociales, 1 médico general, 2 terapeutas ocupacionales, 5 administrativos y 49 profesionales englobados en categorías de mantenimiento, limpieza, celadores etc.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)									
Unidad Hospitalaria de Rehabilitación	**PSIQ**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ME**	**TO**	**ADM**	**OT**
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Bermeo	3,5	0,5	8,7	24	1	0,5	1	2	23,5
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Zaldibar	3,21	0,3	53	13	2			0,6	16,6
Unidad Hospitalaria de Rehabilitacion Zamudio	2,43	0,3	68	18,2	1	0,3	1	2,8	8
Total	**9,14**	**1,1**	**20,8**	**55,2**	**4**	**0,8**	**2**	**4,9**	**48,1**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliares de Enfermería; **TS:** Trabajadores Sociales, **ME:** Médico de Familia, **TO:** Terapeutas Ocupacionales, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 23. Unidades Hospitalarias de Rehabilitación del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012

6. Mini-Residencia Sanitaria

Definición en el territorio de análisis

Es un dispositivo asistencial dirigido a personas que presentan trastornos psiquiátricos con limitación de su capacidad funcional, necesitados de ayuda y estímulo para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, con un pronóstico pesimista en cuanto a la remisión de su patología y que no cuentan con una adecuada cobertura socio-familiar. (*http://www.euskalnet.net/s.loyola/index1.htm).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R11	Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) con apoyo No médico 24 horas por un periodo de tiempo indefinido

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existe en Bizkaia una mini-residencia sanitaria de larga estancia, el Sanatorio Neuropsiquiátrico San Ignacio de Loyola, donde se ofrece apoyo constante (24 horas) por personal no médico durante periodos indefinidos de tiempo (R11).

Mini-Residencia Sanitaria	Población	Código 1	Municipio
Sanatorio Neuropsiquiatrico San Ignacio de Loyola	AO-[MD]	R11	Leioa

Fuente: Sanatorio San Ignacio de Loyola, 2012.

Camas disponibles

El Sanatorio dispone de 20 camas de larga estancia para atención de cuadros psiquiátricos crónicos. La tasa global por 100 mil habitantes es de 1.92 camas.

Mini-Residencia Sanitaria	Pobl ≥18 a	Código global	Camas	Camas x100m hab
Sanatorio Neuropsiquiatrico San Ignacio de Loyola	1.037.082	AO-[MD]-R11	20	1.92
Total			**20**	**1.92**

Fuente: Sanatorio San Ignacio de Loyola, 2012.

Profesionales

El cuadro de profesionales responsable de la atención hospitalaria de larga estancia según jornadas de 35 horas semanales se compone de aproximadamente 2 psiquiatras, 2 enfermeros, 10 auxiliares de enfermería, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional y 4 profesionales de otras categorías como limpieza y mantenimiento.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)						
Mini-Residencia Sanitaria	PSIQ	DUE	AE	TS	TO	OT
Sanatorio Neuropsiquiatrico San Ignacio de Loyola	1,14	2,25	10,2	0,57	0,57	3,42
Total	**1,14**	**2,28**	**10,2**	**0,57**	**0,57**	**3,42**

PSIQ: Psiquiatras, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliares de Enfermería; **TS:** Trabajadores Sociales, TO: Terapeutas Ocupacionales, **OT:** Otros (celadores, etc.),

Fuente: Sanatorio San Ignacio de Loyola, 2012.

7. Hogar Protegido

Definición en el territorio de análisis

Es un dispositivo extrahospitalario residencial, concertado con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Se caracteriza por ser un servicio transitorio, con régimen abierto y acceso voluntario, que recibe a sus usuarios a través de Osakidetza, cuya finalidad es la de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por trastorno mental de larga evolución e, indirectamente, la de sus familiares, a través de un proceso de rehabilitación integral del sujeto a nivel personal, social y laboral, que facilite su integración en la comunidad como miembro activo de pleno derecho *(Fuente: www.hogarizarra.com).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R8.2	Dispositivo de atención residencial continuada (no crisis) NO hospitalaria con apoyo 24h por un periodo de tiempo limitado superior a 4 semanas

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existe en el territorio un hogar protegido para personas mayores de 18 años (AO) con problemas de Salud Mental donde residen por periodos de tiempo limitados superiores a 1 mes y reciben atención no médica 24 horas (R8.2).

Hogar Protegido	Población	Código 1	Municipio
Hogar Izarra	AO-[MD]	R8.2	Bilbao

Fuente: Hogar Izarra, 2012

Camas disponibles

El hogar Izarra cuenta con 26 camas para atención residencial limitada de pacientes no agudos, la tasa por 100 mil habitantes es de 2.50 camas.

Hogar Protegido	Pobl ≥18 a	Código global	Camas	Camas x 100m hab
Hogar Izarra	1.037.082	AO-[MD]-R8.2	26	2.50
Total			**26**	**2.50**

Fuente: Hogar Izarra, 2012.

Profesionales

El equipo de profesionales que compone el Hogar Izarra acorde a jornadas laborales de 35 horas semanales es de aproximadamente 4 psicólogos, 2 psicólogos clínicos, 2 auxiliares de enfermería, 1 médico generalista y 2 profesionales de otras categorías entre los que se incluye 1 responsable de taller. Además, hay 1 psiquiatra que trabaja de forma voluntaria en el centro desde hace años.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)					
Hogar Protegido	**PSI**	**PCL**	**AE**	**ME**	**OT**
Hogar Izarra	3,42	1.14	1.14	0,3	1,71
Total	**3.42**	**1,14**	**1,14**	**0,3**	**1,71**

PSI: Psicólogos, **PCL:** Psicólogo Clínico, **AE:** Auxiliares de Enfermería; **ME:** Médico de Familia, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Hogar Izarra, 2012.

Mapa 24. Unidades de Hospitalización de Larga Estancia, Unidades Hospitalarias Residenciales, Mini-residencias y Hogares Protegidos del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013

8. Hospital de Día

Definición en el territorio de análisis

El Hospital de Día es el lugar idóneo para un grupo de pacientes que, sin tener una indicación de hospitalización a tiempo total, necesitan una atención intensiva. Es un recurso para prevenir recaídas, hacer de soporte para encajar y superar la crisis, ayudando a reiniciar satisfactoriamente la vida previa y, si no es posible a mantener la estabilidad clínica y potenciar la autonomía personal. Como dispositivo sanitario con un objetivo rehabilitador y de reinserción social es un recurso limitado en plazas y tiempo de permanencia. *(Salvador-Carulla et al., 2011) (Salvador-Carulla et al., 2011) (Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D4.1	Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la salud

Listado de recursos disponibles de este tipo

Se describen en Bizkaia 14 hospitales de día donde se ofrece un tipo de Atención de Día no aguda donde relacionada con la rehabilitación (D4.1).

Hopital de Día	Población	Código 1	Municipio
Hospital de Día Ajuriaguerra	AX-[MD]	D4.1	Bilbao
Hospital de Día de Garamendi	AX-[MD]	D4.1	Bilbao
Hospital de Día Txurdinaga	AX-[MD]	D4.1	Bilbao
Comarca Bilbao			
Hospital de Día de Bermeo "Gonzalo Iscar"	AX-[MD]	D4.1	Bermeo
Hospital de Día de Ermua	AX-[MD]	D4.1	Ermua
Hospital de Día de Durango	AX-[MD]	D4.1	Durango
Comarca Interior			
Hospital de Día de Barakaldo	Ax-[Md]	D4.1	Barakaldo
Hospital de Día de Basauri	Ax-[Md]	D4.1	Basauri
Hospital de Día de Rehabilitación de Barakaldo	Ax-[Md]	D4.1	Barakaldo
Hospital de Día de Ortuella	Ax-[Md]	D4.1	Ortuella
Hospital de Día de Sestao	Ax-[Md]	D4.1	Sestao
Comarca Ezkerraldea			
Hospital de Día de Erandio	Ax-[Md]	D4.1	Uribe
Hospital de Día de Uribe	Ax-[Md]	D4.1	Getxo (Algorta)
Hospital de Día de Zamudio	Ax-[Md]	D4.1	Zamudio
Comarca Uribe			

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Plazas disponibles

La disponibilidad en Bizkaia para este tipo de atención es de 366 plazas totales y una tasa global de 46.34 plazas. Analizadas por comarcas las tasas son de 47.20 plazas para Bilbao, 28.86 plazas para Interior, 62.31 plazas para Ezquerraldea y 28.08 para Uribe por 100 mil habitantes.

Hopital de Día	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Plazas x100m hab
Hospital de Día Ajuriaguerra		AX-[MD]-D4.1	15	
Hospital de Día de Garamendi		AX-[MD]-D4.1	32	
Hospital de Día Txurdinaga		AX-[MD]-D4.1	45	
Comarca Bilbao	**237.248**		**112**	**47.20**
Hospital de Día de Bermeo "Gonzalo Iscar"		AX-[MD]-D4.1	15	
Hospital de Día de Ermua		AX-[MD]-D4.1	20	
Hospital de Día de Durango		AX-[MD]-D4.1	25	
Comarca Interior	**207.871**		**60**	**28.86**
Hospital de Día de Barakaldo		AX-[MD]-D4.1	20	
Hospital de Día de Basauri		AX-[MD]-D4.1	15	
Hospital de Día de Rehabilitación de Barakaldo		AX-[MD]-D4.1	45	
Hospital de Día de Ortuella		AX-[MD]-D4.1	24	
Hospital de Día de Sestao		AX-[MD]-D4.1	20	
Comarca Ezkerraldea	**198.991**		**124**	**62.31**
Hospital de Día de Erandio		AX-[MD]-D4.1	20	
Hospital de Día de Uribe		AX-[MD]-D4.1	30	
Hospital de Día de Zamudio		AX-[MD]-D4.1	40	
Comarca Uribe	**145.581**		**70**	**48.08**
Total	**789.691**		**366**	**46.34**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

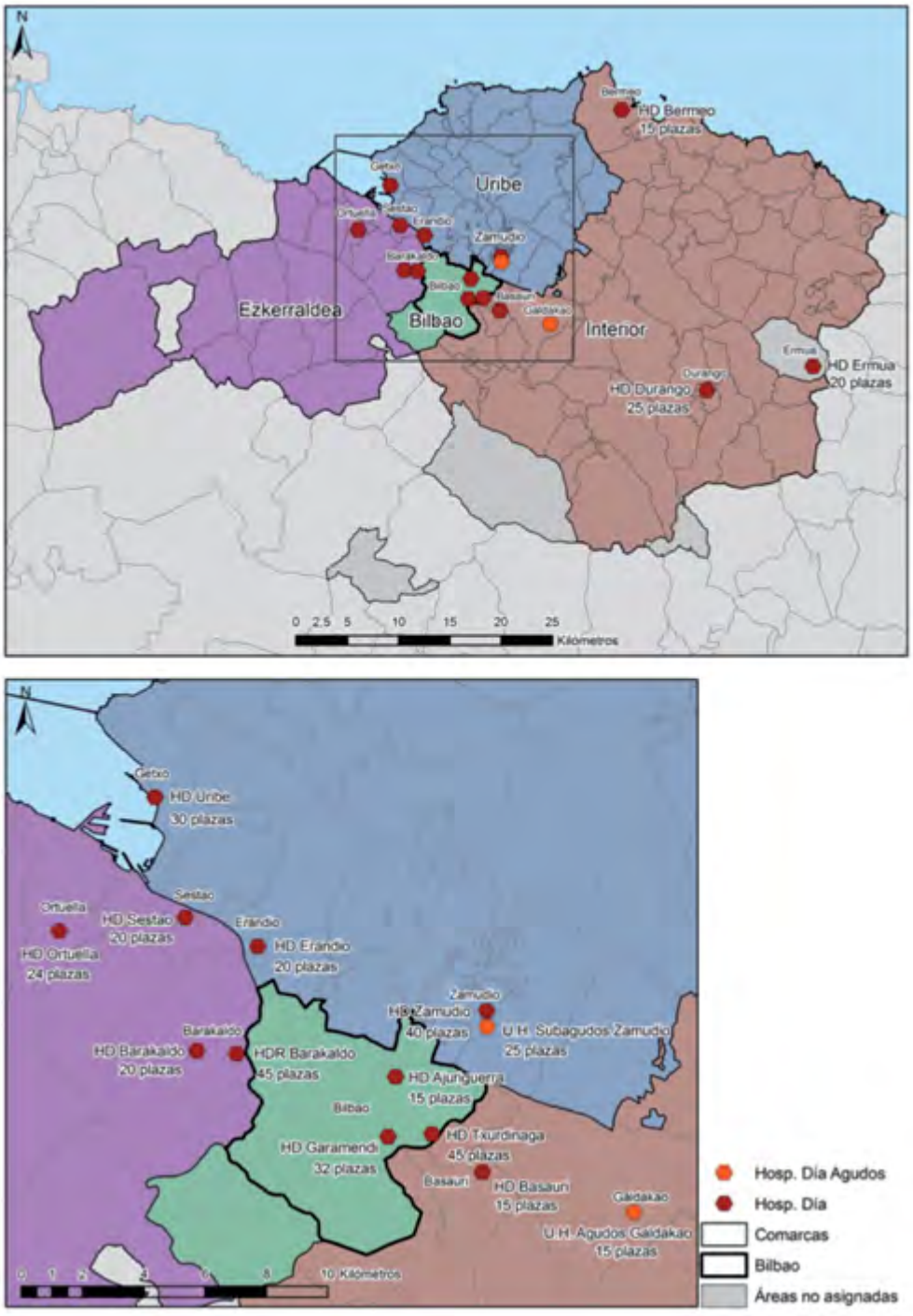
El equipo de profesionales que cubre la atención no aguda de día se compone de aproximadamente 7 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 psicólogos clínicos, 16 enfermeros, 32 auxiliares de enfermería que en realidad realizan actividad de monitores, 5 trabajadores sociales, 3 terapeutas ocupacionales y 5 personas de mantenimiento.

Hopital de Día	Profesionales estandarizados (35horas semanales)						
	PSIQ	PCL	DUE	AE-MO	TS	TO	OT
Hospital de Día Ajuriaguerra	0,2		1	3	0,2		
Hospital de Día de Garamendi	0,2	0,2	1	3	0,2		
Hospital de Día Txurdinaga	0,2	0,2	2	3	0,2	1	
Comarca Bilbao	**1**	**0,4**	**5**	**11**	**0,6**	**1**	**1**
Hospital de Día de Bermeo "Gonzalo Iscar"	0,4		1	2	0,2	0,1	
Hospital de Día de Ermua	0,5		1	2	1	0,2	
Hospital de Día de Durango	0,5	0,4	1	2	0,4	0,2	1
Comarca Interior	**1,4**	**0,4**	**3**	**6**	**1,6**	**0,5**	**1,4**
Hospital de Día de Barakaldo	0,5		1	2	0,2		
Hospital de Día de Basauri	0,5		1	2	0,2	0,5	
Hospital de Día de Rehabilitación de Barakaldo	1		1	4	0,5		
Hospital de Día de Ortuella	0,2	1	1	1	0,2		
Hospital de Día de Sestao	0,2		1	1	0,19		
Comarca Ezkerraldea	**2,4**	**1**	**5**	**10**	**1,29**	**0,5**	**2,4**
Hospital de Día de Erandio	0,4		1	2			
Hospital de Día de Uribe	1		1		1	1	
Hospital de Día de Zamudio	0,4		1	3	0,43		
Comarca Uribe	**1,8**	**0**	**3**	**5**	**1,43**	**1**	
Total	**6,6**	**1,8**	**16**	**32**	**4,92**	**3**	**4,8**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería,
AE-MO: Auxiliares de Enfermería-Monitores; TS: Trabajadores Sociales, **TO:** Terapeutas Ocupacionales; **OT:** Otros

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 25. Hospitales de Día de Agudos y Hospitales de Día de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

9. Centro de Salud Mental

Definición en el territorio de análisis

Son los dispositivos básicos de la red de atención especializada de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia. Ofrecen una atención de tipo ambulatoria a personas con enfermedad mental derivadas por los equipos de atención primaria o desde dispositivos hospitalarios. También ofrecen atención a las urgencias psiquiátricas y a pacientes y grupos de crisis durante su horario de apertura *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
O8.1	Dispositivo de Atención Ambulatoria continuada (no crisis), no móvil con frecuencia de atención de más de una vez a la semana si se requiere
DESDE-LTC 2.0	**Descripción códigos adicionales**
d	Una letra "d" minúscula indica que el dispositivo realiza actividad ambulatoria móvil pero que esta no supera el 20% de la actividad global
j	Una letra minúscula "j" se utiliza para describir dispositivos que ofrecen atención de Salud Mental (R,D,O,A,I) a población reclusa

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existen en el Territorio 20 centros de Salud Mental para personas mayores de 18 años (A0) con problemas de salud mental, donde se ofrece Atención Ambulatoria para casos no agudos donde el paciente es atendido varias veces a la semana en caso de necesitarlo (O8.1). Los centros de Salud Mental de Uribe, Ortuella y Santurtzi ofrecen además programas específicos para atención de pacientes con problemas de la conducta alimentaria (f50). Los Módulos de Asistencia Psicosocial (M.A.P.S) de Cruces y Rekalde son centros de Atención Ambulatoria que conservan ese nombre por motivos históricos, el M.A.P.S de Cruces será absorbido por el CSM de Barakaldo en 2013 y cesará su actividad. El M.A.PS de Rekalde realiza cierta atención móvil domiciliaria (d) y asesoría jurídica en centros y juzgados (j). La mayoría de los centros de Salud Mental tienen programas de diagnóstico y tratamiento de alcohol y drogodependencias.

Centros de Salud Mental	Población	Código	Programa	Municipio
Centro de Salud Mental Derio	AO-[MD]	O8.1		Derio
Centro de Salud Mental Erandio	AO-[MD]	O8.1		Erandio
Centro de Salud Mental de URIBE	AO-[MD]	O8.1	ax-[f50]-o8.1	Getxo (Algorta)
Centro de Salud Mental Julian de Ajuriaguerra	AO-[MD]	O8.1		Bilbao
Centro de Salud Mental Barakaldo	AO-[MD]	O8.1		Barakaldo
Centro de Salud Mental de Basauri	AO-[MD]	O8.1		Basauri
Centro de Salud Mental de Bermeo	AO-[MD]	O8.1		Bermeo
Centro de Salud Mental Bombero Etxaniz	AO-[MD]	O8.1		Bilbao
Centro de Salud Mental de Durango	AO-[MD]	O8.1		Durango
Centro de Salud Mental Ercilla	AO-[MD]	O8.1		Bilbao
Centro de Salud Mental de Galdakao	AO-[MD]	O8.1		Galdakao
Centro de Salud Mental de Gernika	AO-[MD]	O8.1		Gernika
Centro de Salud Mental Herribitarte-Portugalete	AO-[MD]	O8.1		Santurtzi
Centro de Salud Mental Ortuella	AO-[MD]	O8.1	ax-[f50]-o8.1	Ortuella
Centro de Salud Mental Otxarkoaga	AO-[MD]	O8.1		Bilbao
Centro de Salud Mental Santurtzi	AO-[MD]	O8.1	ax-[f50]-o8.1	Santurtzi
Centro de Salud Mental Sestao	AO-[MD]	O8.1		Sestao
Centro de Salud Mental Zalla	AO-[MD]	O8.1		Zalla
M.A.P.S. Cruces	AO-[MD]	O8.1		Barakaldo
M.A.P.S. Rekalde	AO-[MD]	O8.1dj		Bilbao

Fuente: Red de salud mental de Bizkaia, 2012

Profesionales

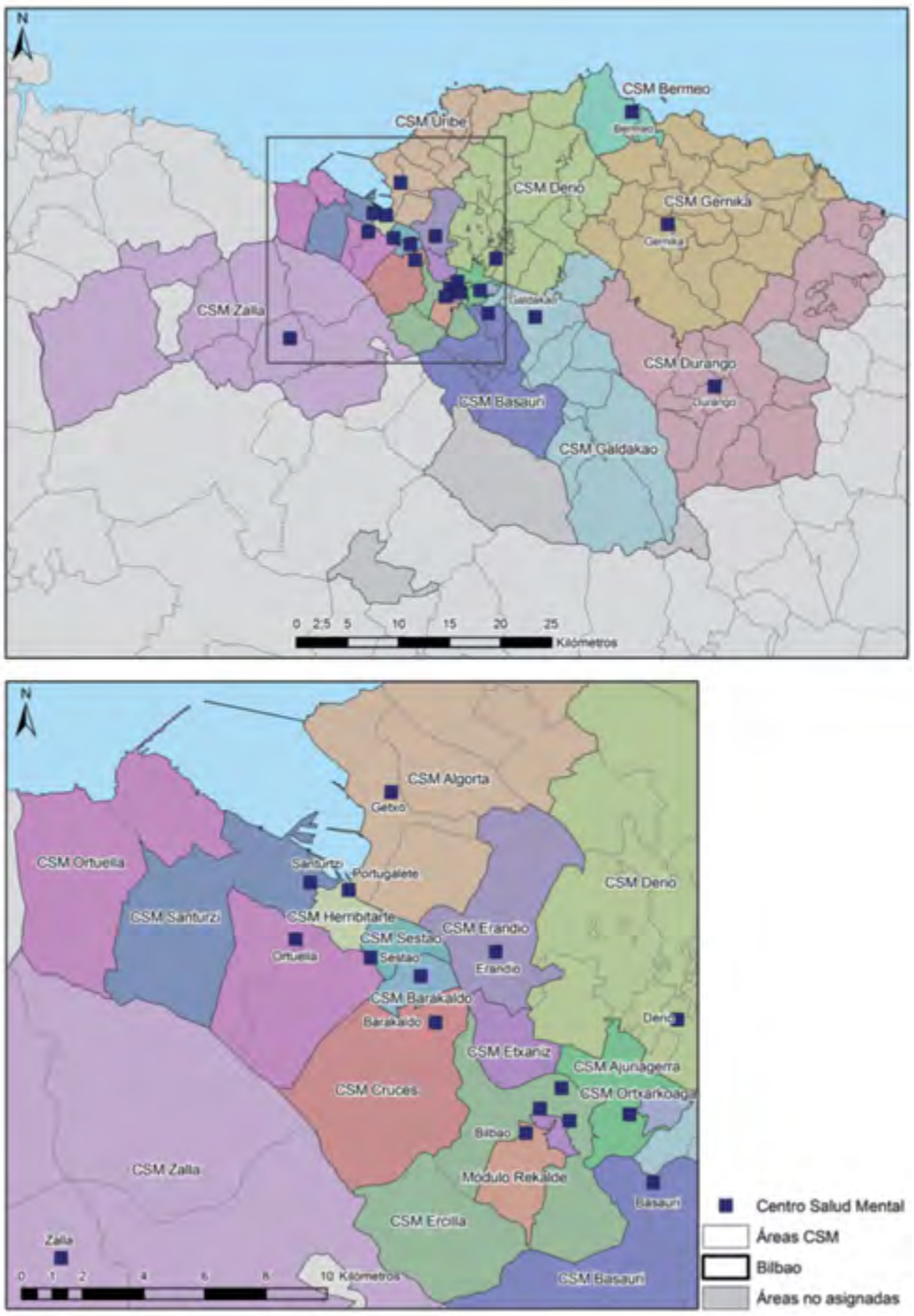
El equipo de profesionales que conforma la Atención Ambulatoria de los centros de Salud Mental en Bizkaia según jornadas laborales de 35 horas lo componen 65 psiquiatras, 24 psicólogos clínicos, 31 enfermeros, 1 auxiliar de enfermería, 18 trabajadores sociales, 24 administrativos, 1 médico generalista y 6 profesionales de mantenimiento, limpieza, celadores etc.

	Profesionales estandarizados (35horas semanales)							
Centros de Salud Mental	**PSIQ**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ADM**	**ME**	**OT**
Centro de Salud Mental Derio	1,5		1			1		
Centro de Salud Mental Erandio	1,4		1			1		
Centro de Salud Mental de Uribe	7,5	2,5	4		1	2		1
Centro de Salud Mental Julian de Ajuriaguerra	5,8	1	2		2	2		2
Centro de Salud Mental Barakaldo	5	1	1		1	2		
Centro de Salud Mental de Basauri	4,5	1	2		2	1		
Centro de Salud Mental de Bermeo	1	2	1		0,5	1		
Centro de Salud Mental Bombero Etxaniz	5	1	2		1	2		
Centro de Salud Mental de Durango	4	2	3		1	1		
Centro de Salud Mental Ercilla	5	1	1		2	2		1
Centro de Salud Mental de Galdakao	2	1	1			1		
Centro de Salud Mental de Gernika	2	1	1		0,5	1		
Centro de Salud Mental Herribitarte-Portugalete	3,8	1	2		1	1		
Centro de Salud Mental Ortuella	3,8	1,4	1		1	1		1
Centro de Salud Mental Otxarkoaga	2,2		2		1	1		
Centro de Salud Mental Santurtzi	2,9	2	2		2	1		1
Centro de Salud Mental Sestao	2,5	1	2		1	1		
Centro de Salud Mental Zalla	2	0,4	1			1		
M.A.P.S. Cruces	1	1						
M.A.P.S. Rekalde	1,29	3	1	1	1	1	1	
Total	**64,2**	**23,3**	**31**	**1**	**18**	**24**	**1**	**6**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliar de Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **ADM:** Administrativo, **ME:** Médico de Familia, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 26. Centros de Salud Mental de Adultos del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

10. Primeros Episodios Psicóticos

a. Unidad de Tratamiento Intensivo de la Psicosis. Hospital de Día UTIP

Definición en el territorio de análisis

Hospital de Día para los pacientes del programa de atención de Primeros Episodios Psicóticos no estabilizados, con escasa adherencia al tratamiento, con deterioro inicial, etc. Es un Hospital de Día de alta rotación y estancias cortas. *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D1.1	Dispositivo de Atención de Día aguda no episódica de alta intensidad (admiten en 72 horas)
h	Dispositivos que describen atención no residencial ("O","D") proporcionada en una meso-organización registrada como "hospital".

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia cuenta con una unidad de día para detección y tratamiento temprano de la psicosis donde se atiende a pacientes en fase aguda y no aguda de la enfermedad y proporciona asesoramiento a las familias. Es gestionado por el Hospital Universitario de Basurto y está ubicado en sus dependencias, pero atiende a pacientes de todo el Territorio de Bizkaia.

Unidad de Tratamiento Intensivo de la Psicosis	Población	Código 1	Municipio
Hospital de Día UTIP	AX-[F20-31]	D1.1h	Bilbao

Plazas

La Unidad e Tratamiento Intensivo de la Psicosis (UTIP) cuenta con 15 plazas para atención de todo el Territorio, una tasa por 100 mil habitantes de 1.89 plazas.

Unidad de Tratamiento Intensivo de la Psicosis	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Plazas x100m hab
Total	789.691	AX-[F20-31] D1.1h	**15**	**1,89**

Profesionales

El equipo de profesionales es global para la UTIP y para los Equipos de primeros episodios psicóticos y lo compone, según jornadas de 35 horas semanales, aproximadamente 5 psiquiatras, 3 psicólogos clínicos, 3 enfermeros, 2 trabajadores sociales y 3 administrativos.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)				
Unidad de Tratamiento Intensivo de la Psicosis	**PSIQ**	**PCL**	**DUE**	**TS**	**ADM**
Hospital de Día UTIP	0,5	0,5	0,5		
Total	**4,2**	**2,2**	**2,3**	**2**	**3**

PSIQ: Psiquiatras, PCL: Psicólogo Clínico, DUE: Diplomados Universitarios en Enfermería, TS: Trabajadores Sociales, ADM: Administrativo.

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012

b. Equipo de Primeros Episodios Psicóticos

Definición en el territorio de análisis

Equipo multidisciplinar de profesionales que realiza una detección y asistencia precoz de la psicosis, garantizando un acceso fácil y rápido de los pacientes. Tiene como objetivo promover una pronta recuperación psicopatológica y funcional, disminuir el número de recaídas y garantizar a los pacientes y a sus familias el tratamiento óptimo y específico durante los primeros 5 años de enfermedad *(Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012)*.

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
O8.1	Dispositivo de Atención Ambulatoria continuada no móvil con frecuencia de atención de más de una vez a la semana si se requiere
h	Dispositivos que describen atención no residencial ("O","D") proporcionada en una meso-organización registrada como "hospital".

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia cuenta con cuatro equipos de primeros episodios psicóticos, Lehenak, que ofrecen Atención Ambulatoria de alta frecuencia (O8.1). La comarca de Ezkerraldea es atendida por el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces.

Equipos de Primeros Episodios Psicóticos	Población	Código 1	Código 2	Municipio
LEHENAK-Interior	AX-[F20-31]	O8.1		Basauri
LEHENAK-Bilbao	AX-[F20-31]	O8.1		Bilbao
LEHENAK-Uribe	AX-[F20-31]	O8.1		Getxo
LEHENAK-Ezkerraldea (Cuces)	AX-[F20-31]	O8.1h		Ezkerraldea

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012

Profesionales

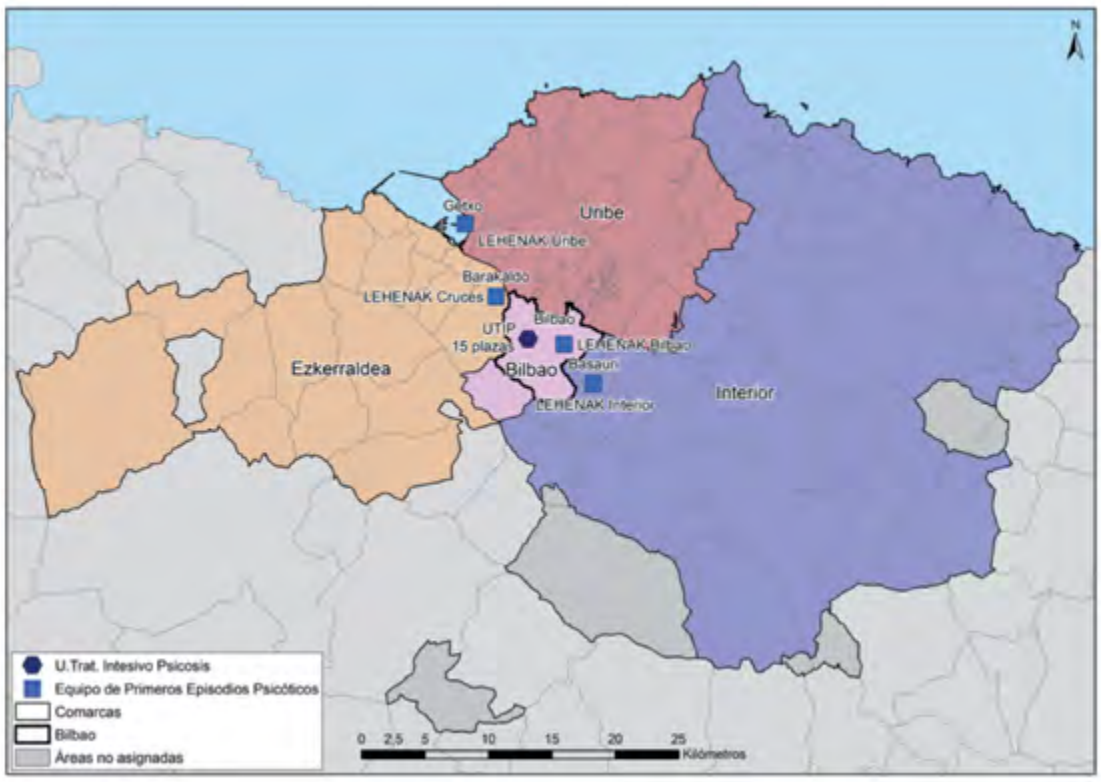
El equipo de profesionales es global para la UTIP y para los Equipos de primeros episodios psicóticos y lo compone, según jornadas de 35 horas semanales, aproximadamente 5 psiquiatras, 3 psicólogos clínicos, 3 enfermeros, 2 trabajadores sociales y 3 administrativos.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)				
Equipos de Primeros Episodios Psicóticos	**PSIQ**	**PCL**	**DUE**	**TS**	**ADM**
LEHENAK-Interior	1	0,5	0,5	0,5	1
LEHENAK-Bilbao	1	0,5	0,5	0,5	1
LEHENAK-Uribe	1	0,5	0,5	0,5	1
LEHENAK-Ezkerraldea (Cuces)	0,70	0,2	0,3	0,5	
Total	**4,2**	**2,2**	**2,3**	**2**	**3**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **ADM:** Administrativo.

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 27. Dispositivos de atención a episodios psicóticos del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

11. Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

Definición en el territorio de análisis

Los equipos de TAC son dispositivos asistenciales asignados al proceso asistencial de Trastorno Mental Grave que están integrados dentro del conjunto de recursos comarcales intermedios y de atención comunitaria (Hospitales de Día y Equipos de TAC), en coordinación con los centros de salud mental y las unidades hospitalarias de referencia. Existe un TAC por comarca, y se componen de grupos multidisciplinares de profesionales que atienden del orden de 30-40 pacientes *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
02.1	Dispositivo de Atención Ambulatoria móvil de urgencia con horarios delimitados de tiempo

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia cuenta con cinco equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) que atienden las cuatro comarcas, Interior, Ezkerraldea, Bilbao y Uribe. Existe otro equipo de TAC adicional que atiende a personas sin hogar que padecen trastorno mental grave. Su ámbito de atención es exclusivamente el municipio de Bilbao. Son equipos móviles de Atención Ambulatoria aguda que atienden en horarios específicos (02.1).

Tratamiento Asertivo Comunitario	Población	Código 1	Municipio
TAC de Comarca interior	AX-[F20-29]	02.1	Basauri
TAC Ezkerraldea	AX-[F20-29]	02.1	Barakaldo
TAC Bilbao	AX-[F20-29]	02.1	Bilbao
TAC Uribe	AX-[F20-29]	02.1	Getxo
TAC Sin Hogar Bilbao	AX-[F20-29]	02.1	Bilbao

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012

Profesionales

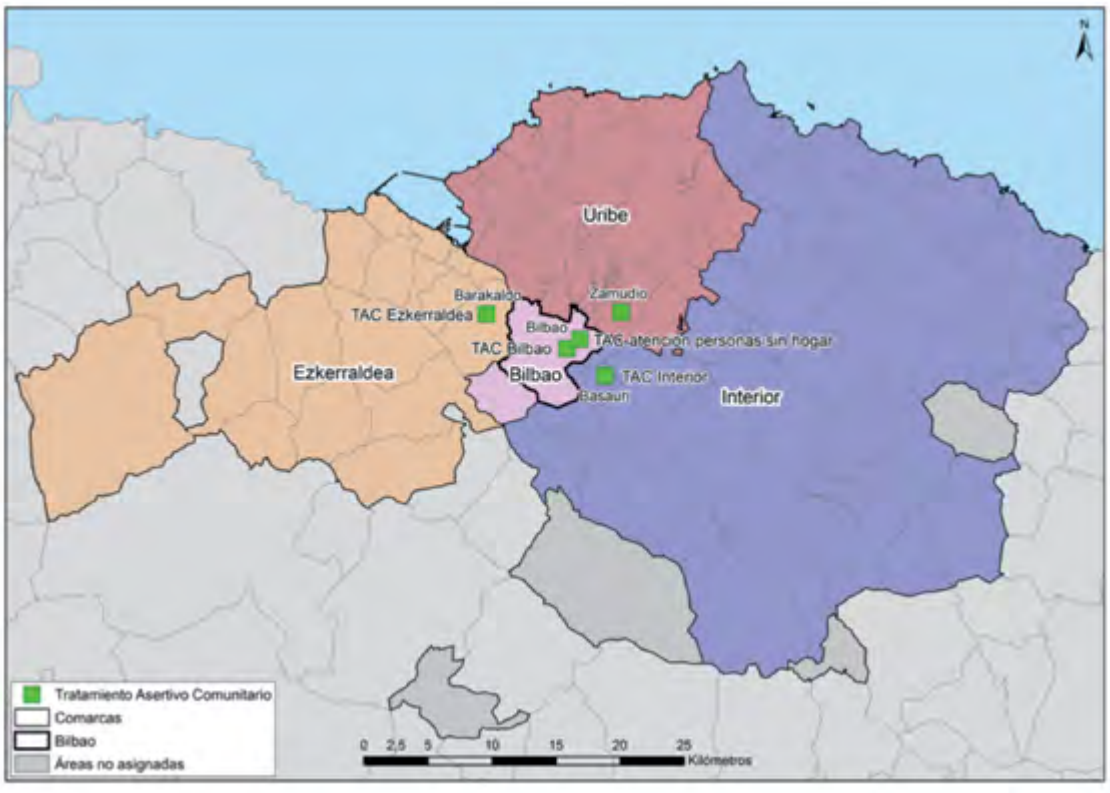
El equipo de profesionales asignado a los Equipos TAC estandarizado a semanas laborales de 35 horas lo componen 3 psiquiatras, 5 enfermeros, 4 auxiliares de enfermería, 2 trabajadores sociales y 2 administrativos.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)				
Tratamiento Asertivo Comunitario	**PSIQ**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ADM**
TAC de Comarca interior	0,5	1	1	0,48	
TAC Ezkerraldea	0,5	1	1	0,48	1
TAC Bilbao	0,5	1	1		
TAC Uribe	0,5	1	1	0,48	1
TAC Sin Hogar Bilbao	0,6	0,5			
Total	**2,6**	**4,5**	**4**	**1,44**	**2**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **ADM:** Administrativo.

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 28. Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

■ Población Infanto-Juvenil

1. Unidad de Hospitalaria Residencial

Definición en el territorio de análisis

Es un dispositivo hospitalario para niños y adolescentes hasta los 17 años que ingresan por problemas de Salud Mental. Este dispositivo está normalmente disponible para varios pacientes al mismo tiempo, con periodos de estancia de corta duración, para la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas (Salvador-Carulla et al., 2011).

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R2	Dispositivo de atención residencial hospitalaria de agudos con apoyo médico 24 horas de intensidad media

Listado de recursos disponibles de este tipo

El Hospital Universitario de Basurto cuenta con una unidad específica para atención de casos psiquiátricos agudos (R2) de niños y adolescentes (CX) que atiende a la población de todo el Territorio.

Unidad Hospitalaria Residencial Infanto-Juvenil	Población	Código 1	Municipio
U. Hospitalización Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatria del Hospital Universitario de Basurto	CX-[MD]	R2	Bilbao

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Camas disponibles

El Hospital Universitario de Basurto cuenta con 8 camas específicas para atención psiquiátrica infanto-juvenil. La tasa por 100 mil habitantes es de 4.58 camas.

Unidad Hospitalaria Residencial Infanto – Juvenil	Pobl <18 a	Código global	Camas	Camas x100m hab
U. Hospitalización Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatria del Hospital Universitario de Basurto	174.304	CX-[MD]-R2	8	4.58
Total			**8**	**4.58**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

La unidad de agudos infanto-juvenil cuenta con personal propio formado por 1 psiquiatra, 6 enfermeros y 7 auxiliares de enfermería, comparte personal de administración y gestión con el resto del hospital.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)		
U. Hospitalaria Residencial infanto-juvenil	**PSIQ**	**DUE**	**AE**
U. Hospitalización Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatria del Hospital Universitario de Basurto	1	6	7
Total	**1**	**6**	**7**
PSIQ: Psiquiatras, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliares de Enfermería.			

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

2. Centro Educativo-Terapéutico

Definición en el territorio de análisis

Es una entidad compartida al 50% por el Departamento de Educación del Gobierno Vasco y el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Ofrece atención en el entorno escolar a los alumnos con problemas graves de Salud Mental. Para la inclusión en el programa es imprescindible el diagnóstico psiquiátrico previo por parte de los profesionales de SM de Osakidetza. *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D4.2	Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la educación

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia cuenta con el Centro Educativo Terapéutico de Ortuella que se compone de dos unidades de atención donde se realizan actividades educativas y terapéuticas, (D4.2), con población infanto-juvenil (CX) en el ámbito escolar.

Centro Educativo	Población	Código 1	Municipio
Centro Educativo Terapéutico	CX-[MD]	D4.2	Ortuella

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Plazas disponibles

Las disponibilidad para todo el centro es de 20 plazas, una tasa de 11.47 plazas por cada 100 mil habitantes.

Centro Educativo	Pobl <18 a	Código global	Camas	Plazas x100m hab
Centro Educativo Terapéutico	174.303	CX-[MD]-D4.2	20	11.47
Total			**20**	**11.47**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

El equipo profesional se reparte de forma equitativa entre las dos unidades del centro y se compone de 2 psiquiatras, 2 psicólogos clínicos, 2 enfermeros y 2 profesores de pedagogía terapéutica, 1 profesor de educación física y otros profesionales entre los que se encuentran 2 maestros de taller, 4 auxiliares de apoyo educativo y personal de administración y cocina.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)					
Centro Educativo	**PSIQ**	**PCL**	**DUE**	**PED**	**EF**	**OT**
Centro Educativo Terapéutico	2	2	2	2	1	7
Total	**2**	**2**	**2**	**2**	**1**	**7**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **PED:** Pedagogo, **PROF:** Profesor.

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

3. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil)

Definición en el territorio de análisis

Son los dispositivos básicos de la red de atención especializada de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia. Ofrecen una atención de tipo ambulatoria a niños y adolescentes con enfermedad mental derivados por los equipos de atención primaria o desde dispositivos hospitalarios. También ofrecen atención a las urgencias psiquiátricas durante su horario de apertura *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
O8.1	Dispositivo de Atención Ambulatoria continuada (no crisis), no móvil con frecuencia de atención de más de una vez a la semana si se requiere

Listado de recursos disponibles de este tipo

En Bizkaia la Atención Ambulatoria infanto-juvenil la cubren seis centros de Salud Mental donde se ofrece atención de alta frecuencia (O8.1). Las unidades de Uribe, Ercilla y Galdakao cuentan con programas comarcales de atención al trastorno mental grave en niños y adolescentes. El M.A.P.S Haurrentzat mantiene además un programa de prevención con niños menores de 5 años, realizados en los centros de salud de atención primaria de Zorroza-Alonsótegui, Bombero Etxaniz y en el centro de Salud de Rekalde.

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil	Población	Código 1	Municipio
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Uribe	CX-[MD]	O8.1	Getxo
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Barakaldo	CX-[MD]	O8.1	Barakaldo
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil Ercilla	CX-[MD]	O8.1	Bilbao
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Galdakao	CX-[MD]	O8.1	Galdakao
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Herribitarte /Portugalete	CX-[MD]	O8.1	Santurtzi
M.A.P.S Infanto-Juvenil Julian de Ajuriaguerra (Haurrentzat)	CX-[MD]	O8.1	Bilbao

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Profesionales

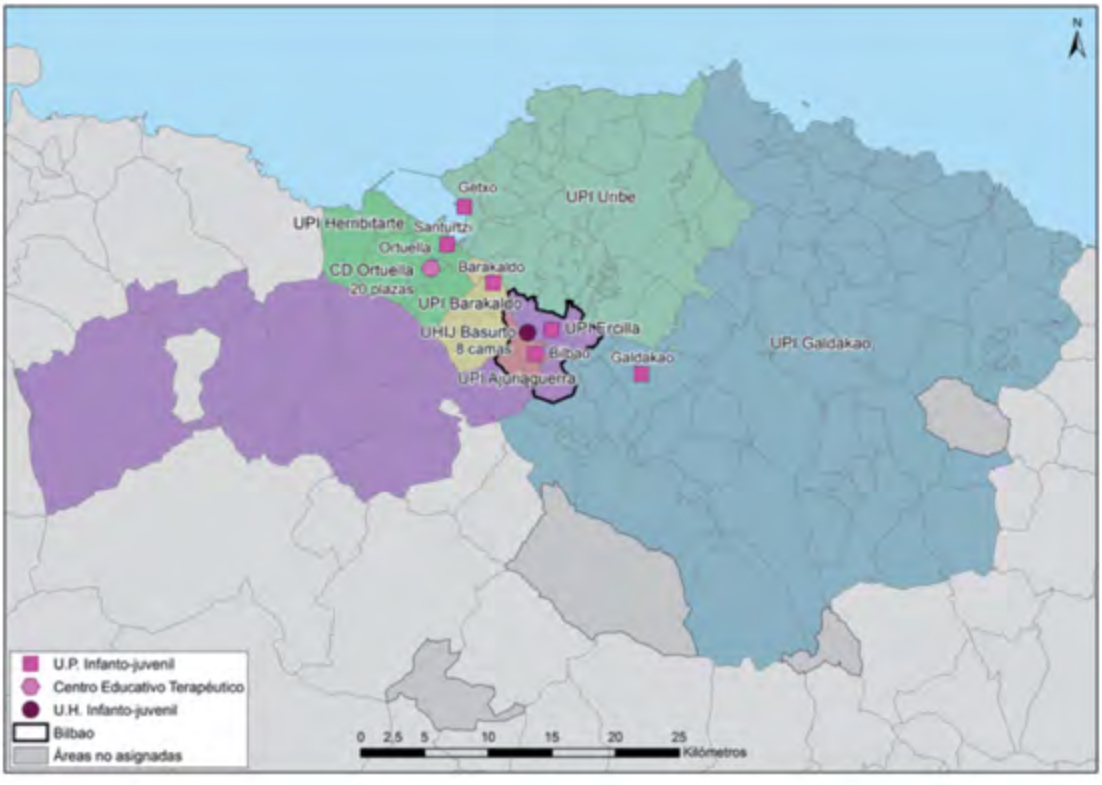
La Atención Ambulatoria infanto-juvenil la cubre un equipo de profesionales con jornadas de 35 horas semanales compuesto aproximadamente por 17 psiquiatras, 13 psicólogos clínicos, 1 auxiliar de enfermería, 5 trabajadores sociales, 6 administrativos y 1 celador.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)				
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil	**PSIQ**	**PCL**	**TS**	**ADM**	**OT**
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Uribe	5,5	2	1	1	
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Barakaldo	1	1	1		
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil Ercilla	3,5	3,5	1	1	
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Galdakao	5	2	1	2	
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Herribitarte /Portugalete	2	2	1	1	
M.A.P.S Infanto-Juvenil Julian de Ajuriaguerra (Haurrentzat)	0,17	2,25		1	0,71
Total	**17,2**	**12,75**	**5**	**6**	**0,71**

PSIQ: Psiquiatras, **PCL:** Psicólogo Clínico, **AE:** Auxiliares de Enfermería; **TS:** Trabajadores Sociales , **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Mapa 29. Dispositivos sanitarios de atención infanto-juvenil del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013

Recursos Mixtos Socio-Sanitarios

■ Población Adulta

1. Mini-Residencias

Definición en el territorio de análisis

Son recursos de alojamiento indefinido para personas que padecen trastornos mentales graves y dificultades importantes de funcionamiento psicosocial, con autonomía insuficiente para su integración en recursos de alojamiento más normalizados (como pisos tuteados). En muchas ocasiones suponen una alternativa a la hospitalización prolongada residencial. Están destinados a personas adultas de edad inferior a los 60 años (no candidatos a residencias normalizadas de personas mayores) *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R11	Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) con apoyo No médico 24 horas por un periodo de tiempo indefinido

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existen en el territorio tres residencias para adultos (AX) con problemas de Salud Mental de estancia indefinida donde reciben atención no médica 24 horas al día (R11).

Mini-Residencias	Población	Código 1	Municipio
Residencia Zurimendi (Argia)	AX-[MD]	R11	Galdames
Piso Alta Intensidad Iruminetxe (Bizitegi)	AX-[MD]	R11	Bilbao
Residencia Oizpe	AX-[MD]	R11	Munitibar

Fuente: Argia y Bizitegi, 2012.

Camas disponibles

La disponibilidad para este tipo de atención es de 50 camas, la tasa por 100 mil habitantes teniendo en cuenta las distintas poblaciones a las que atiende cada dispositivo es de 4.82 camas.

Mini-Residencias	Pobl ≥18 a	Código global	Camas	Camas x100m hab
Residencia Zurimendi (Argia)		AX-[MD]-R11	18	
Piso Alta Intensidad Iruminetxe (Bizitegi)		AX-[MD]-R11	7	
Residencia Oizpe		AX-[MD]-R11	25	
Total	**1.037.082**		**50**	**4.82**

Fuente: Argia y Bizitegi, 2012

Profesionales

Los profesionales que atienden en las residencias de Salud Mental para adultos según jornadas de 35 horas semanales son 1 psiquiatra, 2 psicólogos, 1 psicólogo clínico, 2 enfermeros, 14 auxiliares de enfermería, 1 médico, 2 trabajadores sociales, 1 fisioterapeuta, 15 educadores, 4 cuidadores (dos de ellos técnicos sociolaborales), 4 administrativos y 8 profesionales de otro tipo entre los que se encuentran 2 directores.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)											
Mini-Residencias	**PSIQ**	**PSIC**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**ME**	**TS**	**FI**	**ED**	**CUID**	**ADM**	**OT**
Residencia Zurimendi (Argia)	0,29	0,23	0,46	0,34			1,14		10,97		2,85	4,56
Piso Alta Intensidad Iruminetxe (Bizitegi)		0,08	0,06	0,18			0,06		2,92	3,42	0,26	**2,55**
Residencia Oizpe	0,45	0,88		1	14,05	0,45	0,65	0,45	0,54	1,42	0,45	2,74
Total	**0,74**	**1,19**	**0,52**	**1,52**	**14,05**	**0,45**	**1,85**	**0,45**	**14,43**	**4,42**	**3,56**	**8,19**

PSIQ: Psiquiatras, PSIC: Psicólogos, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **ED:** Educador, **CUID:** Cuidador, **DIR:** Director, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Argia y Bizitegi, 2012.

2. Pisos Tutelados Sociosanitarios

Definición en el territorio de análisis

Son recursos residenciales comunitarios organizados en pisos normales insertos en el entorno social en los que conviven personas con trastorno mental grave. Pisos compartidos entre varios usuarios con distintos grados de supervisión profesional que ofrecen un apoyo flexible, individualizado y continuado a las personas que en ellos habitan. El grado de supervisión es variable, en función de las necesidades de los residentes del piso y de la etapa del proceso de adecuación y de funcionalidad de los mismos. Respecto a la organización interna del piso, se promueve la autogestión del grupo de personas que en él residan y se pretende mantener un ambiente familiar y lo más normalizado posible *(Fuente: IMSERSO, 2007)*.

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R11	Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) con apoyo No médico 24 horas por un periodo de tiempo indefinido
R12	Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) de estancia indefinida y apoyo diurno

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existen en Bizkaia 53 pisos supervisados para población adulta, 25 pertenecientes a la Fundación Argia, 14 a la Asociación Bizitegi, 2 de la Residencia Alegría y 13 de la Asociación AVIFES. Todos los pisos, excepto los de la Residencia Alegría, ofrecen atención residencial de estancia indefinida y apoyo diurno (R12); los pisos de la Residencia Alegría ofrecen atención residencial de estancia ilimitada y apoyo 24 horas (R11).

Pisos Tutelados Sociosanitarios	Población	Código 1	Municipio
7 Pisos Tutelados Bilbao (Argia)	AX-[MD]	R12	Bilbao
6 Pisos Tutelados Bilbao (Argia)	AX-[MD]	R12	Bilbao
3 Pisos Tutelados Erandio (Argia)	AX-[MD]	R12	Erandio
2 Pisos Tutelados Getxo-Las Arenas (Argia)	AX-[MD]	R12	Getxo-Las Arenas
6 Pisos Tutelados Barakaldo (Argia)	AX-[MD]	R12	Barakaldo
14 Pisos Protegidos (Bizitegi)	AX-[MD]	R12	Bilbao
Pisos Residencia Alegría 1	AX-[MD]	R11	Muskiz
Pisos Residencia Alegría 2	AX-[MD]	R11	Muskiz
Piso AVIFES 1	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 2	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 3	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 4	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 5	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 6	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 7	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 8	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 9	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso AVIFES 10	AX-[MD]	R12	Leioa
Piso AVIFES 11	AX-[MD]	R12	Leioa
Piso AVIFES 12	AX-[MD]	R12	Santurtzi
Piso AVIFES 13	AX-[MD]	R12	Santurtzi

Fuente: Argia, Bizitegi, Alegría y AVIFES, 2012.

Camas Disponibles

La disponibilidad de los pisos supervisados es de 222 camas, 211 para atención residencial diurna (R12) y 11 para atención residencial 24 horas (R11). La tasa por 100 mil habitantes es de 26.71 camas para R12 y de 1.39 para R11.

Pisos Tutelados Sociosanitarios	Pobl 18-64	Código global	Camas	Camas x100m hab
7 Pisos Tutelados Bilbao (Argia)		AX-[MD]-R12	35	
6 Pisos Tutelados Bilbao (Argia)		AX-[MD]-R12	29	
3 Pisos Tutelados Erandio (Argia)		AX-[MD]-R12	15	
2 Pisos Tutelados Getxo-Las Arenas (Argia)		AX-[MD]-R12	11	
6 Pisos Tutelados Barakaldo (Argia)		AX-[MD]-R12	29	
14 Pisos Protegidos (Bizitegi)		AX-[MD]-R12	42	
Pisos Residencia Alegría 1		AX-[MD]-R11	5	
Pisos Residencia Alegría 2		AX-[MD]-R11	6	
Piso AVIFES 1		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 2		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 3		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 4		AX-[MD]-R12	3	
Piso AVIFES 5		AX-[MD]-R12	3	
Piso AVIFES 6		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 7		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 8		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 9		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 10		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 11		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 12		AX-[MD]-R12	4	
Piso AVIFES 13		AX-[MD]-R12	4	
Total	**789.691**		**R12 – 211 R 11 – 11**	**R11 – 26.71 R12 – 1.39**

Fuente: Argia, Bizitegi, Alegría y AVIFES, 2012.

Profesionales

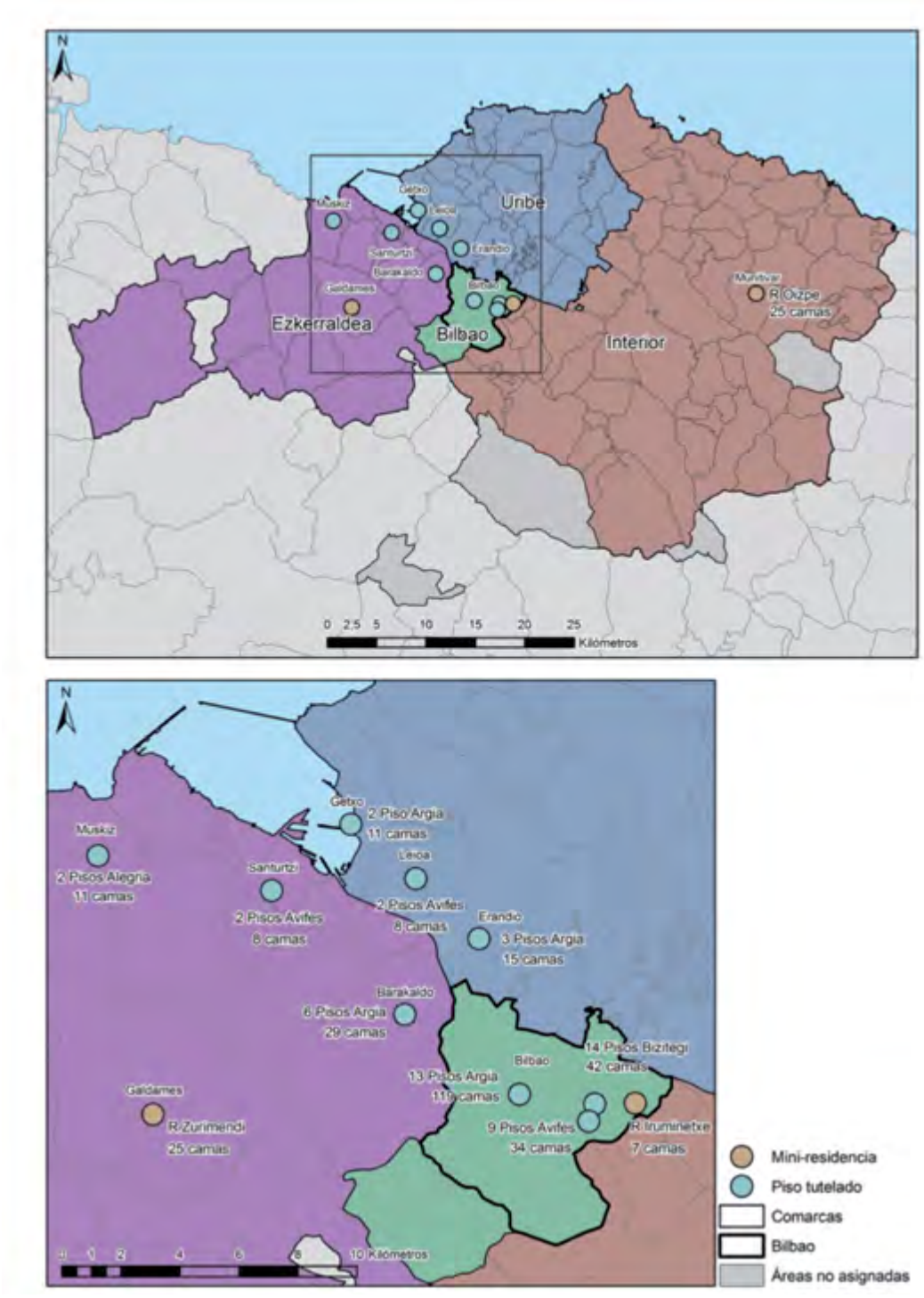
Los pisos supervisados cuentan con un equipo de recursos humanos compuesto por 1 psiquiatra, 2 psicólogos, 1 psicólogo clínico, 2 enfermeros, 3 auxiliares de enfermería, 1 trabajador social, 1 médico de familia, 1 terapeuta ocupacional, 22 educadores, 1 monitor, 4 administrativos y 24 profesionales de otro tipo entre los que se encuentran varios directores y voluntarios. El equipo se describe según jornadas laborales de 35 horas semanales.

	Profesionales estandarizados (35horas semanales)											
Pisos Tutelados Sociosanitarios	**PSIQ**	**PSIC**	**PCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ME**	**TO**	**ED**	**MO**	**ADM**	**OT**
7 PT Bilbao (Argia)									2,232		0,57	2,39
6 PT Bilbao (Argia)									2,232		0,57	2,39
3 PT Erandio (Argia)									2,232		0,57	2,39
2 PT Getxo-Las Arenas (Argia)									2,232		0,57	2,39
6 PT Barakaldo (Argia)									2,232		0,57	2,39
14 PT (Bizitegi)		0,492	0,36	1,17		0,363			5,00		0,40	7,21
P. Residencia Alegría 1		0,25	0,25	0,25	1,25		0,07	0,25		0,25		1,60
P. Residencia Alegría 2		0,25	0,25	0,25	1,25		0,07	0,25		0,25		1,60
Piso AVIFES 1	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 2	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 3	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 4	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 5	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 6	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 7	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 8	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 9	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 10	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 11	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 12	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Piso AVIFES 13	0,001	0,01				0,01			0,44		0,02	0,11
Total	**0,01**	**1,12**	**0,86**	**1,67**	**2,5**	**0,49**	**0,14**	**0,5**	**21,88**	**0,5**	**3,53**	**23,8**

PSIQ: Psiquiatría. **PSIC:** Psicólogo, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliares de Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **ME:** Médico de Familia, **TO:** Terapeutas Ocupacionales, **ED:** Educador, VOL: Voluntario, MO: Monitor, DIR: Director, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores,etc.).

Fuente: Argia, Bizitegi, Alegría y AVIFES, 2012.

Mapa 30. Mini-residencias y Pisos Tutelados Sociosanitarios del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

3. Hospitales de Día

Definición en el territorio de análisis

El Hospital de Día es el lugar idóneo para un grupo de pacientes que, sin tener una indicación de hospitalización a tiempo total, necesitan una atención intensiva. Es un recurso para prevenir recaídas, hacer de soporte para encajar y superar la crisis, ayudando a reiniciar satisfactoriamente la vida previa y si no es posible, a mantener la estabilidad clínica y potenciar la autonomía personal. Como dispositivo sanitario con un objetivo rehabilitador y de reinserción social es un recurso limitado en plazas y tiempo de permanencia.*(Salvador-Carulla et al., 2011)(Salvador-Carulla et al., 2011)(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D4.1	Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la salud

Listado de recursos disponibles de este tipo

El Hospital de Día de la Fundación Argia realiza Atención de Día estructurada no aguda para población adulta (AX).

Hospitales de Día	Población	Código 1	Municipio
Hospital de Dia (Argia)	AX-[MD]	D4.1	Bilbao

Fuente: Argia, 2012.

Plazas disponibles

El Hospital de Día de Argia dispone de 89 plazas y una tasa de 11.27 plazas por 100 mil habitantes.

Hospitales de Día	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Plazas x100m hab
Hospital de Dia (Argia)	789.691	AX-[MD]-D4.1	89	11.27
Total			**89**	**11.27**

Fuente: Argia, 2012.

Profesionales

El cuadro de profesionales con el que cuenta el hospital de día es 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 psicólogo clínico, 3 enfermeros, 3 trabajadores sociales, 7 educadores, 3 administrativos y 7 profesionales de mantenimiento, limpieza etc. Acorde a jornadas de 35 horas semanales.

	Profesionales estandarizados (35horas semanales)							
Hopital de Día	PSIQ	PSIC	PCL	DUE	TS	ED	ADM	OT
Hospital de Dia (Argia)	1,54	2,29	1,06	2.63	2,63	2,86	2.85	6,86
Total	**1,54**	**2,29**	**1,06**	**2,63**	**2,63**	**2,86**	**2,85**	**6,86**

PSIQ: Psiquiatras, **PSIC:** Psicólogo, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **ED:** Educador, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Argia, 2012.

4. Centros de Día Sociosanitarios

Definición en el territorio de análisis

Dispositivos especializados y específicos destinados a personas con trastorno mental grave, con necesidades de apoyo psicosocial y rehabilitación, donde se desarrollan durante todo el día:

Programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.

Servicios básicos de inclusión social y actividades de la vida diaria, pudiendo incluir actividades de soporte básico (como servicios de comedor).

Prevenir la claudicación familiar y la institucionalización, dado que a menudo se trata de usuarios con soporte comunitario muy frágil *(Fuente: IMSERSO, 2007).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D4.3	Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la cultura y el ocio

Listado de recursos disponibles de este tipo

Se encuentran en Bizkaia seis centros de día para adultos (AX) donde se realizan actividades relacionadas con la cultura y el ocio (D4.3).

Centros de Día Sociosanitarios	Población	Código 1	Municipio
Centro de Día Irumineta (Bizitegi)	AX-[MD]	D4.3	Bilbao
Centro de Día de Rehabilitación De Bilbao (Bizitegi)	AX-[MD]	D4.3	Bilbao
Centro de Día Rekalde (Bizitegi)	AX-[MD]	D4.3	Bilbao
Centro de Día Uribarri (Bizitegi)	AX-[MD]	D4.3	Bilbao
Centro de Día Zizeruene (Bizitegi)	AX-[MD]	D4.3	Bilbao
Centro de Día Sarrikue-Bilbao (Avifes)	AX-[MD]	D4.3	Bilbao
Centro de Día Amezola –Bilbao (Avifes)	AX-[MD]	D4.3	Bilbao
Comarca Bilbao			
Centro de Día Gernika (Avifes)	AX-[MD]	D4.3	Gernika
Comarca Interior			
Centro de Día Santurtzi (Avifes)	AX-[MD]	D4.3	Santurtzi
Centro de Día Zalla (Avifes)	AX-[MD]	D4.3	Zalla
Comarca Ezquerraldea			
Comarca Uribe			

Fuente: Bizitegi y AVIFES, 2012.

Plazas disponibles

Las plazas disponibles para este tipo de atención son 311, con una tasa por 100 mil habitantes de 39.38 plazas.

Centros de Día Sociosanitarios	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Plazas x100m hab
Centro de Día Irumineta (Bizitegi)		AX-[MD]-D4.3	30	
Centro de Día de Rehabilitación de Bilbao (Bizitegi)		AX-[MD]-D4.3	14	
Centro de Día Rekalde (Bizitegi)		AX-[MD]-D4.3	25	
Centro de Día Uribarri (Bizitegi)		AX-[MD]-D4.3	20	
Centro de Día Zizeruene (Bizitegi)		AX-[MD]-D4.3	24	
Centro de Día Sarrikue-Bilbao (Avifes)		AX-[MD]-D4.3	56	
Centro de Día Amezola–Bilbao (Avifes)		AX-[MD]-D4.3	44	
Centro de Día Gernika (Avifes)		AX-[MD]-D4.3	29	
Centro de Día Santurtzi (Avifes)		AX-[MD]-D4.3	43	
Centro de Día Zalla (Avifes)		AX-[MD]-D4.3	26	
Total	**789.691**		**311**	**39.38**

Fuente: Bizitegi y AVIFES, 2012

Profesionales

El equipo de profesionales que atiende los centros de día estandarizado según jornadas de 35 horas semanales es aproximadamente de 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 2 psicólogos clínicos, 2 enfermeros, 3 trabajadores sociales, 28 educadores, 2 administrativos y 8 profesionales de otras categorías entre los que se encuentran varios directores.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)							
Centros de Día Sociosanitarios	**PSIQ**	**PSIC**	**PCL**	**DUE**	**TS**	**ED**	**ADM**	**OT**
Centro de Día Irumineta (Bizitegi)			0,39	0,3	0,57	2,47	0,16	2,12
Centro de Día de Rehabilitación de Bilbao (Bizitegi)			0,22	0,14	0,27	1,92	0,12	1,7
Centro de Día Rekalde (Bizitegi)			0,43	0,52	0,45	2,94	0,2	2,31
Centro de Día Uribarri (Bizitegi)			0,41	0,25	0,25	2,14	0,16	0,83
Centro de Día Zizeruene (Bizitegi)			0,32	0,24	0,47	2,14	0,18	2,14
Centro de Día Sarrikue-Bilbao (Avifes)	0,03	0,16			0,14	4,29		0,15
Centro de Día Amezola –Bilbao (Avifes)	0,01	0,11			0,10	3,85	0,2	0,45
Comarca Bilbao	**0,04**	**0,27**	**1,77**	**1,45**	**2,25**	**19,75**	**1,02**	**9,7**
Centro de Día Gernika (Avifes)	0,11	0,08	0,11	0,05	0,18	2,67	0,13	0,31
Comarca Interior	**0,11**	**0,08**	**0,11**	**0,05**	**0,18**	**2,67**	**0,13**	**0,31**
Centro de Día Santurtzi (Avifes)	0,01	0,11			0,10	3,21	0,18	0,45

Centro de Día Zalla (Avifes)	0,01	0,07			0,06	2,27	0,13	0,93
Comarca Ezquerraldea	**0,02**	**0,18**			**0,16**	**5,48**	**0,31**	**1,38**
Comarca Uribe								
Total	**0,17**	**0,53**	**1,88**	**1,5**	**2,59**	**27,9**	**1,46**	**7,7**

PSIQ: Psiquiatras, **PSIC:** Psicólogo, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **DIR:** Director, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Bizitegi y AVIFES, 2012

■ Población Infanto-Juvenil

1. Centro Consultas

Definición en el territorio de análisis

El centro de consultas, mediante su equipo multidisciplinar atiende, de forma ambulatoria, a las familias que tienen algún miembro con un Trastorno del Espectro autista (TEA), o que ante la sospecha de padecerlo deciden acudir a consulta *(Fuente: www.APNABI.org)* .

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
08.1	Dispositivo de Atención Ambulatoria continuada (no crisis), no móvil con frecuencia de atención de varias veces a la semana cuando el paciente lo requiere

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existe en Bizkaia un centro de consultas para población infanto-juvenil (CX) que realiza Atención Ambulatoria de alta frecuencia (08.1) para la atención al espectro autista y con carácter sociosanitario.

Centro de Consultas Infanto-Juvenil	Población	Código 1	Municipio
Centro de Consultas (APNABI)	CX-[F84.0]	08.1	Bilbao

Fuente: APNABI, 2012

Profesionales

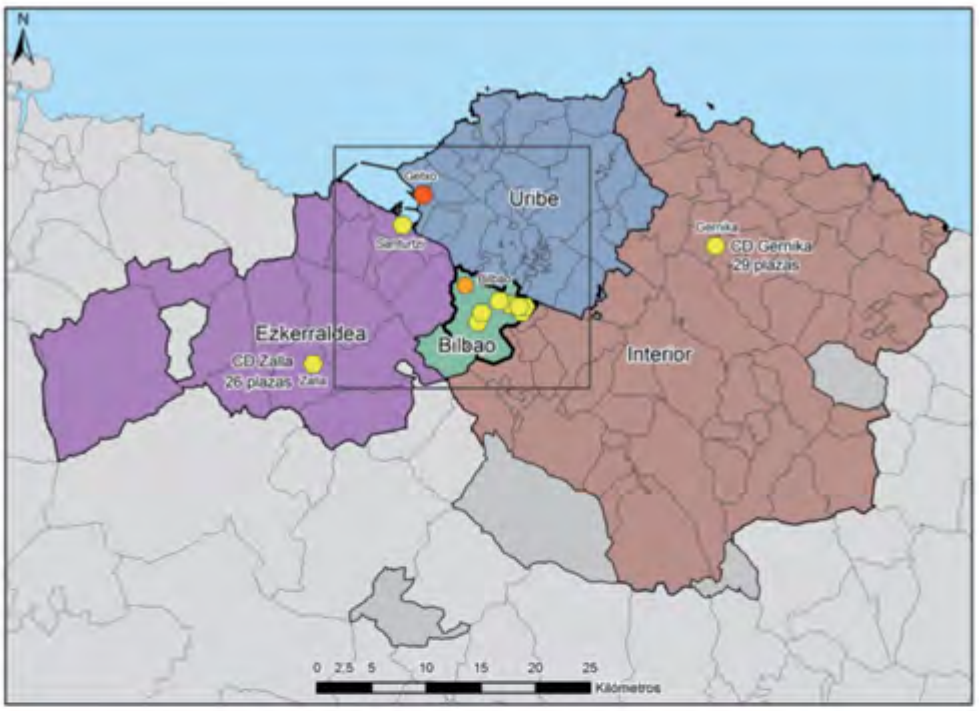
El equipo profesional que compone el centro de consultas según jornadas de 35 horas es 1 psiquiatra, 4 psicólogos, 4 psicólogos clínicos, 1 trabajador social, 4 pedagogos y otros profesionales de mantenimiento.

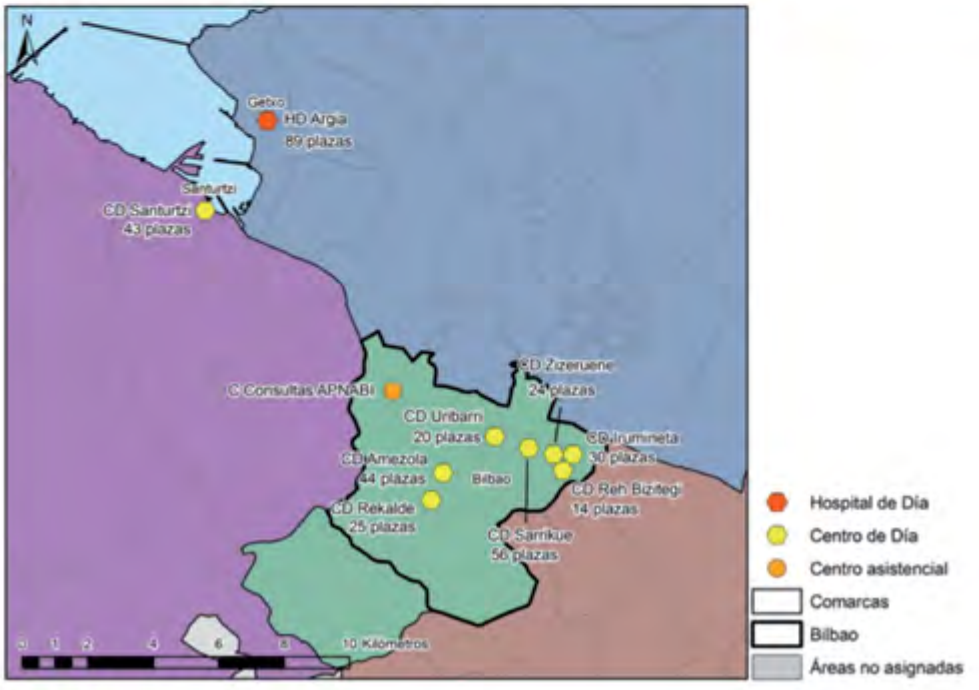
	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)					
Centro de Consultas Infanto-Juvenil	PSIQ	PSIC	PCL	TS	PED	OT
Centro de Consultas (APNABI)	0,34	3,57	3,66	1,14	3,86	1,14
Total	**0,34**	**3,57**	**3,66**	**1,14**	**3,86**	**1,14**

PSIQ: Psiquiatras, **PSIC:** Psicólogos, **PCL:** Psicólogo Clínico, **TS:** Trabajadores Sociales, **PED:** Pedagogo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: APNABI, 2012.

Mapa 31. Centros de Día Sociosanitarios y Centro Asistencial Infanto-juvenil del Territorio Histórico de Bizkaia





Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

Recursos de Servicios Sociales

■ Población Adulta

1. Centros de Día de Servicios Sociales

Definición en el territorio de análisis

Dispositivos especializados y específicos destinados a personas con trastorno mental grave, con necesidades de apoyo psicosocial y rehabilitación, donde se desarrollan durante todo el día:

- Programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.
- Servicios básicos de inclusión social y actividades de la vida diaria, pudiendo incluir actividades de soporte básico (como servicios de comedor).

Prevenir la claudicación familiar y la institucionalización, dado que a menudo se trata de usuarios con soporte comunitario muy frágil *(Fuente: IMSERSO, 2007).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D4.3	Dispositivo de Atención de Día estructurada de alta intensidad relacionada con la cultura y el ocio

Listado de recursos disponibles de este tipo

Se encuentran en Bizkaia dos centros de día para adultos (AX) financiados por Diputación Foral de Bizkaia, donde se realizan actividades relacionadas con la cultura y el ocio (D4.3).

Centros de Día Sociosanitarios	Población	Código	Municipio
Centro de Día Ortuella (AVIFES)	AX-[MD]	D4.3	Ortuella
Centro de Día Amorebieta (AVIFES)	AX-[MD]	D4.3	Amorebieta

Fuente: AVIFES, 2012.

Plazas disponibles

Las plazas disponibles para este tipo de atención son 39, la tasa por 100 mil habitantes es de 4.93 plazas.

Centros de Día Sociosanitarios	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Plazas x100m hab
Centro de Día Ortuella (AVIFES)		AX-[MD]-D4.3	17	
Centro de Día Amorebieta (AVIFES)		AX-[MD]-D4.3	22	
Total	**789.691**	AX-[MD]-D4.3	**39**	**4.93**

Fuente: AVIFES, 2012.

Profesionales

El equipo de profesionales que atiende los centros de día de servicios sociales estandarizado según jornadas de 35 horas semanales es aproximadamente de 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 4 educadores, 1 administrativo y 1 profesional de apoyo.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)					
Centros de Día Sociosanitarios	**PSIQ**	**PSIC**	**TS**	**ED**	**ADM**	**OT**
Centro de Día Ortuella (AVIFES)	0,004	0,04	0,04	2,14	0,07	0,18
Centro de Día Amorebieta (AVIFES)	0,01	0,06	0,05	1,71	0,1	0,25
Total	**0,014**	**0,1**	**0,09**	**3,85**	**0,17**	**0,43**

PSIQ: Psiquiatras, **PSIC:** Psicólogo, **PCL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **DIR:** Director, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: AVIFES, 2012.

2. Centro de Rehabilitación Sociolaboral

Definición en el territorio de análisis

Dispositivo de acogida y valoración de usuarios con trastorno mental, donde se ofrece formación pre-laboral preparatoria para integración en actividad ocupacional y apoyo psicológico *(Fuente: www.eragintza.org).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D7.1	Dispositivo de Atención de Día relacionada con el trabajo de baja intensidad y estancia limitada
I1.4	Dispositivo donde se ofrece guía y asesoramiento relacionados con el trabajo

Listado de recursos disponibles de este tipo

Bizkaia cuenta con un centro de rehabilitación sociolaboral privado subvencionado donde se realizan actividades de día relacionadas con el trabajo de baja intensidad por periodos definidos de tiempo (D7.1) y donde además se ofrece a los usuarios información y asesoramiento laboral (I1.4).

Centro de Rehabilitación Sociolaboral	Población	Código 1	Código 2	Municipio
Centro de Atención Sociolaboral (Eragintza)	AX-[MD]	D7.1	I1.4	Bilbao

Fuente: Eragintza, 2012

Plazas disponibles

No existe un número cerrado de plazas, no obstante la ocupación es aproximadamente de 240 usuarios que se reparten entre los distintos cursillos pre-laborales y demás actividades que se ofrecen en el centro.

Centro de Rehabilitación Sociolaboral	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Camas x100m hab
Centro de Atención Sociolaboral (Eragintza)	789.691	AX-[MD]-D7.1 I1.4		
Total				

Fuente: Eragintza, 2012

Profesionales

Los profesionales que cubren este tipo de atención según jornadas de 35 horas laborales son 3 psicólogos, 1 administrativo y 1 director.

	Profesionales estandarizados (35 horas semanales)		
Centro de Rehabilitación Sociolaboral	**PSI**	**ADM**	**OT**
Centro de Atención Sociolaboral (Eragintza)	3,42	1,14	1,14
Total	**2,71**	**1,14**	**1,14**
PSI: Psicólogo, ADM: Administrativo, OT: Otros (celadores etc.)			

Fuente: Eragintza, 2012

3. Centro Ocupacional

Definición en el territorio de análisis

Son dispositivos que se sirven del trabajo como medio o terapia principal para conseguir en las personas con trastorno mental un mejor ajuste psicosomático y la máxima adaptación al medio social en que viven. El producto del trabajo y los medios de organización, disciplina y técnicas apropiadas para obtenerlo son un objetivo esencial, aunque subordinado al anterior *(Fuente: www.eragintza.org)*.

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D3.2	Dispositivo de Atención de Día relacionada con el trabajo de alta intensidad y estancia indefinida

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existen en Bizkaia 5 centros ocupacionales pertenecientes a la Fundación Eragintza donde el usuario realiza actividades en talleres por periodos ilimitados de tiempo, independientemente de la duración un pedido o tarea (D3.2).

Centro Ocupacional	Población	Código	Municipio
Centro Ocupacional de Cableado (ERAGINTZA)	AX-[MD]	D3.2	Basauri
Centro Ocupacional de Encuadernación (ERAGINTZA)	AX-[MD]	D3.2	Alonsotegui
Centro Ocupacional de Hostelería (ERAGINTZA)	AX-[MD]	D3.2	Alonsotegui
Centro Ocupacional de Jardinería (ERAGINTZA)	AX-[MD]	D3.2	Basauri
Centro Ocupacional de Lavandería (ERAGINTZA)	AX-[MD]	D3.2	Arrigorriaga

Fuente: Eragintza, 2012.

Plazas Disponibles

La disponibilidad para este tipo de atención es de 83 plazas. La tasa por 100 mil habitantes es de 10.51 plazas.

Centro Ocupacional	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Plazas x100m hab
Centro Ocupacional de Cableado (ERAGINTZA)		AX-[MD]-D3.2	20	
Centro Ocupacional de Encuadernación (ERAGINTZA)		AX-[MD]-D3.2	15	
Centro Ocupacional de hostelería (ERAGINTZA)		AX-[MD]-D3.2	14	
Centro Ocupacional de jardinería (ERAGINTZA)		AX-[MD]-D3.2	24	
Centro Ocupacional de Lavandería (ERAGINTZA)		AX-[MD]-D3.2	10	
Total	**789.691**		**83**	**10.51**

Fuente: Eragintza, 2012.

Profesionales

Los centros ocupacionales de Eragintza cuentan con 9 monitores que realizan actividades de supervisión de taller y seguimiento del usuario.

	Profesionales estandarizados (35horas semanales)		
Centro Ocupacional	MO	ADM	OT
Centro Ocupacional de Cableado (ERAGINTZA)	0,85		
Centro Ocupacional de Encuadernación (ERAGINTZA)	1,85		
Centro Ocupacional de Hostelería (ERAGINTZA)	2,28		
Centro Ocupacional de Jardinería (ERAGINTZA)	2,14		
Centro Ocupacional de Lavandería (ERAGINTZA)	1,14		
Total	**8,26**		

MO: Monitor, **DIR:** Director, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Eragintza, 2012.

4. Centro Especial de Empleo

Definición en el territorio de análisis

Dispositivos cuyo objetivo principal es realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar el empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores con trastorno mental, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de usuarios al régimen de trabajo normal *(Fuente: www.eragintza.org)*.

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
D2.2	Dispositivo de día donde el usuario realiza un trabajo ordinario remunerado por lo menos con el 50% del valor real.

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existe en el territorio un centro especial de empleo para usuarios con diagnóstico de trastorno mental donde se realizan actividades por las que el sujeto es remunerado según lo estipulado legalmente para este tipo de discapacidad (D2.2)

Centro Especial de Empleo	Población	Código	Municipio
Centro Especial de Empleo LAVANINDU S.L. (ERAGINTZA)	AX-[MD]	D2.2	Arrigorriaga

Fuente: Eragintza, 2012.

Plazas disponibles

El centro especial de empleo cuenta con 56 plazas para actividad laboral de personas con trastorno mental, lo que supone una tasa de 0.70 plazas por 100 mil habitantes,

Centro Especial de Empleo	Pobl 18-64	Código global	Plazas	Camas x100m hab
Centro Especial de Empleo LAVANINDU S.L. (ERAGINTZA)	789.691	AX-[MD]-D2.2	56	0.70
Total				**0.70**

Fuente: Eragintza, 2012.

Profesionales

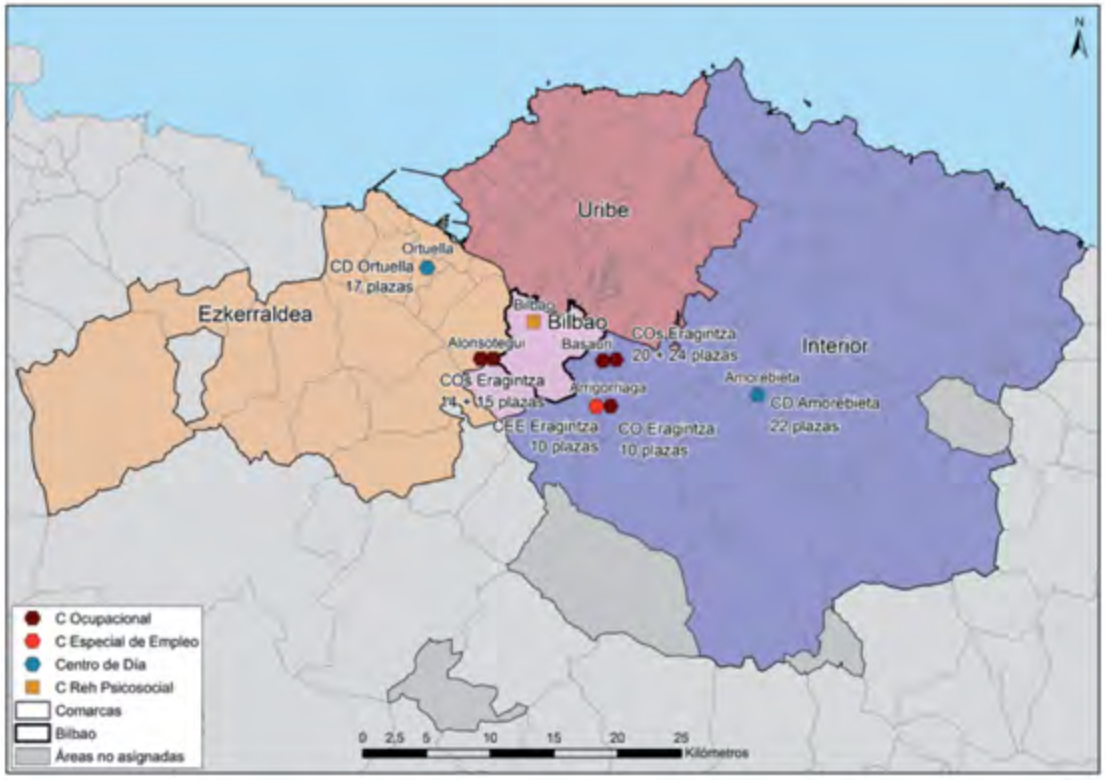
Los profesionales que cubren este tipo de atención según jornadas de 35 horas laborales son 3 monitores o profesionales de apoyo, 1 administrativo y 4 personales de otras categorías entre los que se encuentra un gerente.

	Profesionales estandarizados (35horas semanales)		
Centro Especial de Empleo	**MO**	**ADM**	**OT**
Centro Especial de Empleo LAVANINDU S.L. (ERAGINTZA)	2,71	1,14	3,42
Total	**2,71**	**1,14**	**3,42**

MO: Monitor, ADM: Administrativo, OT: Otros (celadores, etc.).

Fuente: Eragintza, 2012.

Mapa 32. Dispositivos de atención social a la Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

Recursos de Drogodependencias

■ Población Adulta

1. Servicios Residenciales Sociosanitarios

Definición en el territorio de análisis

Servicios residenciales que promueven la convivencia y una óptima calidad de vida a través de una atención de media intensidad y seguimiento del caso *(Fuente: http://www.bizitegi.org/drogodependencias/).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R12	Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) de estancia indefinida y apoyo diurno

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existen en el territorio dos pisos de estancia indefinida y apoyo diurno para atención a dorgodependencias y problemas de Salud Mental (R12).

Servicios Residenciales Sociosanitarios	Población	Código 1	Municipio
Piso Peñaskal (BIZITEGI)	AX-[MD]	R12	Bilbao
Piso Mina del Morro (BIZITEGI)	AX-[MD]	R12	Bilbao

Fuente: Bizitegi, 2012.

Camas Disponibles

Los pisos de Bizitegi cuentan con un total de 12 camas para este tipo de atención. La tasa por 100 mil habitantes es de 1.51 camas.

Servicios Residenciales Sociosanitarios	Pobl ≥18 a	Código global	Camas	Camas x100m hab
Piso Peñaskal (BIZITEGI)		AX-[MD]-R12	6	
Piso Mina del Morro (BIZITEGI)		AX-[MD]-R12	6	
Total	**789.691**		**12**	**1.51**

Fuente: Bizitegi, 2012.

Profesionales

Los profesionales que cubren este tipo de atención según jornadas de 35 horas laborales son 1 psicólogo, 1 enfermero, 1 trabajador social, 3 educadores, 1 administrativo, 1 celador y 1 director incluidos en otras categorías.

	Profesionales estandarizados (35horas semanales)						
Servicios Residenciales Sociosanitarios	**PSIC**	**DUE**	**TS**	**ED**	**DIR**	**ADM**	**OT**
Piso Peñaskal (BIZITEGI)	0,08	0,11	0,15	1,69	0,44	0,08	0,74
Piso Mina del Morro (BIZITEGI)	0,08	0,11	0,15	1,69	0,44	0,08	0,74
Total	**0,16**	**0,22**	**0,30**	**3,39**	**0,89**	**0,16**	**1,48**

PSIC: Psicólogo, DUE: Diplomados Universitarios en Enfermería, TS: Trabajadores Sociales, ED: Educador, DIR: Director, ADM: Administrativo, OT: Otros (celadores etc.)

Fuente: Bizitegi, 2012.

2. Centros de Salud Mental para Drogodependencias

Definición en el territorio de análisis

Ofrecen una atención de tipo ambulatoria a personas con enfermedad mental y/o adicciones derivadas por los equipos de atención primaria o desde centros de Salud Mental o desde dispositivos hospitalarios. También ofrecen atención a las urgencias y a pacientes en crisis durante su horario de apertura *(Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012).*

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
O8.1	Dispositivo de Atención Ambulatoria continuada (no crisis), no móvil con frecuencia de atención de más de una vez a la semana si se requiere

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existe en el territorio tres centros de Salud Mental específicos para atención a drogodependencias donde entre otras actividades existe un programa de prescripción y distribución de metadona.

CSM Drogodependencias	Población	Código 1	Municipio
Centro de Salud Mental Ajuriagerra Drogodependencias	AX-[F10-19]	O8.1	Bilbao
Centro de Salud Mental Barakaldo Drogodependencias	AX-[F10-19]	O8.1	Barakaldo
Centro de Salud Mental Novia Salcedo	AX-[F10-19]	O8.1	Bilbao

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

(Nota: Existen dos centros concertados en Bilbao de atención a drogodependencias, que no han sido descritos en el presente estudio: Módulo de San Ignacio y Auzolan)

Profesionales

Los profesionales que cubren este tipo de atención según jornadas de 35 horas laborales son 9 psiquiatras, 3 psicólogos, 4 enfermeros, 2 auxiliares de enfermería, 3 trabajadores sociales, 3 administrativo y 3 celadores.

CSM Drogodependencias	Profesionales estandarizados (35horas semanales)						
Servicios Residenciales Sociosanitarios	**PSIQ**	**PSI CL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ADM**	**OT**
Centro de Salud Mental Ajuriagerra Drogodependencias	2,8	0,8	1	1	1	1	1
Centro de Salud Mental Barakaldo Drogodependencias	2,8	1	2		1	1	1
Centro de Salud Mental Novia Salcedo	3	1	1	1	1	1	1
Total	**8,6**	**2,8**	**4**	**2**	**3**	**3**	**3**

PSIQ: Psiquiatra, **PSI CI:** Psicólogo Clinico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería,
AE: Auxiliares de Enfermería, **TS:** Trabajadores Sociales, **ADM:** Administrativo, **OT:** Otros (celadores. etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

3. Comunidad Terapéutica

Definición en el territorio de análisis

Recursos residenciales dirigidos a aquellas personas que requieren un distanciamiento de su entorno habitual para continuar el proceso de rehabilitación. Ofrece en un espacio de contención psicológica, donde un equipo multidisciplinar ofrece un modelo de tratamiento en etapas que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social basado en dinámicas grupales. La residencialidad se combina con las responsabilidades familiares y profesionales *(Fuente: www.gizakia.org, www.etorkintza.org)*.

Descripción estandarizada instrumento DESDE-LTC 2.0

DESDE-LTC 2.0	Descripción de códigos
R8.2	Dispositivo de atención residencial no hospitalaria continuada (no crisis) con apoyo no médico durante 24 horas por periodos limitados de tiempo superior a 4 semanas.

Listado de recursos disponibles de este tipo

Existe en el territorio tres Comunidades Terapéuticas para atención residencial de pacientes con patología dual por periodos definidos de tiempo superior a 1 mes con apoyo no médico 24 horas al día.

Comunidad Terapéutica	Población	Código 1	Municipio
Comunidad Terapéutica Manuene	AX-[MD]	R8.2	Larrabetzu
Comunidad Terapéutica Pual Enea (GIZAKIA)	AX-[MD]	R8.2	Gordexola
Comunidad Terapéutica Kortezubi (ETORKINTZA)	AX-[MD]	R8.2	Kortebuzi

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, Gizakia, Etorkintza, 2012.

Camas Disponibles

Las Comunidad Terapéuticas cuentan con 90 camas para atención a pacientes con diagnóstico dual. La tasa por 100 mil habitantes es de 11.39 camas.

Comunidad Terapéutica	Pobl 18-64	Código global	Camas	Camas x100m hab
Comunidad Terapéutica Manuene		AX-[MD]-R8.2	24	
Comunidad Terapéutica Pual Enea (GIZAKIA)		AX-[MD]-R8.2	40	
Comunidad Terapéutica Kortezubi (ETORKINTZA)		AX-[MD]-R8.2	26	
Total	**789.691**		**90**	**11.39**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, Gizakia, Etorkintza, 2012.

Profesionales

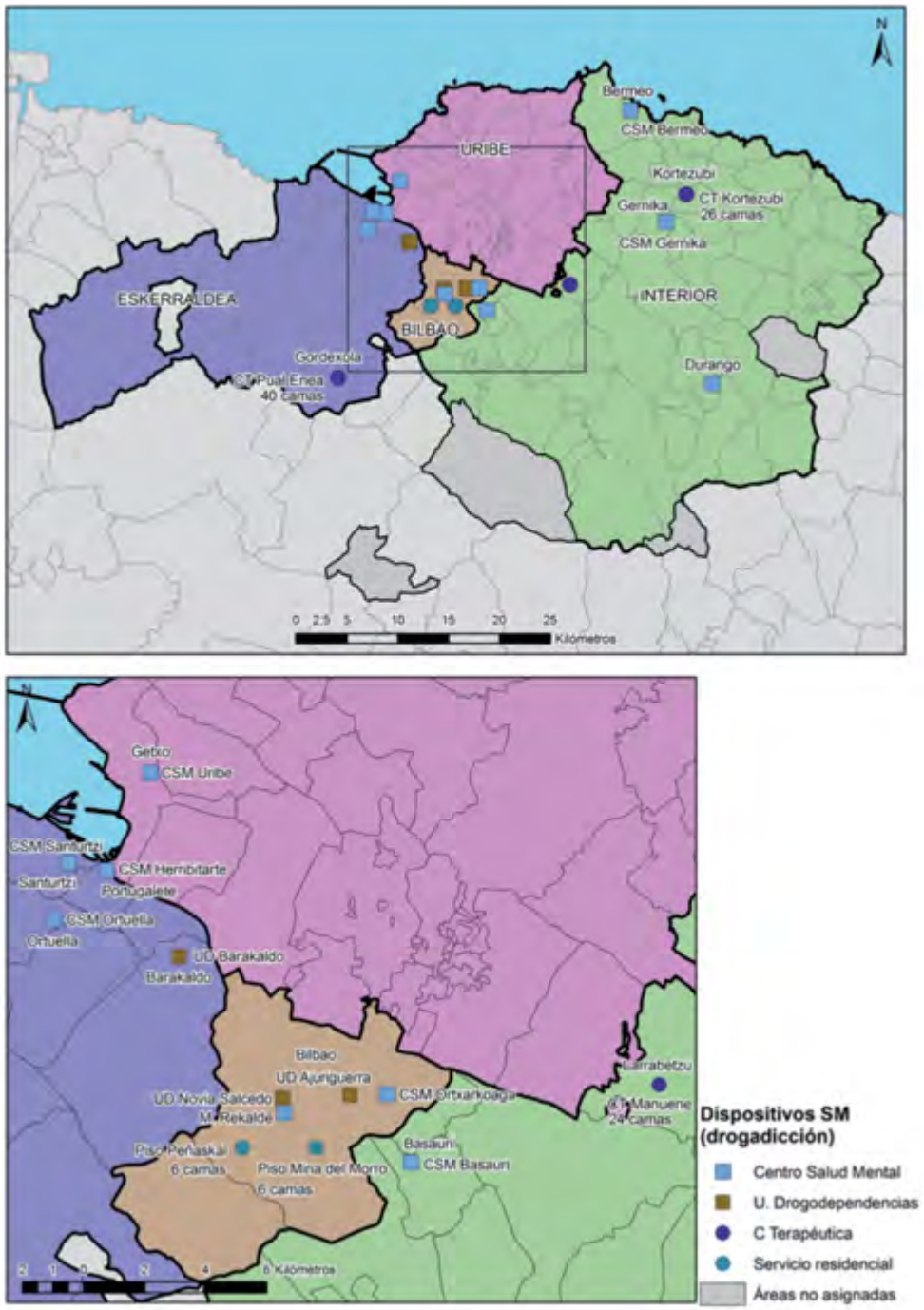
Los profesionales que cubren este tipo de atención según jornadas de 35 horas laborales son 1 psiquiatra, 5 psicólogos, 3 psicólogos clínicos, 2 enfermeros, 3 auxiliares de enfermería, 1 trabajador social, 23 educadores, 6 profesionales de categorías entre los que se encuentra 1 administrativo.

	Profesionales estandarizados (35horas semanales)								
Comunidad Terapéutica	**PSIQ**	**PSI**	**PSCL**	**DUE**	**AE**	**TS**	**ME**	**ED**	**OT**
Comunidad Terapéutica Manuene	0,28		1,28	1	1			6	3
Comunidad Terapéutica Pual Enea (GIZAKIA)	0,65	3,2				0,11		9,14	
Comunidad Terapéutica Kortezubi (ETORKINTZA)		1,07	1,07	0,57	2	0,57	0,57	8	2,44
Total	**0,93**	**4,27**	**2,35**	**1,57**	**3**	**0,68**	**0,57**	**23,1**	**5,44**

PSIQ: Psiquiatra, **PSICL:** Psicólogo Clínico, **DUE:** Diplomados Universitarios en Enfermería, **AE:** Auxiliar de Enfermería, **ED:** Educador, **OT:** Otros (celadores, etc.).

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, Gizakia, Etorkintza, 2012.

Mapa 33. Dispositivos de atención a drogodependientes del Territorio Histórico de Bizkaia



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2013.

IV.3. Adecuación de la provisión de servicios sanitarios

En la tabla 3 se presenta el análisis de la provisión de los principales servicios especializados de Salud Mental en las 20 pequeñas áreas de Salud Mental atendidas por un Centro de Salud Mental de adultos. En dicha tabla se representan dos situaciones, por una parte las áreas que cuentan con un determinado servicio localizado en la misma y, por otra parte, las áreas que, aunque no cuenten con el dispositivo ubicado dentro de la misma, tienen asignado uno exterior. Todas las áreas tienen un fácil acceso a los tipos de atención de Salud Mental descritos, además ningún dispositivo se encuentra a más de 100 km de alguna población vizcaína.

Tabla 7. Provisión de servicios por pequeña área de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia

	CSM A O8.1	**UHP AG** R2	**UHP SUBA y REH** R4	**UHP LE y RES** R6	**HD A** D1	**CD A** D4.3	**CSM IJ** O8.1	**UHP IJ** R2
CSM Ajuriagerra	▲	▲	△	△	▲	▲	▲	▲
CSM Barakaldo	▲	▲	△	△	▲	△	▲	△
CSM Basauri	▲	△	△	△	△	△	△	△
CSM Bermeo	▲	△	▲	▲	▲	△	△	△
CSM Derio	▲	▲	▲	△	▲	△	△	△
CSM Durango	▲	△	▲	▲	▲	△	△	△
CSM Erandio	▲	△	△	△	▲	△	△	△
CSM Ercilla	▲	▲	△	△	▲	▲	▲	▲
CSM Etxaniz	▲	▲	△	△	▲	▲	▲	▲
CSM Galdakao	▲	▲	△	△	▲	△	△	△
CSM Gernika	▲	△	△	△	△	▲	△	△
CSM Herribitarte	▲	△	△	△	△	△	△	△
CSM Ortuella	▲	△	△	△	▲	△	△	△
CSM Ortxarkoaga	▲	▲	△	△	▲	▲	▲	▲
CSM Uribe	▲	△	△	△	▲	△	▲	△
CSM Santurtzi	▲	△	△	△	△	▲	▲	△
CSM Sestao	▲	△	△	△	▲	△	△	△
CSM Zalla	▲	△	△	△	△	▲	△	△
Módulo Cruces	▲	▲	△	△	▲	△	▲	△
Módulo Rekalde	▲	▲	△	△	▲	▲	▲	▲

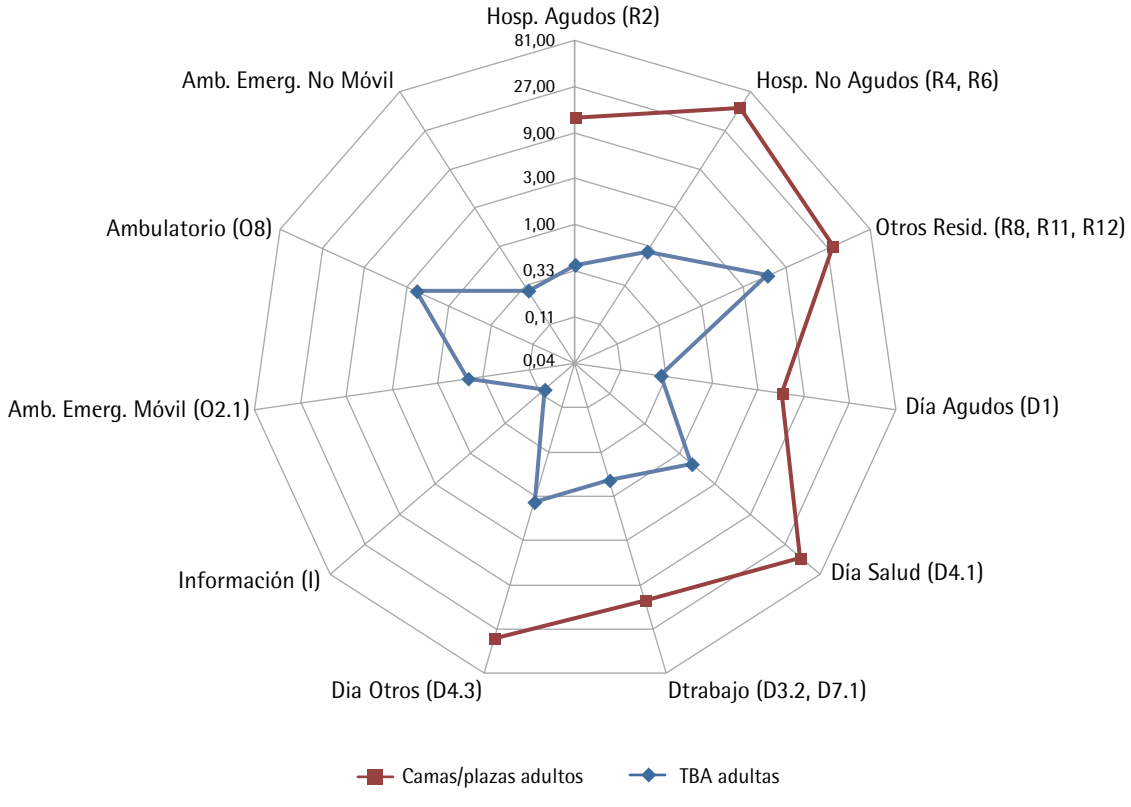
▲ Dispositivos asignados que se encuentran en el área del CSMA
△ Dispositivos asignados que está localizados fuera del área del CSMA

IV.4. Gráficos de araña de disponibilidad de servicios

El perfil de atención del Territorio Histórico de Bizkaia se presenta en los siguientes gráficos de araña. En ellos se muestran las tasas de tipos de atención y plazas/camas por habitante para tipos básicos de atención (MTC) de adultos y para otros dispositivos destinados a poblaciones específicas como la población infantojuvenil y la población drogodependiente. Los diferentes tipos básicos de atención han sido agrupados siguiendo características generales comunes. No se han descrito, y por tanto no aparecen en los gráficos, dispositivos de Atención Ambulatoria móvil no urgente, de accesibilidad y de ayuda mutua y voluntariado. La interpretación de los perfiles debe realizarse teniendo en cuenta que la escala de representación es logarítmica en base 3 por lo que la dispersión de las tasas queda reducida en la representación.

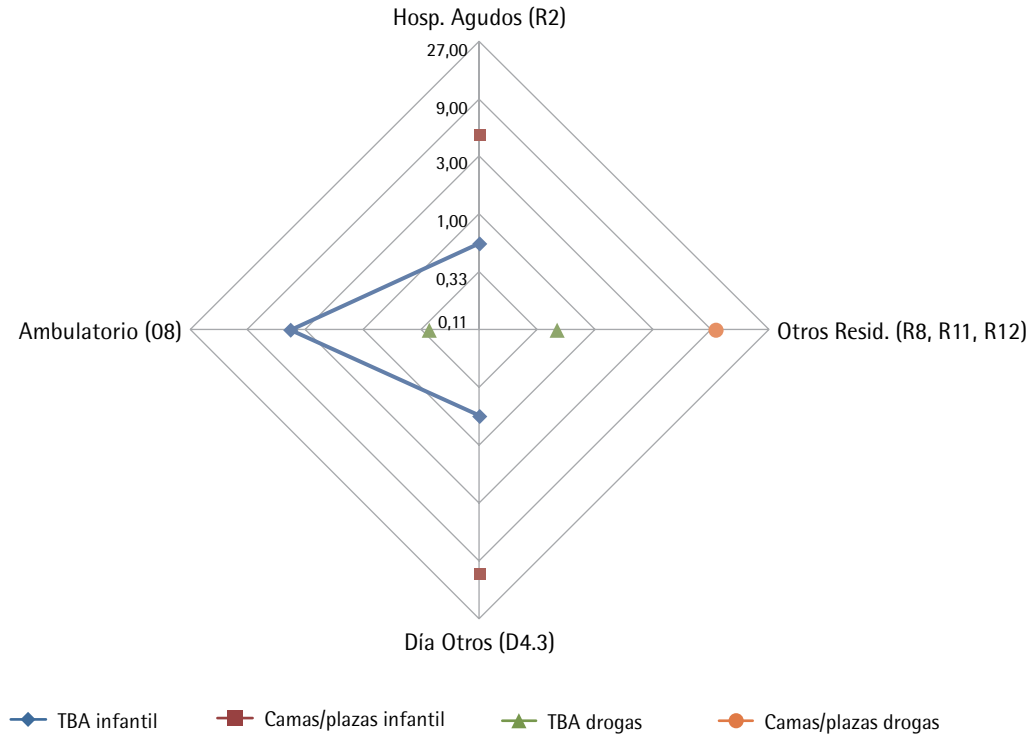
Según el Modelo Básico Comunitario de Atención de Salud Mental (B.MHCC) descrito en líneas anteriores (tabla 1), la tasa de MTC es adecuada para todos los grupos definidos para adultos, la tasa de plazas/camas es adecuada para todos los grupos excepto para R4-R6 (51,08 camas) que se encuentra muy por encima del intervalo propuesto (3-13 camas).

Gráfico 10. Tasas de MTC y camas/plazas en servicios de Salud Mental para adultos en Bizkaia
MTC adultos (salud y servicios sociales) por 100.000 habitantes (≥18 años). Escala logarítmica en base 3



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 11. Tasas de MTC y camas/plazas en servicios de Salud Mental Infanto-Juveniles y de atención a las drogodependencias en Bizkaia
MTC (salud y servicios sociales) por 100.000 habitantes (infantil <18 años y drogas >18 años)
Escala logarítmica en base 3



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Tabla 8. Total de MTC y tasas (x100.000 habitantes) por tipos básicos de atención, grupo de población y departamento

		MTC			Tasas x 100.000		
MTC		Salud adultos	Salud infanto-juvenil	Drogas	Salud adultos	Salud infanto-juvenil	Drogas
HOSP Agudos	R1,R2,R3.0	4	1		0,39	0,57	
HOSP No Agudos	R4,R6	9			0,87		
OTROS RESID	R8-R14	58		5	5,60		0,48
Día Agudos	D0,D1	3			0,29		
Día Salud	D4-D8 salud	15			1,45		
Día Trabajo	D2,D3,D6,D7	7			0,68		
Día Otros	D4-D8, D5, D9 otros	12	1		1,16	0,57	
Ambulatorio	O8-O10	24	7	3	2,32	4,02	0,29
Amb Emerg No Movil	O3-O4	3			0,29		
Amb Emerg Movil	O1-O2	5			0,48		
Información	I	1			0,10		
Bizkaia		**141**	**9**	**8**	**13,61**	**5,16**	**0,77**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

No se incluyen los códigos de los programas. 141 códigos totales (+ 3 programas)-

Tabla 9. Total de camas/plazas y tasas (x100.000 habitantes) por tipo de atención, grupo de población y departamento

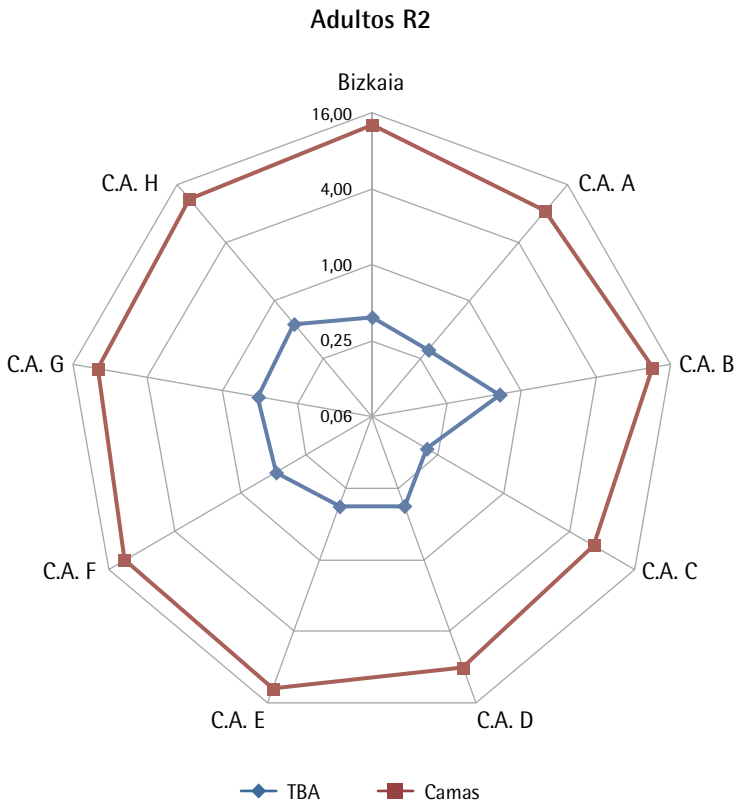
		MTC			Tasas x 100.000		
MTC		Salud adultos	Salud infanto-juvenil	Drogas	Salud adultos	Salud infanto-juvenil	Drogas
Hosp Agudos	R1,R2,R3.0	134	8		12,94	4,59	
Hosp No Agudos	R4,R6	529			51,08		
Otros Resid	R8-R14	318		102	30,70		9,85
Día Agudos	D0,D1	55			5,31		
Día Salud	D4-D8 salud	455			43,93		
Día Trabajo	D2,D3,D6,D7	139			13,42		
Día Otros	D4-D8, D5, D9 otros	350	20		33,79	11,47	
Bizkaia		**1.995**	**28**	**102**	**192,62**	**16,06**	**9,85**

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

IV.5. Comparación de Bizkaia con 8 Comunidades Autónomas

La descripción estandarizada de los dispositivos de Salud Mental de Bizkaia permite realizar comparaciones con otros territorios donde se han sido descritos previamente. A continuación, se presentan una serie de gráficos con la comparación de los tipos de atención y plazas/camas entre el Territorio Histórico de Bizkaia y 8 CC.AA. del Estado Español. Los gráficos muestran la comparación de diferentes grupos de tipos básicos de atención de los que existían datos en todos los territorios. Se ha usado una escala logarítmica en base 4 para una mejor representación de valores muy diferentes (MTC y plazas/camas).

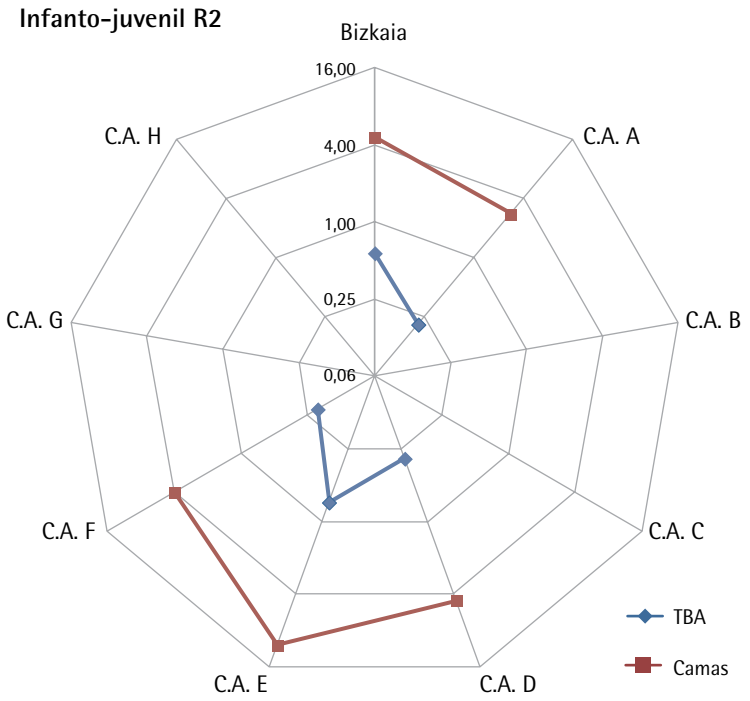
Gráfico 12. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos (R2) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA
MTC R2 adultos por 100.000 habitantes (≥18 años)
Escala logarítmica en base 4



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 13. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos (R2) Infanto-Juveniles en Bizkaia y 8 CCAA

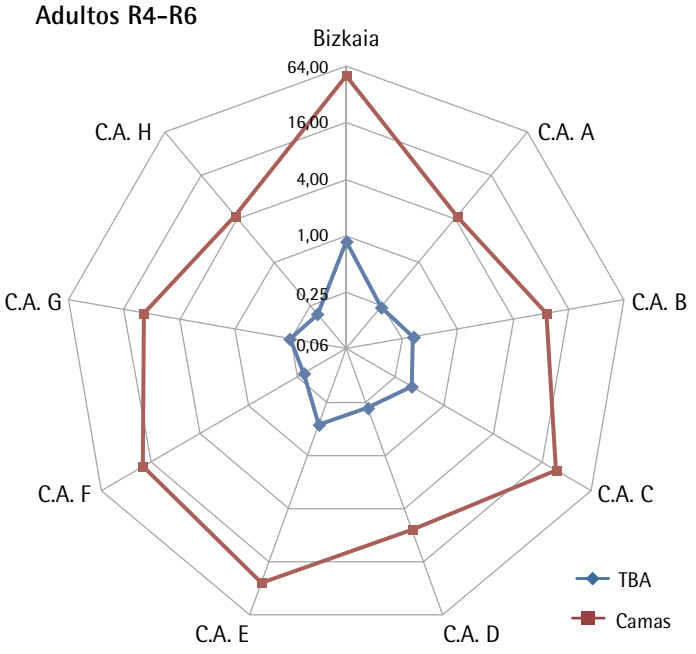
MTC R2 Infanto-Juveniles por 100.000 habitantes (<18 años). Escala logarítmica en base 4



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 14. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia (R4 y R6) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA

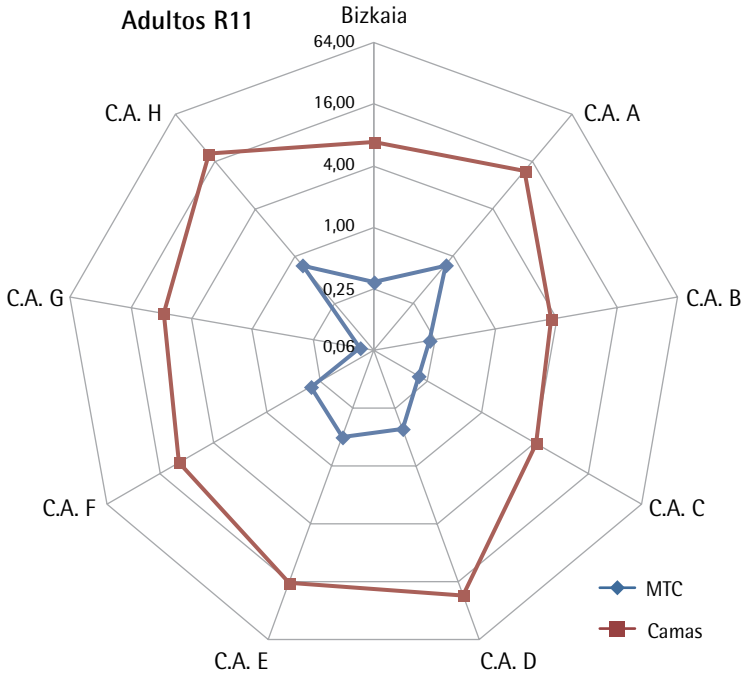
MTC R4 y R6 adultos por 100.000 habitantes (≥18 años). Escala logarítmica en base 4



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 15. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios residenciales (R11) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA

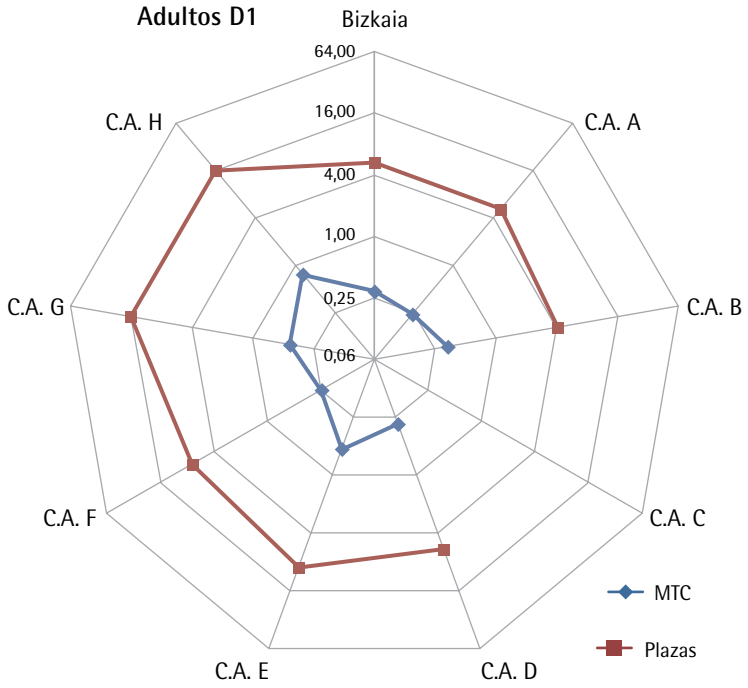
MTC R11 adultos por 100.000 habitantes (≥18 años). Escala logarítmica en base 4



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

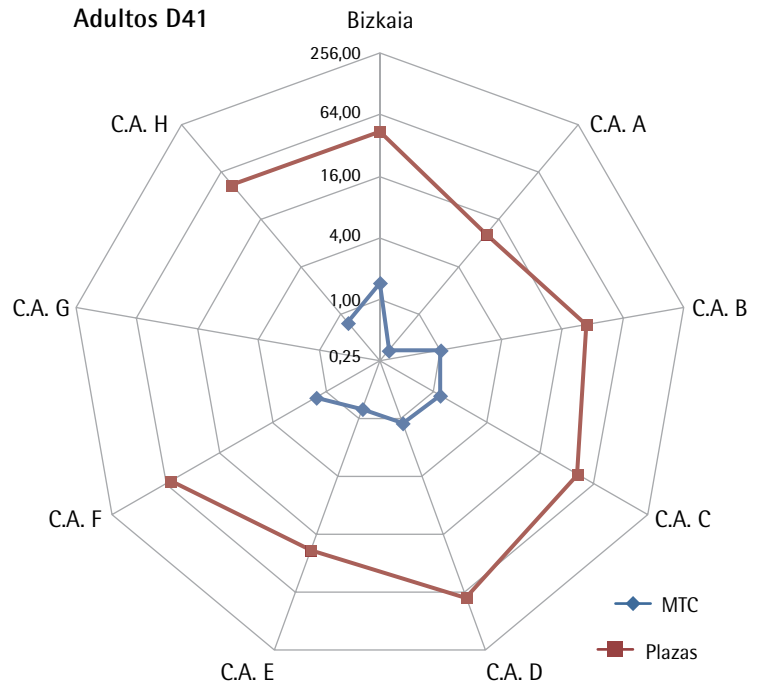
Gráfico 16. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de hospitalización de día (D1) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA

MTC D1 adultos por 100.000 habitantes (≥18 años). Escala logarítmica en base 4



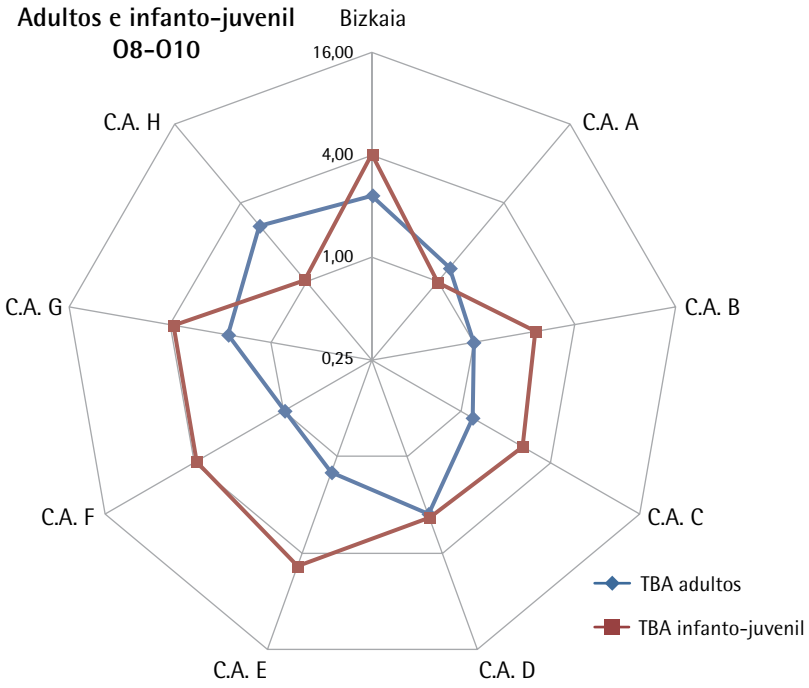
Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 17. Comparación de tasas de MTC y camas en servicios de Atención de Día relacionada con la salud (D41) de adultos en Bizkaia y 8 CCAA
MTC D41 adultos por 100.000 habitantes (≥18 años). Escala logarítmica en base 4



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Gráfico 18. Comparación de tasas de MTC en servicios de Atención Ambulatoria (08-010) de adultos e infanto-juvenil en Bizkaia y 8 CCAA *MTC 08-010 adultos e Infanto-Juveniles por 100.000 habitantes (≥ ó < 18 años). Escala logarítmica en base 4*



Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Tabla 10. Comparación de tasas (x 100.000 habitantes) de dispositivos y camas de Bizkaia con 8 CCAA

	R2 Adultos		R2 Infanto-juvenil		R4-R6 Adultos		R11 adultos	
	MTC	Camas	MTC	Camas	MTC	Camas	MTC	Camas
Bizkaia	0,39	12,94	0,57	4,59	0,87	51,08	0,29	6,76
C.A. A	0,31	8,53	0,21	2,81	0,24	4,28	0,77	12,17
C.A. B	0,67	11,31	0,00	0,00	0,33	9,20	0,22	3,55
C.A. C	0,20	6,74	0,00	0,00	0,40	23,77	0,20	4,16
C.A. D	0,35	8,12	0,30	4,52	0,29	6,95	0,41	21,86
C.A. E	0,35	12,15	0,70	10,60	0,45	27,96	0,50	16,34
C.A. F	0,47	11,54	0,20	3,98	0,21	20,05	0,32	9,75
C.A. G	0,52	10,13	0,00	0,00	0,26	9,79	0,09	7,55
C.A. H	0,57	11,27	0,00	0,00	0,19	4,39	0,76	20,06

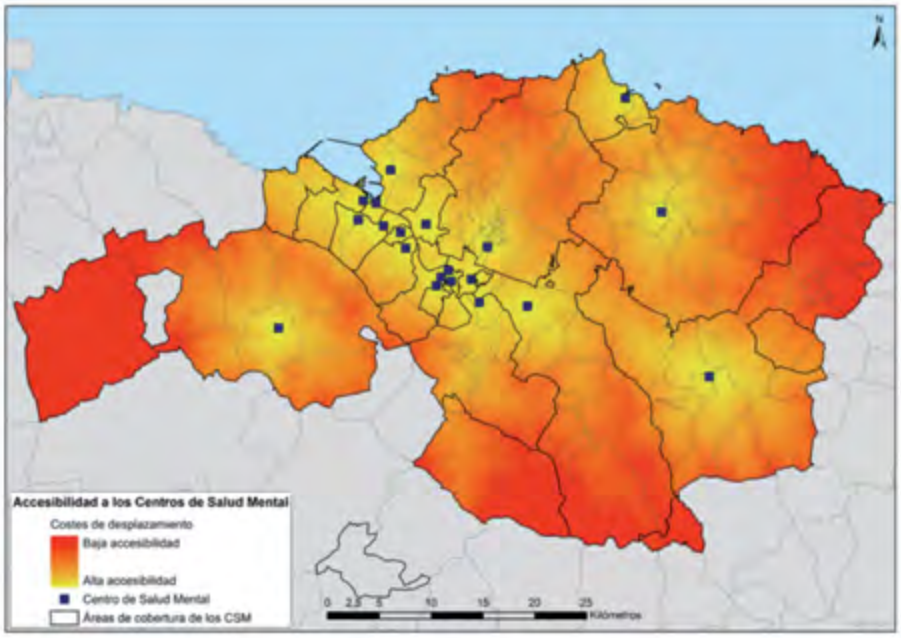
	D1 Adultos		D41 Adultos		08-010 Adultos	08-010 Infanto-juvenil
	MTC	Plazas	MTC	Plazas	MTC	MTC
Bizkaia	0,29	5,31	1,45	43,93	2,32	4,02
C.A. A	0,24	5,16	0,34	10,40	1,27	0,98
C.A. B	0,33	4,10	1,00	27,73	1,00	2,34
C.A. C	0,00	0,00	1,19	42,00	1,19	2,58
C.A. D	0,29	5,84	1,11	72,46	2,28	2,41
C.A. E	0,53	9,04	0,79	23,13	1,26	4,87
C.A. F	0,25	6,99	1,30	56,59	0,98	3,88
C.A. G	0,43	16,31	0,00	0,00	1,80	3,83
C.A. H	0,76	16,05	0,76	43,94	2,67	1,03

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

IV.6. Accesibilidad a los Centros de Salud Mental de Adultos y Unidades de Hospitalización de Agudos

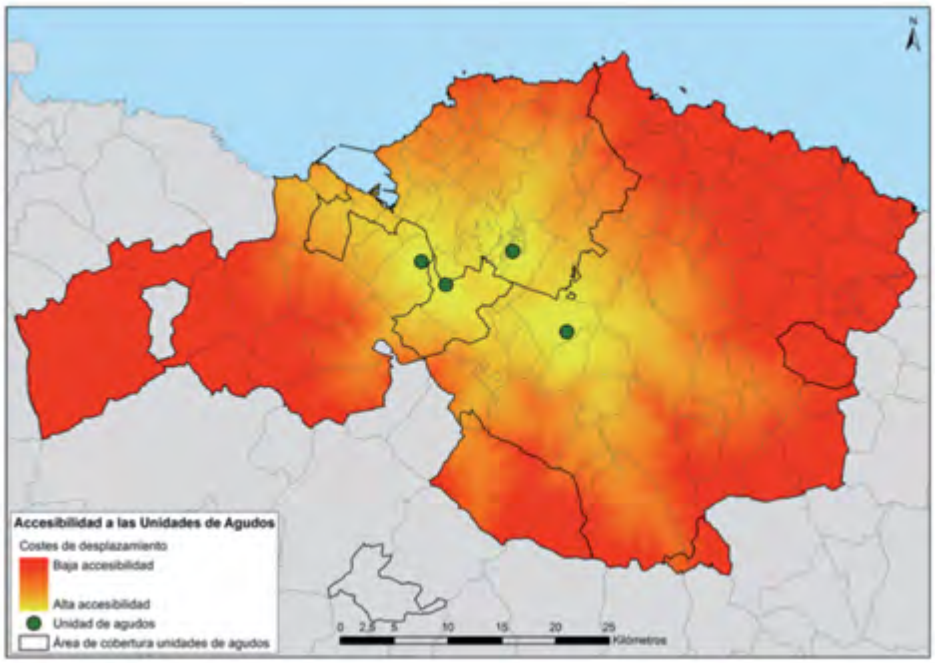
La accesibilidad por carretera a los Centros de Salud Mental de Adultos es alta o media en la mayor parte del Territorio Histórico de Bizkaia. Se aprecia que el área con mayor accesibilidad a los CSM corresponde a la Ría del Nervión donde se ubican gran parte de los mismos debido a su alta densidad de población. Otras áreas altamente accesibles son aquellas situadas en torno a las autovías y autopistas como la AP-8 y AP-68. Los territorios con peor accesibilidad a los CSM son la zona oeste del área de Zalla, la zona noreste del área de Durango y la zona este de Gernika, y el sur del área de Galdakao.

Mapa 34. Accesibilidad por costes de desplazamiento a los Centros de Salud Mental de Adultos del Territorio Histórico de Bizkaia



En el caso de la accesibilidad a las Unidades de Hospitalización de Agudos se puede observar una distribución semejante, aunque las áreas menos accesibles ocupan ahora mayor superficie debido a la distribución más concentrada de las unidades de agudos. Los extremos oeste, este y sur del Territorio Histórico son los que presentan menor accesibilidad a las unidades de agudos y corresponden fundamentalmente a la comarca Interior y a Ezkerraldea. De nuevo las áreas más accesibles corresponden a los municipios en torno a donde se localizan las unidades y a aquellos con mejores vías de comunicación.

Mapa 35. Accesibilidad por costes de desplazamiento a las Unidades de Hospitalización de Agudos del Territorio Histórico de Bizkaia



IV.7. Análisis de la actividad asistencial

En este apartado se presentan una serie de indicadores de la actividad de los dispositivos especializados de Salud Mental que cuentan con la recogida sistemática de información sobre sus pacientes y actividad asistencial. El año de referencia de los datos asistenciales utilizados en el 2011. En primer lugar, se presentan los datos de los Centros de Salud Mental, tanto de adultos como infanto-juveniles, que son el dispositivo de entrada principal a la atención especializada por delante de las urgencias hospitalarias. El Registro de Casos Psiquiátricos recopila información sobre las visitas y las personas atendidas en este tipo de servicios ambulatorios. Se da una visión de los casos psiquiátricos vistos en los CSM y UPI, así como de los casos de drogodependencias y alcoholismo que se ven en las Unidades de Drogadicción y los CSM específicos. A continuación, se mostrarán los indicadores de actividad de los recursos hospitalarios de agudos, subagudos, residenciales y de rehabilitación de los que se recogen datos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.

IV.7.1. CSM Adultos

La prevalencia administrativa es el número de casos o pacientes por 1.000 habitantes que corresponden a la población asignada al dispositivo (tarjetas individuales sanitarias). En el caso de la atención de adultos a trastornos mentales (no incluye las drogodependencias ni el alcoholismo), la prevalencia total de Bizkaia es de 35,21 casos por 1.000 habitantes. Los CSM con mayores prevalencias son los correspondientes a las áreas del Módulo Rekalde y Otxarkoaga por encima de 55 casos por 1.000. Los CSM que atienden a menos casos son Derio, Ercilla y Uribe por debajo de 6 casos por 1.000.

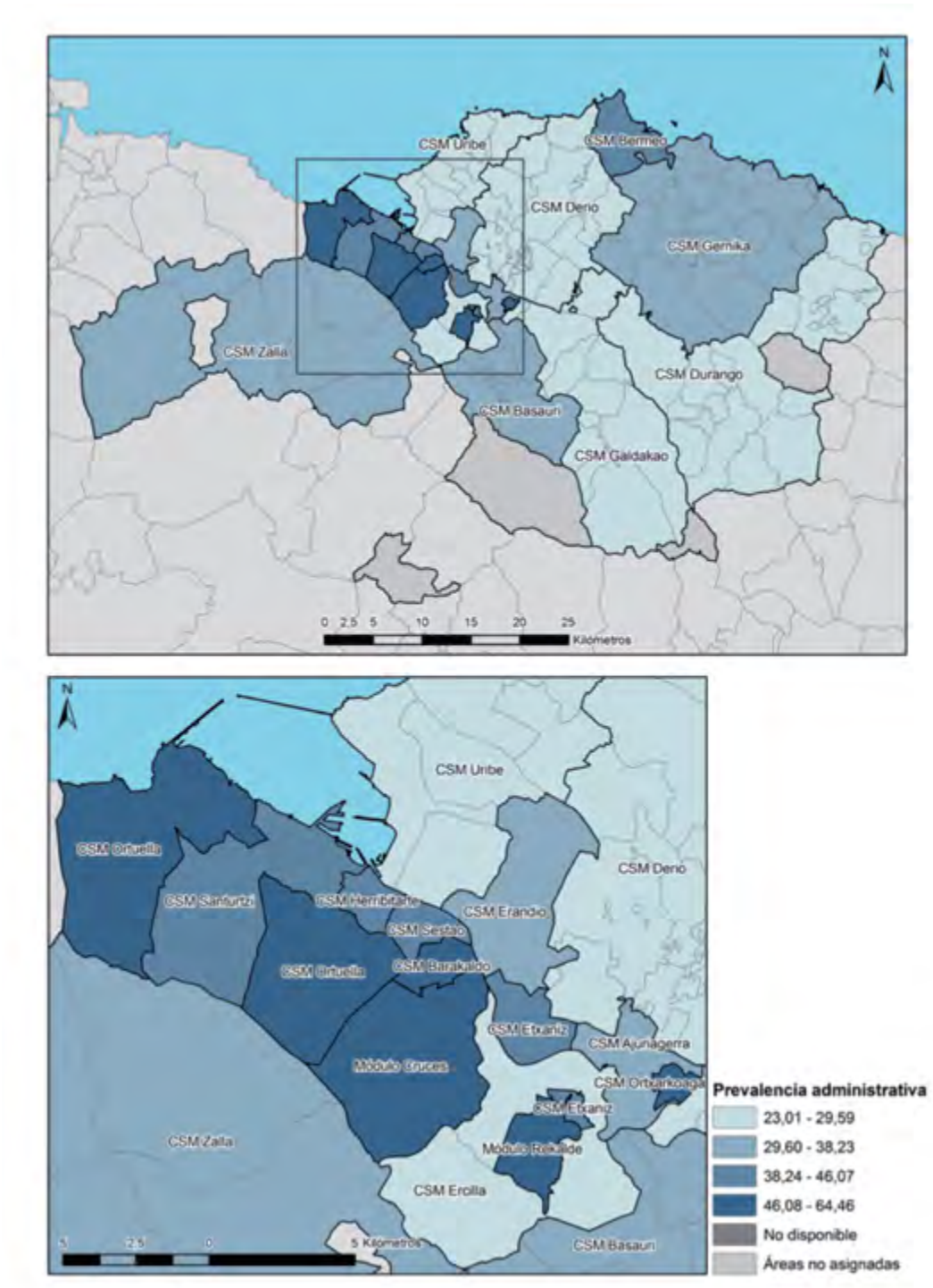
La incidencia administrativa mide las primeras consultas realizadas por 1.000 habitantes del área de cobertura. No se cuenta con información sobre primeras visitas y visitas totales de pacientes de psiquiatría del Módulo Rekalde. La incidencia de los CSM de Bizkaia es de 7,23 primeras visitas por 1.000 habitantes. Los CSM con incidencia superior a 9 son Etxaniz, Ortuella, Otxarkoaga y, con el máximo valor, el módulo Cruces, mientras que por debajo de 10 por 1.000 están los CSM de Uribe y Durango.

La frecuentación administrativa hace referencia al número de visitas efectuadas respecto a la población de referencia. No se cuenta con información sobre el número de visitas en el Módulo Rekalde. La frecuentación de pacientes con diagnóstico psiquiátrico en el Territorio Histórico ascendió en 2011 a 225,51 visitas por 1.000 habitantes. Los CSM de mayor frecuentación con más de 400 visitas por 1.000 habitantes son los de Bermeo, Sestao y Otxarkoaga. Por el contrario, las áreas de los CSM de Ercilla y Derio no llegan a las 150 visitas por 1.000 habitantes.

Tabla 11. Tasas de actividad de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia			
CSM	**Prevalencia adm.**	**Incidencia adm.**	**Frecuentación adm.**
CSM Ajuriaguerra	31,51	6,68	186,34
CSM Barakaldo	46,08	8,68	254,51
CSM Basauri	38,23	7,69	276,99
CSM Bermeo	46,07	8,42	401,72
CSM Derio	23,01	7,13	146,36
CSM Durango	27,50	5,54	178,16
CSM Erandio	35,13	8,19	258,43
CSM Ercilla	23,57	7,09	134,25
CSM Etxaniz	42,82	9,45	253,44
CSM Galdakao	29,59	6,98	178,89
CSM Gernika	35,77	7,40	288,40
CSM Herribitarte	43,45	8,65	298,37
CSM Ortuella	48,59	9,37	390,77
CSM Otxarkoaga	59,83	9,53	421,87
CSM Santurtzi	39,10	8,06	319,74
CSM Sestao	38,67	6,74	413,15
CSM Uribe	24,17	5,40	154,54
CSM Zalla	34,27	6,84	262,31
Módulo Cruces	54,37	12,18	281,75
Módulo Rekalde	64,46	---	---
	35,21	**7,23**	**225,51**

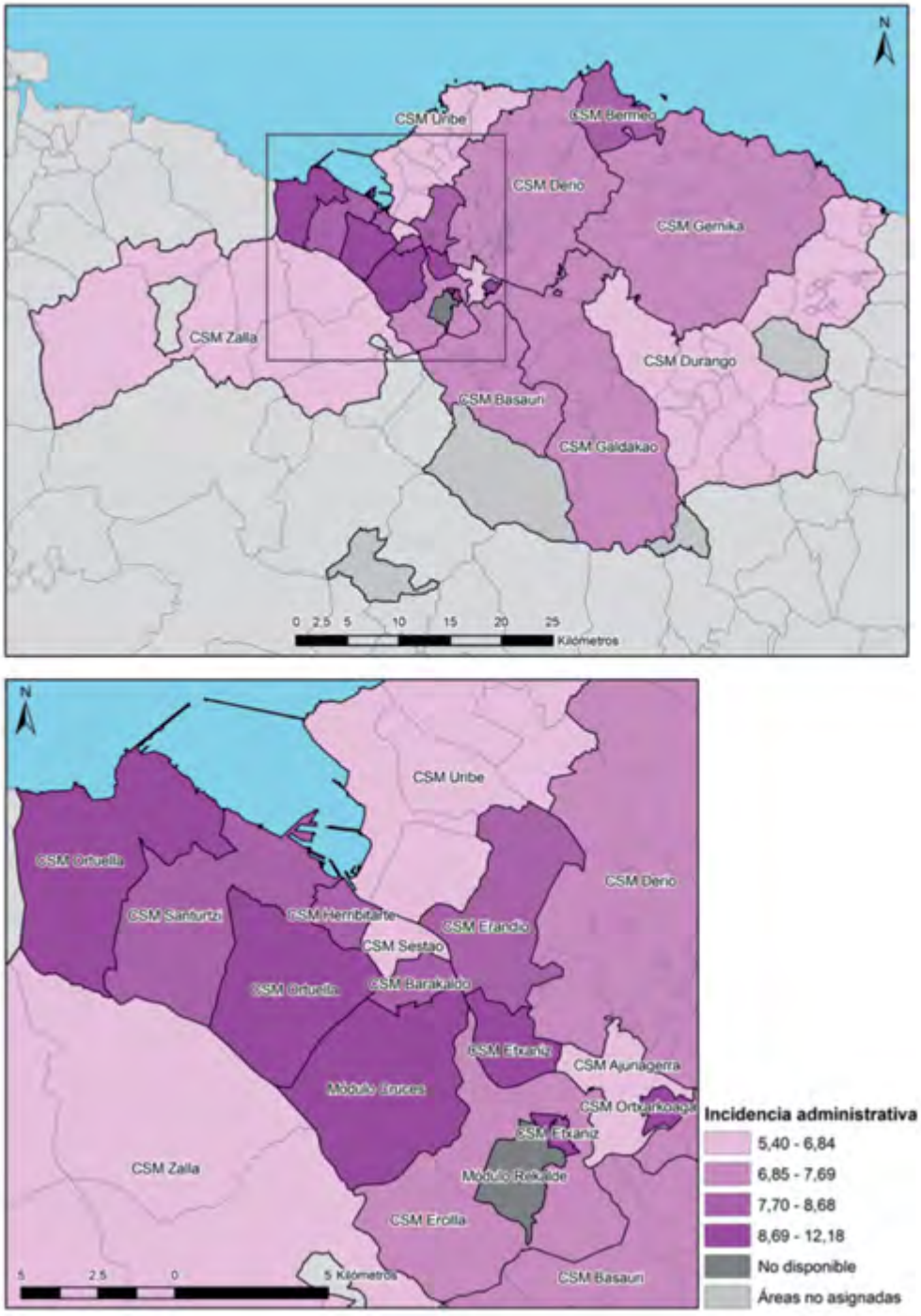
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 36. Prevalencia administrativa de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(casos / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



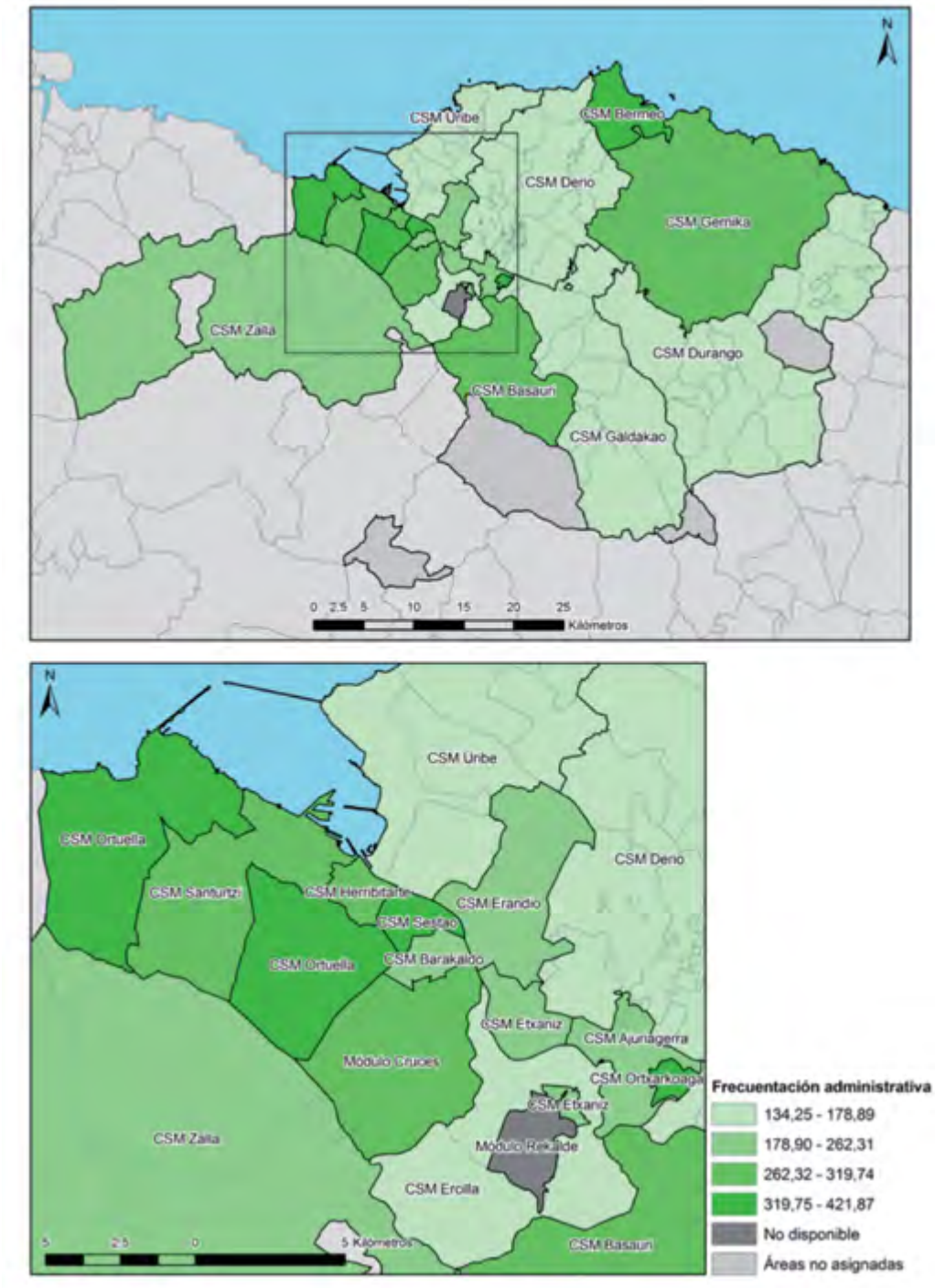
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 37. Incidencia administrativa de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(primeras visitas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 38. Frecuentación administrativa de los Centros de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(visitas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

IV.7.2. CSM Infanto-Juveniles

La actividad de las Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil (UPI) de 2011 también ha sido descrita mediante los tres indicadores. No se ha contado con información de la UPI de Haurrentzat. La prevalencia administrativa es de 28,68 casos por 1.000 habitantes menores de 18 años. La UPI de Herribitarte se aproxima a los 50 pacientes por 1.000 habitantes, mientras que Ercilla es la UPI con menor prevalencia con 22 por 1.000.

La incidencia infanto-juvenil es de 10,76 primeras visitas por mil habitantes. De nuevo Herribitarte es la UPI con mayor valor con 15,6 por 1.000 y Ercilla el que menos con 9,3 primeras consultas por 1.000 habitantes de menos de 18 años.

La frecuentación administrativa de las UPI es de 236,16 por 1.000 personas de menos de 18 años. Como en los indicadores anteriores, Herribitarte y Ercilla son las UPI con valores más altos y bajos de frecuentación, con 355 y 193 visitas por 1.000 respectivamente.

Tabla 12. Tasas de actividad de las Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil (UPI) de Bizkaia

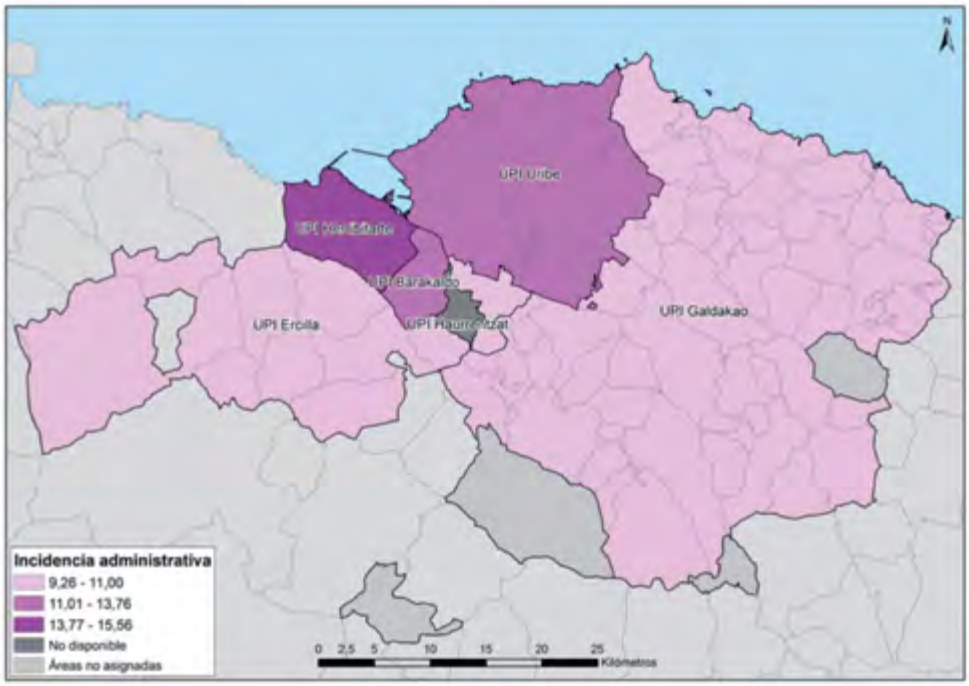
UPI	Prevalencia adm.	Incidencia adm.	Frecuentación adm.
UPI Barakaldo	35,07	13,76	227,64
UPI Ercilla	22,85	9,26	193,89
UPI Galdakao	28,24	11,00	256,30
UPI Herribitarte	49,82	15,56	355,19
UPI Uribe	27,09	11,79	247,92
UPI Haurrentzat	----	---	---
	28,68	**10,76**	**236,16**

Mapa 39. Prevalencia administrativa de las Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Bizkaia
(casos / población con Tarjeta Sanitaria < 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 40. Incidencia administrativa de las Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Bizkaia
(primeras visitas / población con Tarjeta Sanitaria > 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 41. Frecuentación administrativa de los Unidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Bizkaia
(visitas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

IV.7.3. Unidades de Drogadicción y CSM Adultos (drogadicciones)

Por último, se presentan indicadores sobre la atención a las drogodependencias y el alcoholismo que se desarrolla en las Unidades de Drogodependencias y en los CSM de atención específica. No se pudo explotar datos del Módulo Rekalde en este ámbito de atención.

La prevalencia de Bizkaia es de 8,18 casos de drogodependencia y alcoholismo por 1.000 habitantes (mayores de 17 años). El CSM de Otxarkoaga es el que atiende a mayor número de estos casos con 27,6 casos por 1.000, mientras que el CSM de Durango con 5,18 es el centro con menor prevalencia.

La incidencia administrativa es de 0,98 primeras visitas por 1.000 habitantes. En este indicador también destaca el CSM de Oxarkoaga con una incidencia de 4,19 por 1.000. Las menores incidencias se detectan en Bermeo, Durango, Gernika y Santurtzi que no llegan a 0,5 por 1.000.

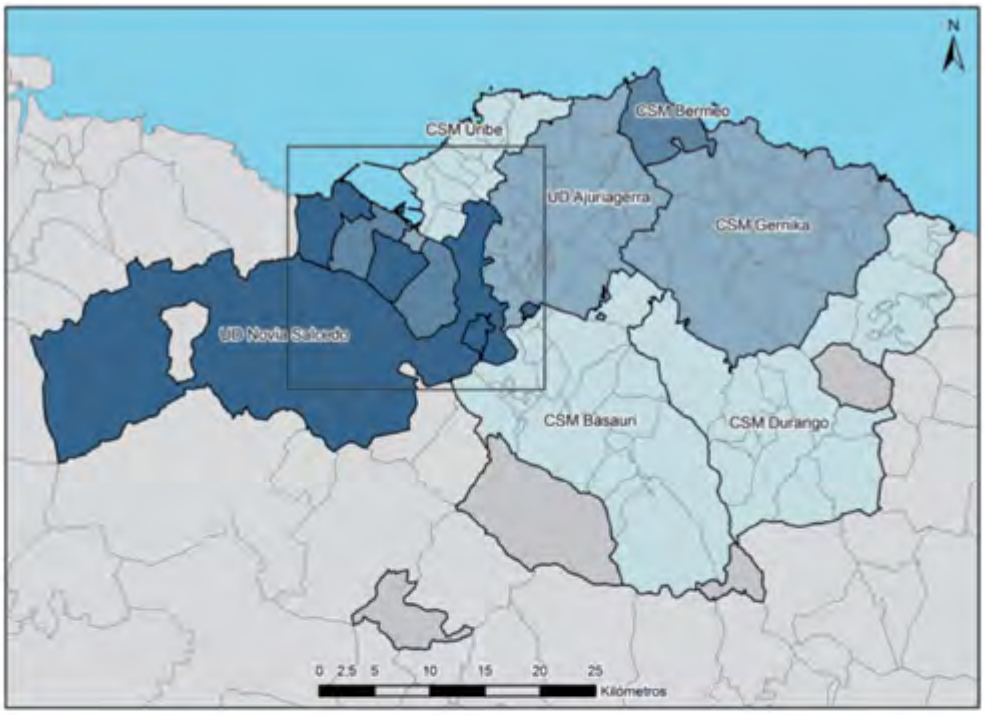
La frecuentación del Territorio Histórico es de 102,86 visitas relacionadas con las drogodependencias y el alcoholismo. De nuevo el CSM de Otxarkoaga es el que presenta mayores cifras de actividad en este campo con más de 600 actividades por 1.000 habitantes, mientras que el CSM de Durango realizó 51,32 visitas por 1.000 habitantes de drogodependencias y alcoholismo en 2011.

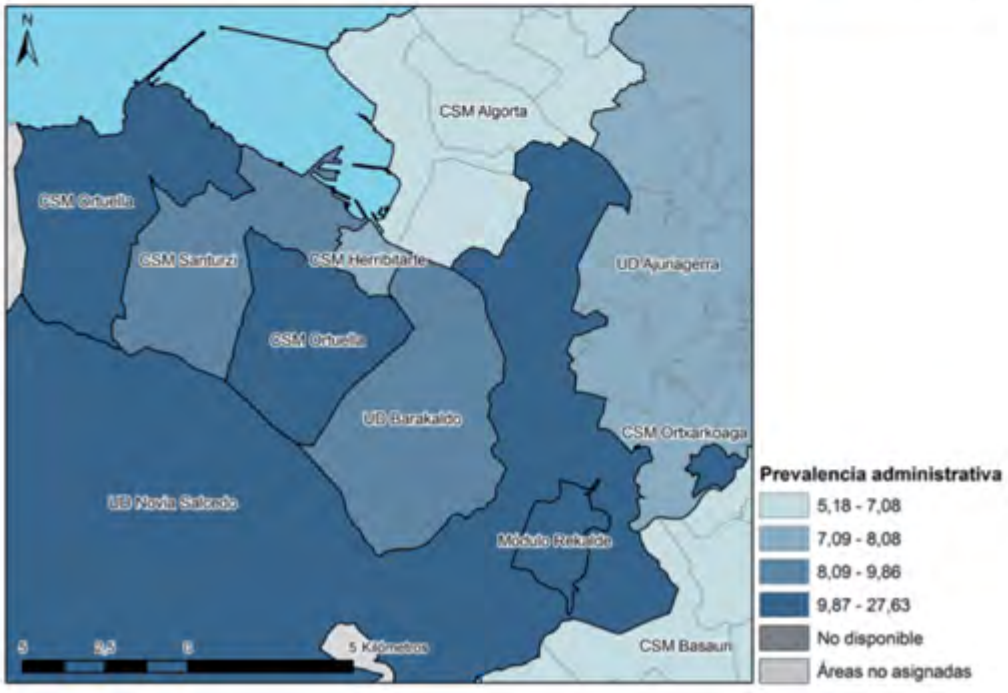
Tabla 13. Tasas de actividad de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia

UD / CSM	Prevalencia adm.	Incidencia adm.	Frecuentación adm.
UD Ajuriaguerra	7,17	1,04	113,50
UD Barakaldo	9,68	1,60	181,26
UD Novia Salcedo	9,99	1,27	122,39
CSM Basauri	7,08	1,06	65,44
CSM Bermeo	9,86	0,25	116,27
CSM Durango	5,18	0,49	51,32
CSM Gernika	7,85	0,32	111,93
CSM Herribitarte	8,08	1,00	64,61
CSM Ortuella	10,81	0,68	82,44
CSM Otxarkoaga	27,63	4,19	610,89
CSM Santurtzi	8,62	0,49	76,33
CSM Uribe	5,72	0,80	69,55
Módulo Rekalde	11,27	---	---
	8,18	**0,98**	**102,86**

Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

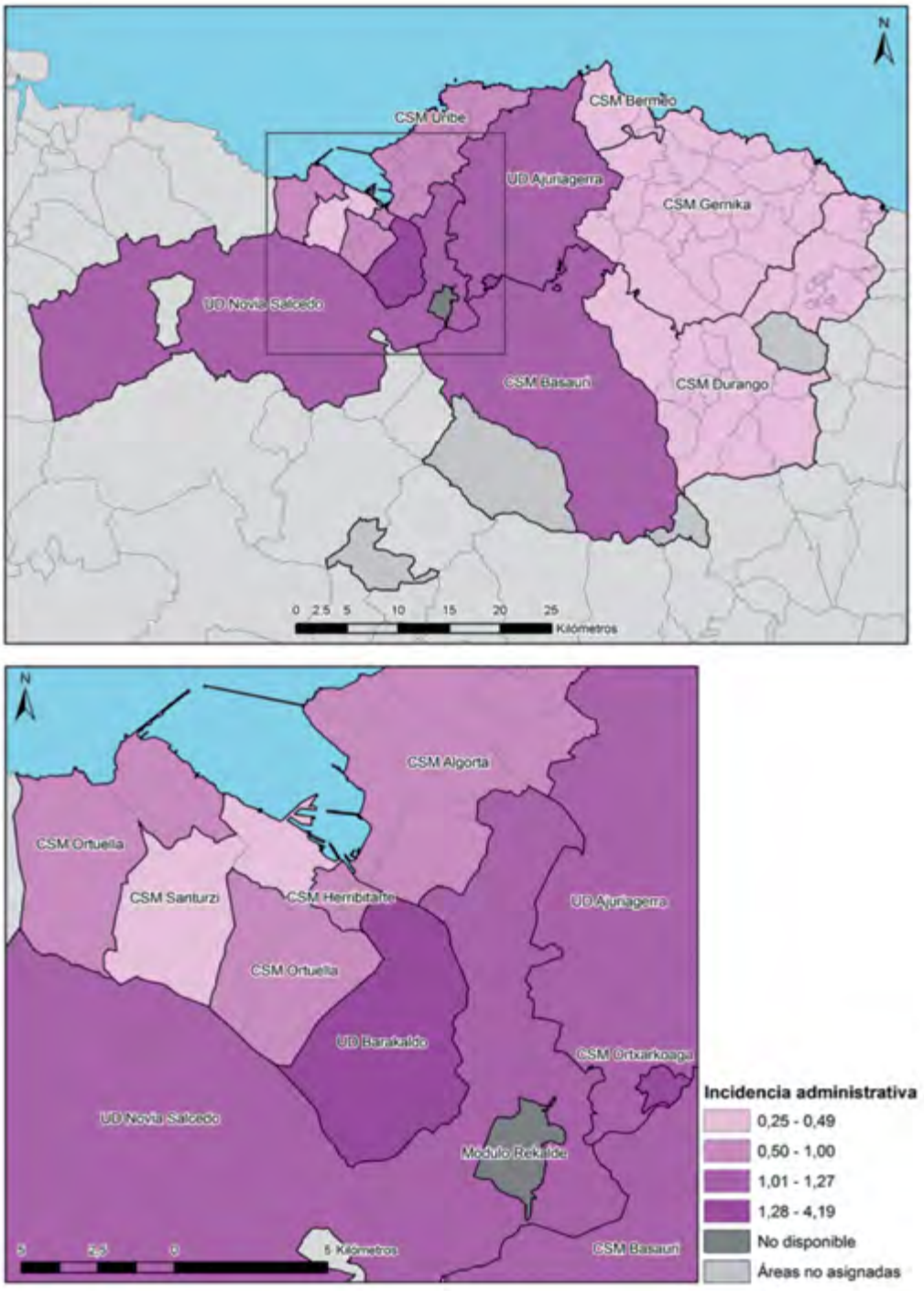
Mapa 42. Prevalencia administrativa de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia
(visitas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000





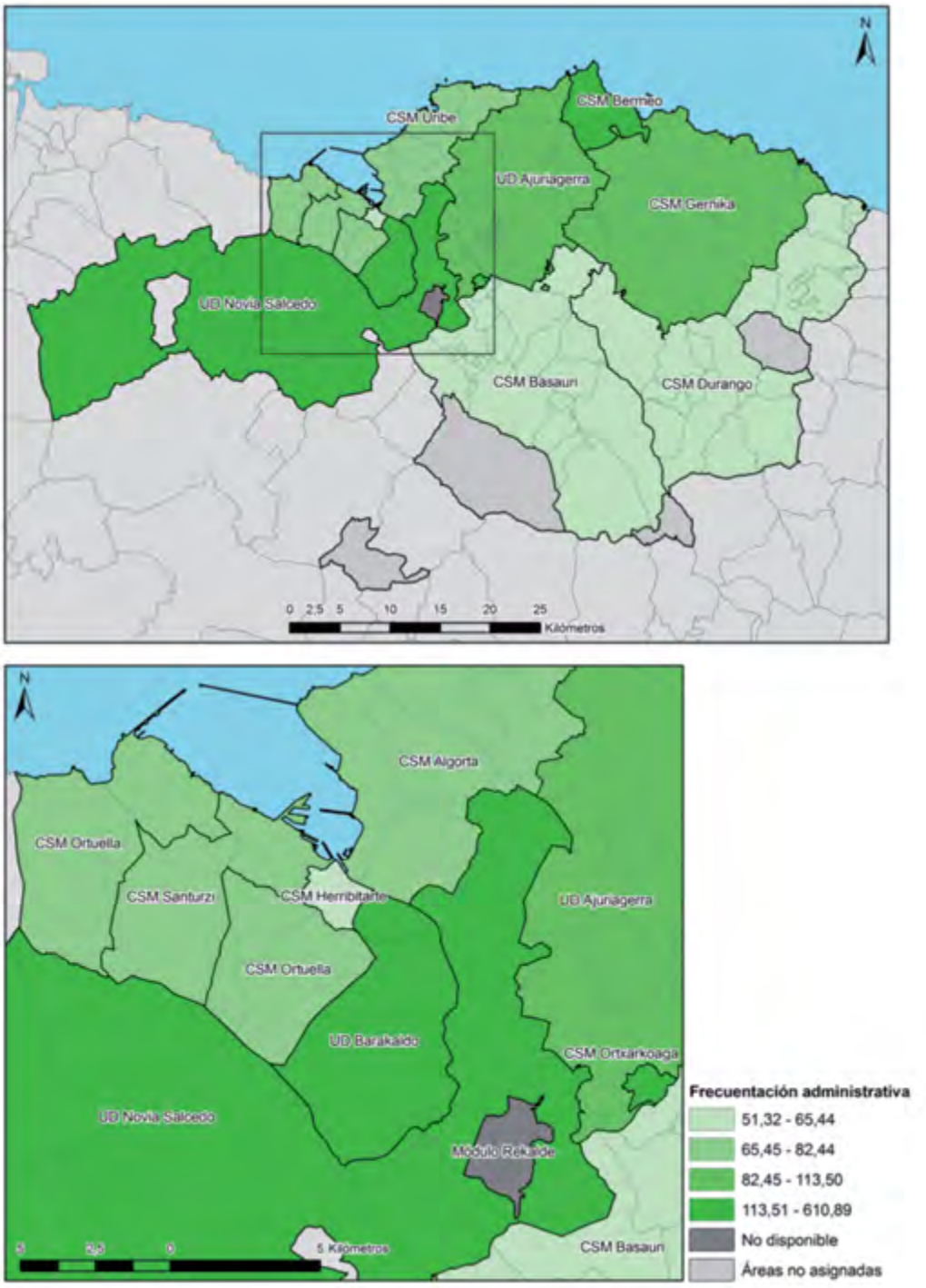
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 43. Incidencia administrativa de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia
(primeras visitas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

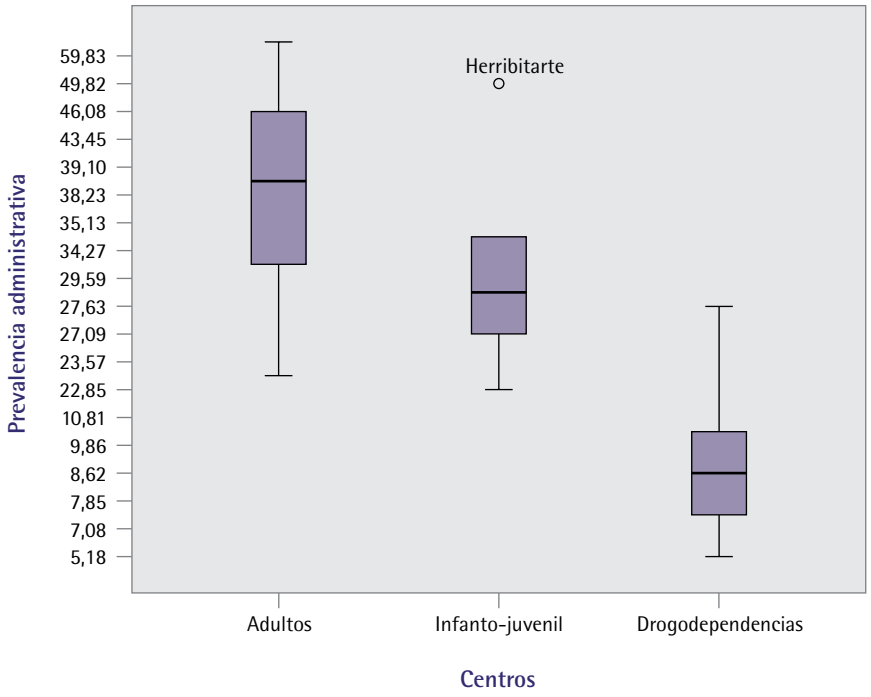
Mapa 44. Frecuentación administrativa de las Unidades de Drogadicción y los Centros de Salud Mental de Adultos (drogadicciones) de Bizkaia
(visitas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

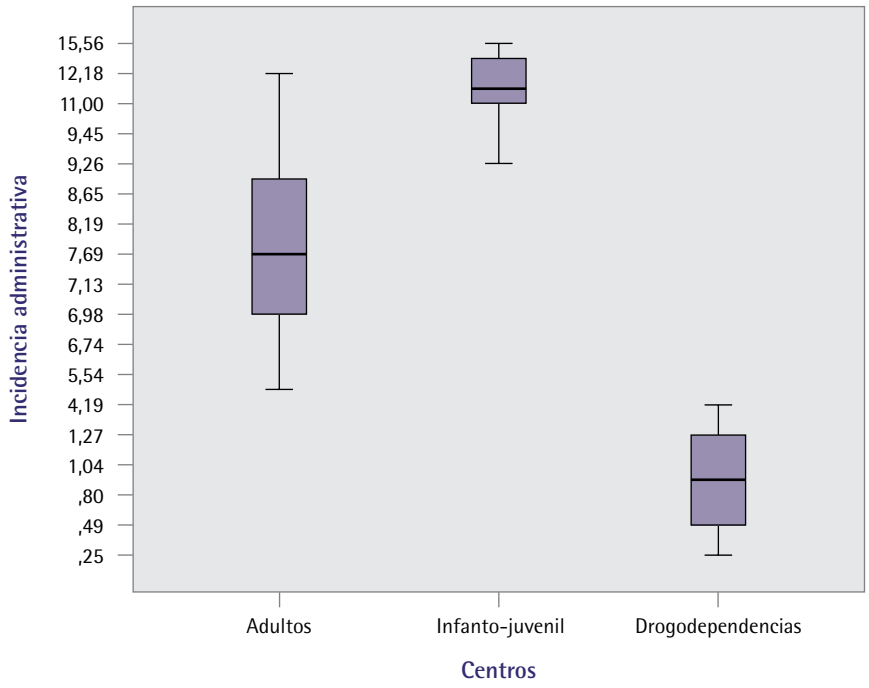
A continuación, se muestra la dispersión de los valores de cada variable de utilización de servicios mediante gráficos de cajas o *box-plots*. En ellos se representa los cuartiles (división en cuatro grupos con el mismo número de observaciones) de las tasas de profesionales en atención hospitalaria, ambulatoria y de día, junto a los *outliers* o valores atípicos y extremos (valores significativamente alejados de la mediana).

Gráfico 19. Prevalencia administrativa de los centros de Atención Ambulatoria de Bizkaia
(casos / población de referencia x 1.000)



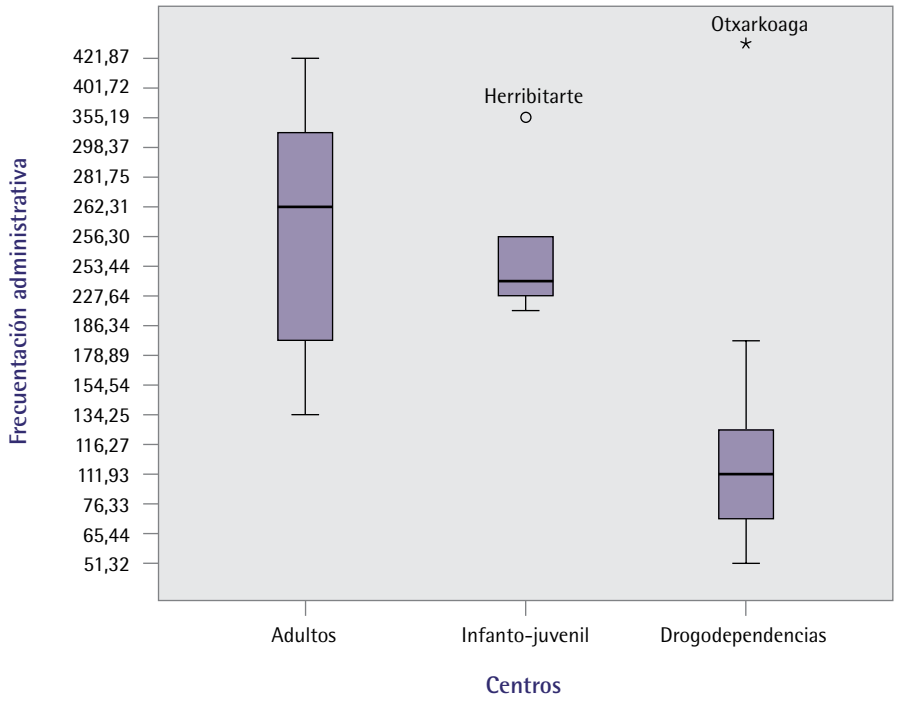
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Gráfico 20. Incidencia administrativa de los centros de Atención Ambulatoria de Bizkaia
(primeras visitas / población de referencia x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Gráfico 21. Frecuentación administrativa de los centros de Atención Ambulatoria de Bizkaia
(visitas / población de referencia x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

IV.7.4. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos

Las Unidades de Hospitalización de Agudos de Bizkaia registraron 3,25 altas por 1.000 habitantes mayores de 17 años. El número de pacientes que pasaron por este servicio fue de 2,3 por 1.000. La tasa de reingresos fue de 1,4 altas por paciente. La estancia media en hospitalización de agudos fue de 14,3 días.

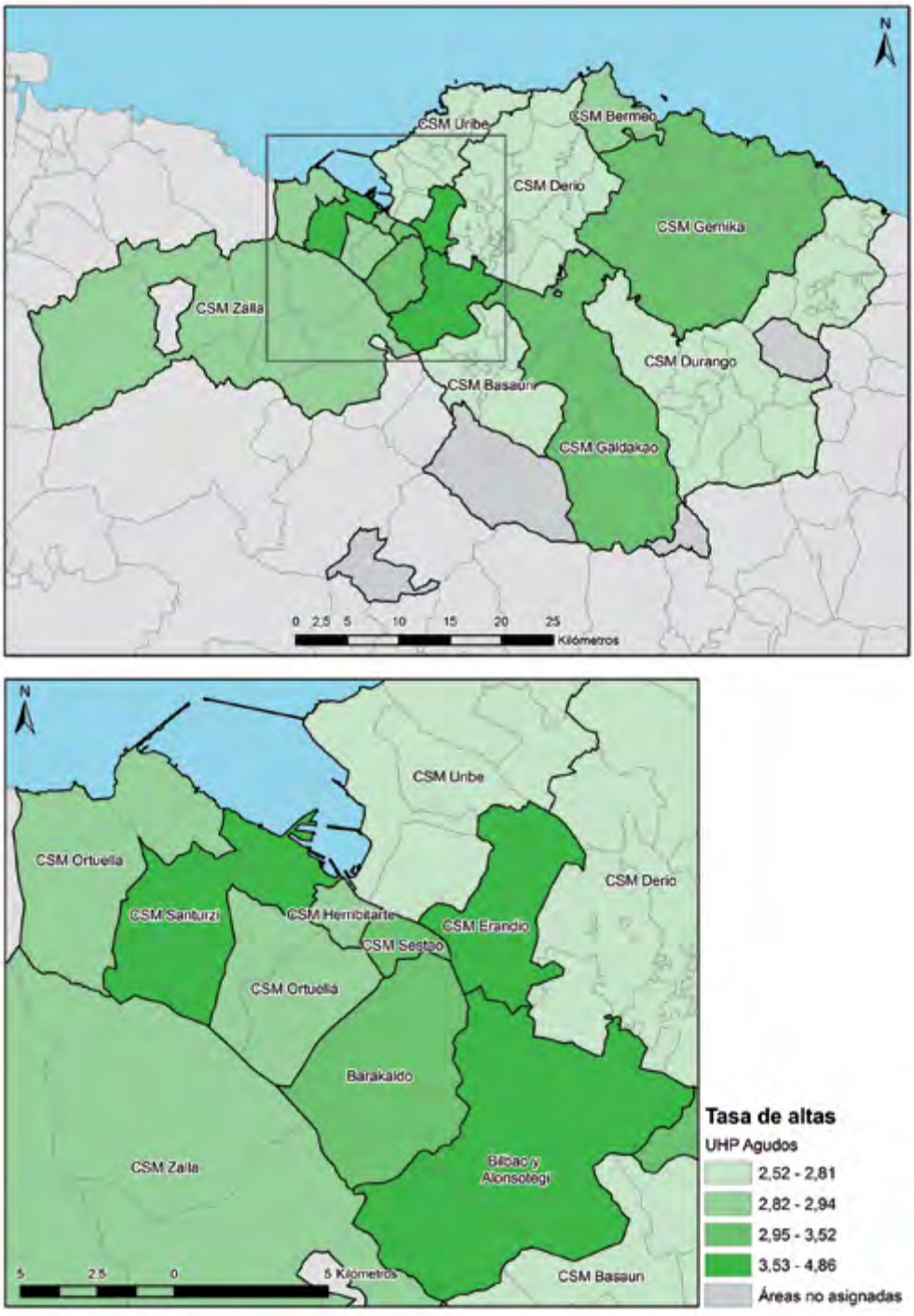
Si se considera la pequeña área de Salud Mental de la que proceden los pacientes se puede observar como los mayores valores en todos los indicadores corresponden al área del CSM de Erandio. Las altas y pacientes del CSM de Santurtzi son también importantes, mientras que los pacientes procedentes de Bermeo destacan en poseer las mayores estancias medias. Podría aquí haber un sesgo derivado de que hay pacientes en el hospital de Bermeo con estancias muy prolongadas que están empadronados en el hospital, y por ende, en el municipio. Los valores de la tasa de reingresos son muy parecidos por áreas no destacando ninguna de ellas especialmente.

Tabla 14. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia

	Tasa altas (x 1.000 habs.)	**Tasa pacientes** (x 1.000 habs.)	**Tasa reingresos** (ingreso/ paciente)	**Estancia media** (días)
Barakaldo	3,46	2,39	1,45	11,1
Bilbao y Alonsotegi	3,67	2,53	1,45	12,3
CSM Basauri	2,77	1,91	1,45	12,5
CSM Bermeo	2,87	2,28	1,26	22,5
CSM Derio	2,81	2,12	1,33	14,6
CSM Durango	2,63	1,88	1,40	13,5
CSM Erandio	4,86	3,57	1,36	16,0
CSM Galdakao	3,52	2,45	1,44	14,9
CSM Gernika	3,52	2,26	1,56	13,6
CSM Herribitarte	2,94	2,28	1,29	16,7
CSM Ortuella	2,92	2,09	1,40	10,5
CSM Uribe	2,52	1,88	1,34	18,2
CSM Santurzi	4,09	2,90	1,41	13,8
CSM Sestao	3,20	2,12	1,51	11,7
CSM Zalla	2,86	2,07	1,38	12,7
Total	3,25	2,29	1,42	14,3

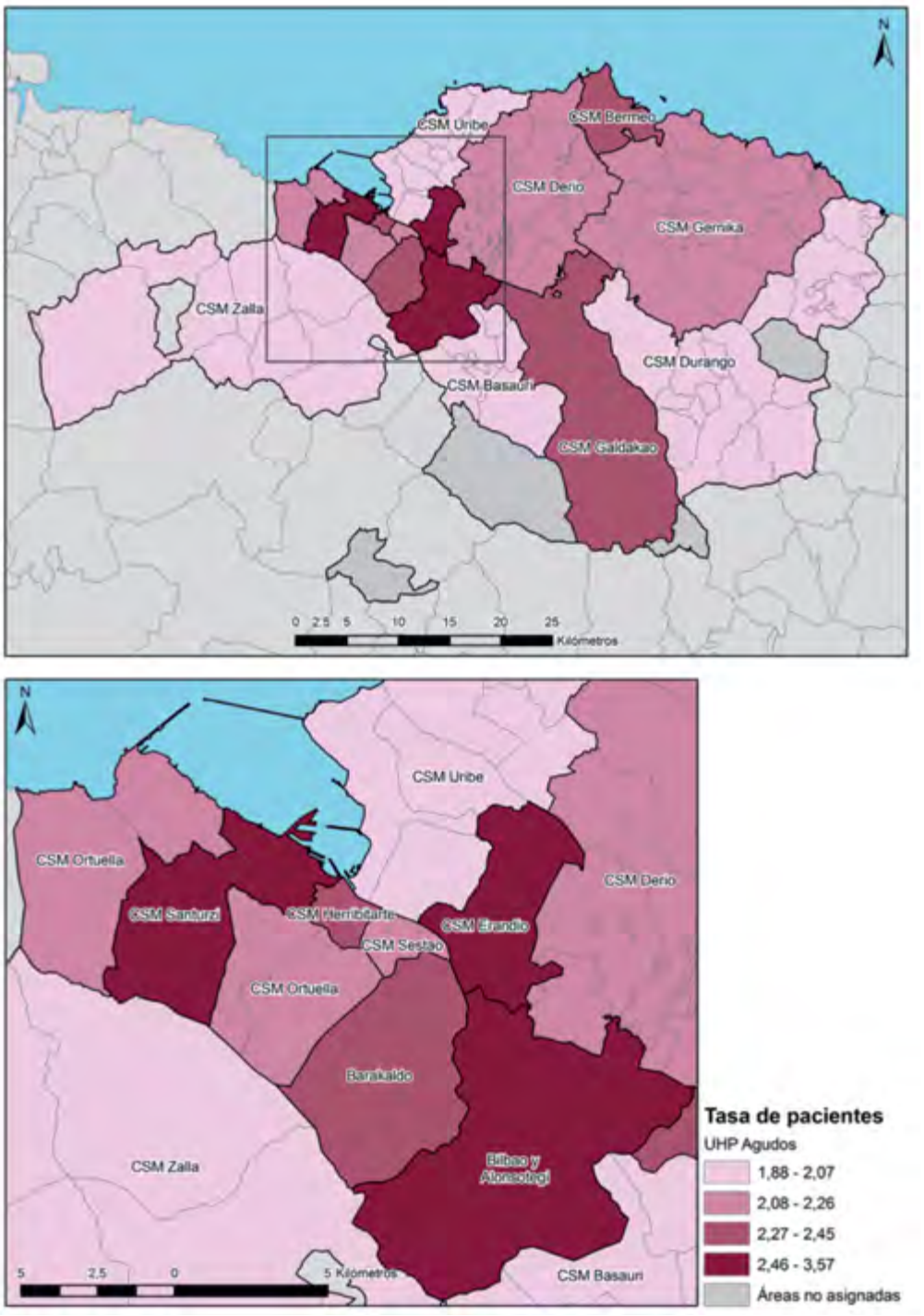
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 45. Tasa de altas de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(altas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



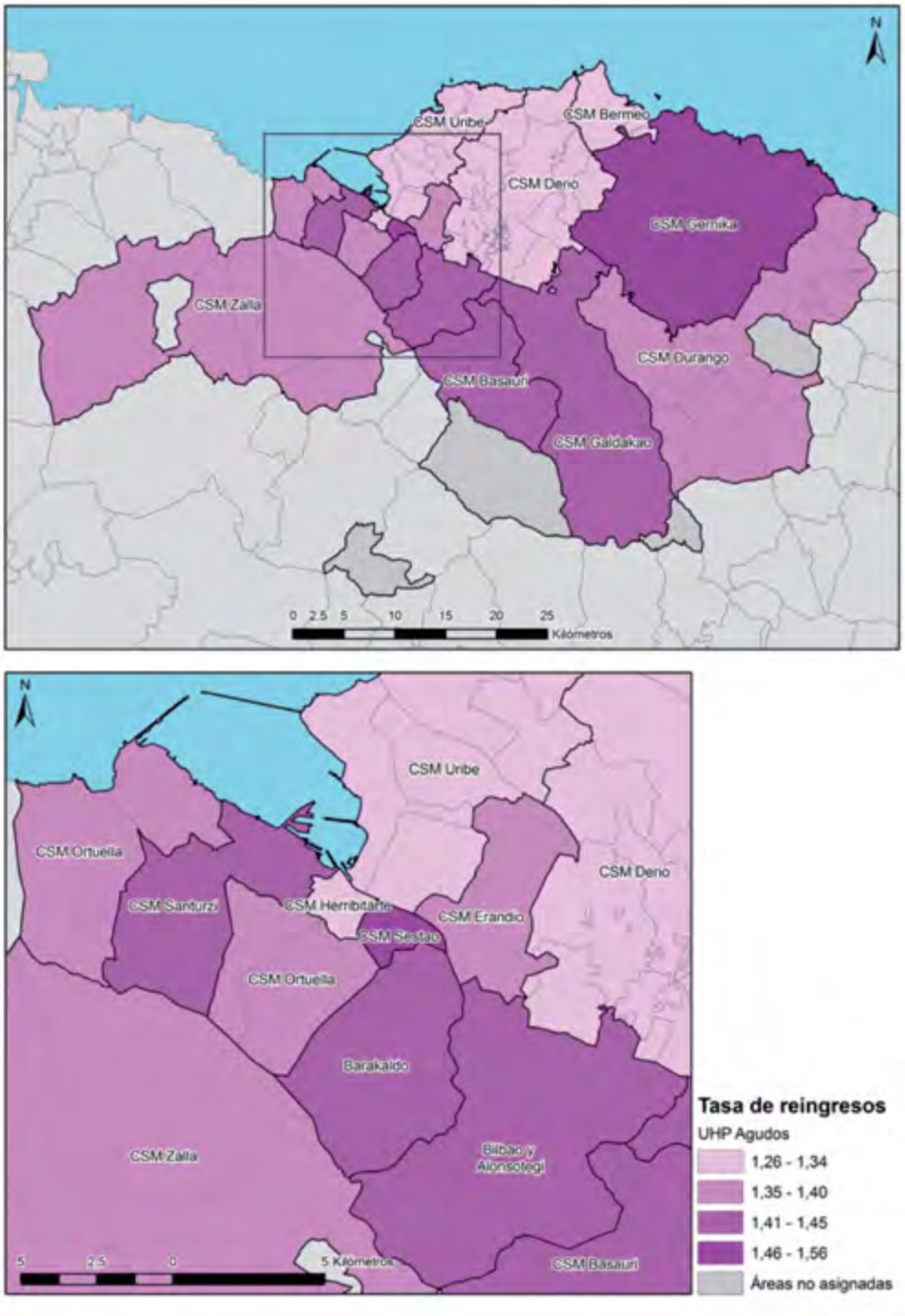
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 46. Tasa de pacientes atendidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(pacientes / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



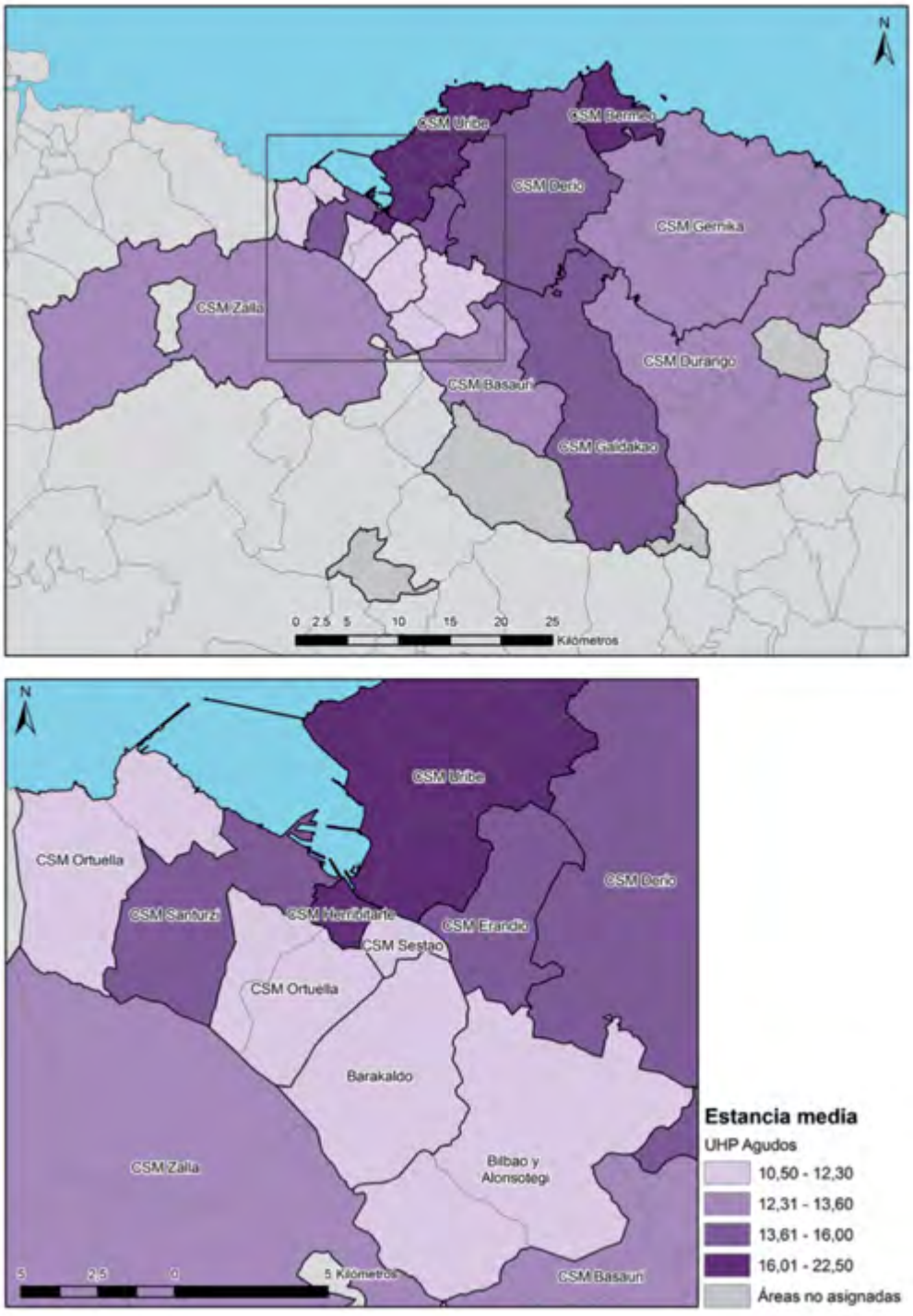
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 47. Tasa de reingresos de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(pacientes / altas)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 48. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(días de estancia / pacientes)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

IV.7.5. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos

Los dispositivos de hospitalización de subagudos tienen una tasa de altas de 0,48 por 1.000 habitantes y la tasa de pacientes es de 0,41 por 1.000, así la tasa de reingresos es baja con 1,2 ingresos por paciente. La estancia media en estos dispositivos fue de 51,6 días.

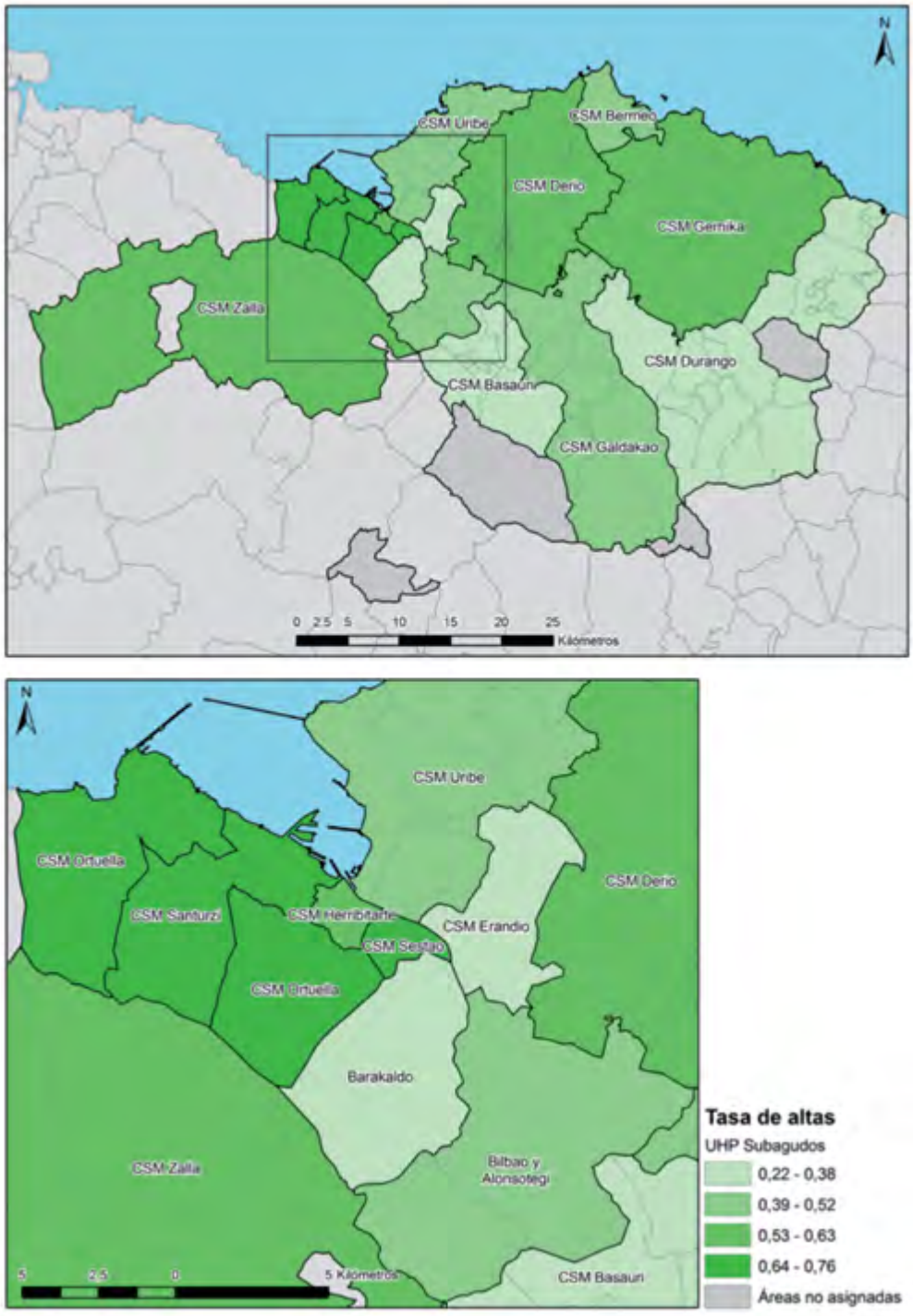
Si se considera el área de Salud Mental de residencia de los pacientes se aprecia que los indicadores no presentan amplios contrastes entre las mismas excepto en estancia media donde las altas que han requerido más de 60 días se refieren a pacientes de las áreas de Bermeo y Durango, por el contrario, los pacientes de Galdakao no llegaron a los 40 días de estancia.

Tabla 15. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia

	Tasa altas (x 1.000 habs.)	**Tasa pacientes** (x 1.000 habs.)	**Tasa reingresos** (ingreso/ paciente)	**Estancia media** (días)
Barakaldo	0,37	0,29	1,27	59,2
Bilbao y Alonsotegi	0,52	0,45	1,16	55,6
CSM Basauri	0,25	0,19	1,29	45,6
CSM Bermeo	0,40	0,35	1,14	61,1
CSM Derio	0,58	0,53	1,11	50,4
CSM Durango	0,38	0,33	1,13	61,3
CSM Erandio	0,22	0,22	1,00	53,0
CSM Galdakao	0,51	0,48	1,06	39,4
CSM Gernika	0,55	0,43	1,29	52,0
CSM Herribitarte	0,61	0,49	1,23	41,9
CSM Ortuella	0,71	0,60	1,19	51,6
CSM Uribe	0,48	0,42	1,13	45,2
CSM Santurzi	0,76	0,52	1,45	46,4
CSM Sestao	0,68	0,61	1,11	54,9
CSM Zalla	0,63	0,48	1,31	56,9
Total	0,48	0,41	1,17	51,6

Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

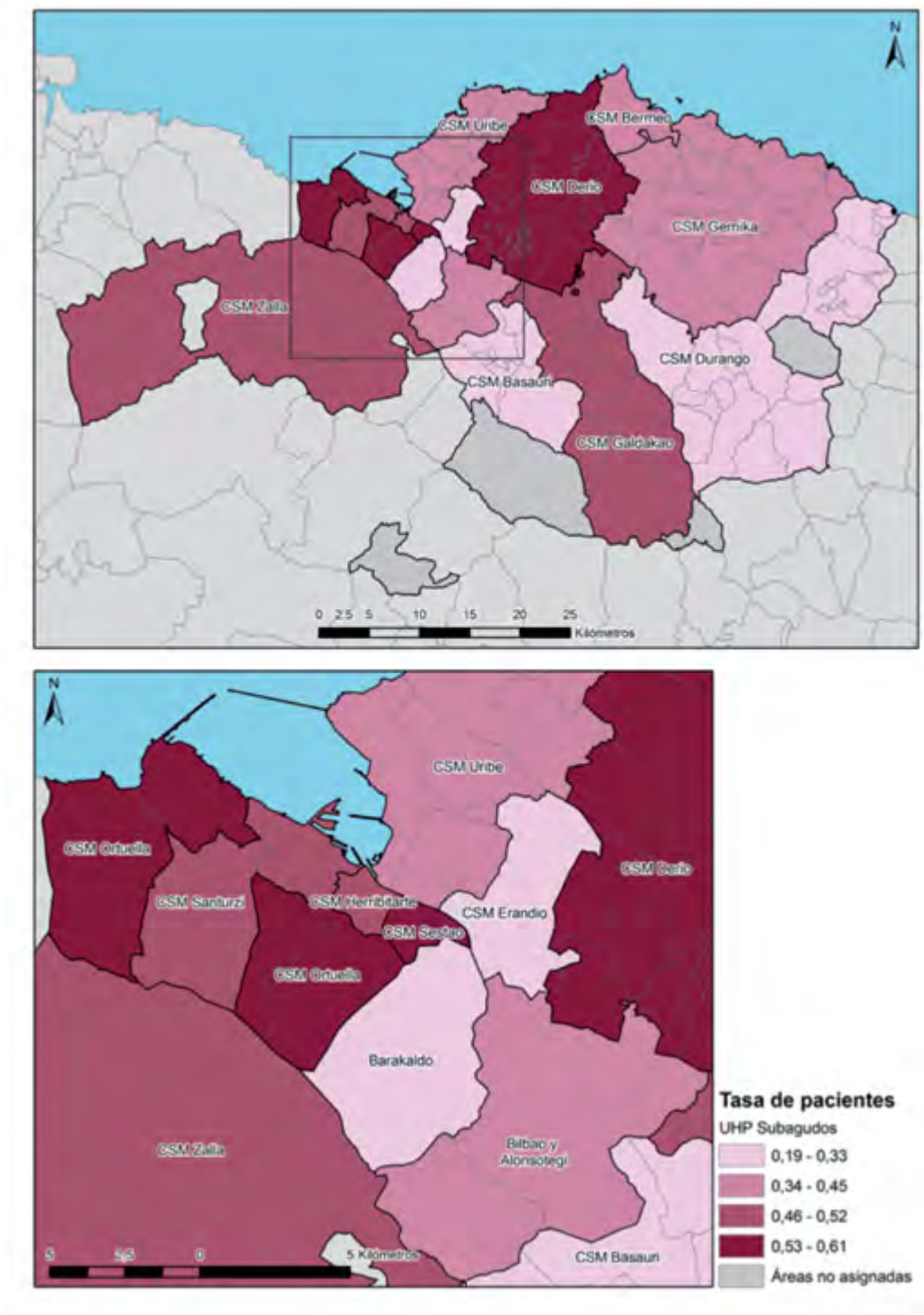
Mapa 49. Tasa de altas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(altas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

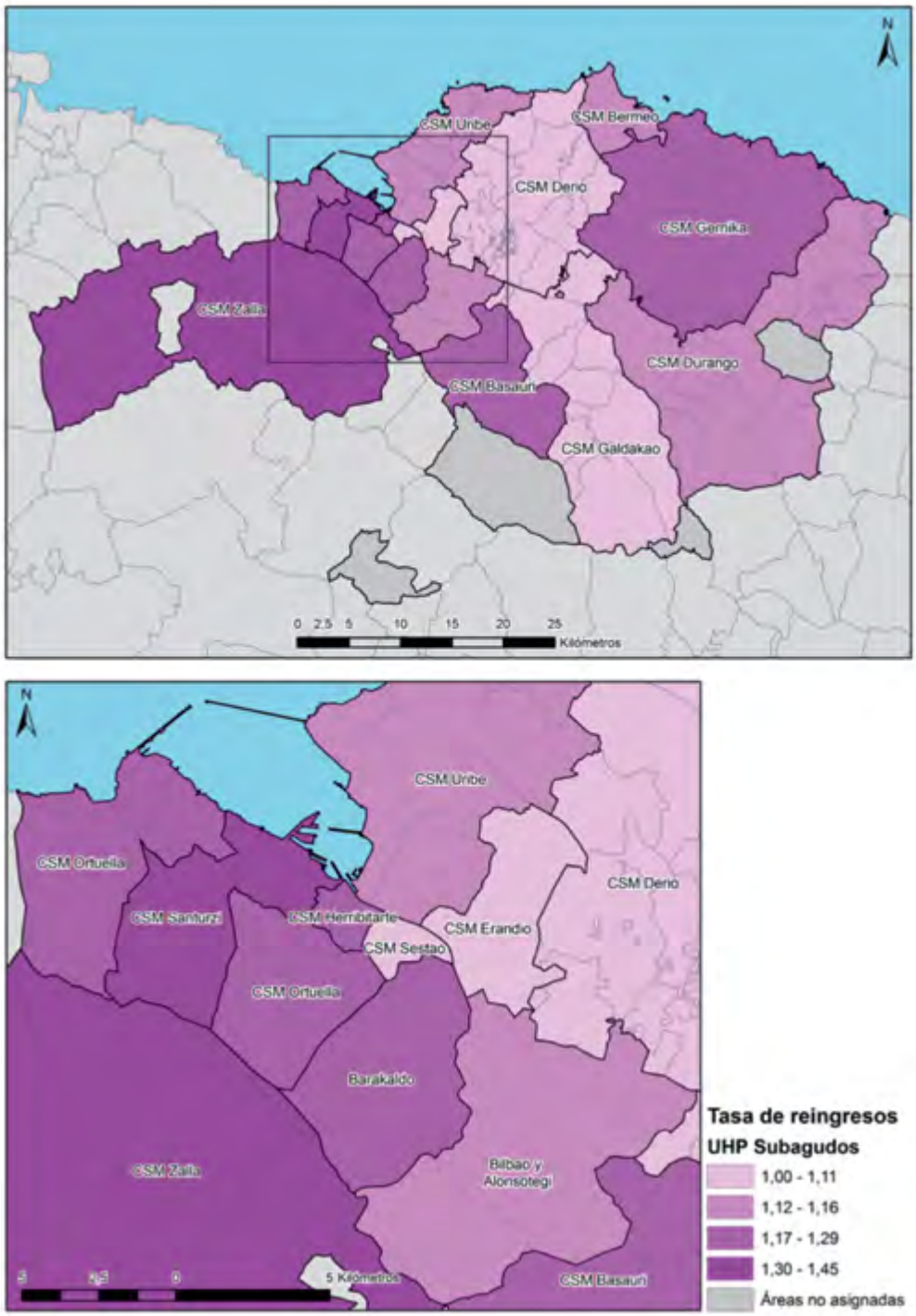
Mapa 50. Tasa de pacientes atendidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia

(pacientes / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



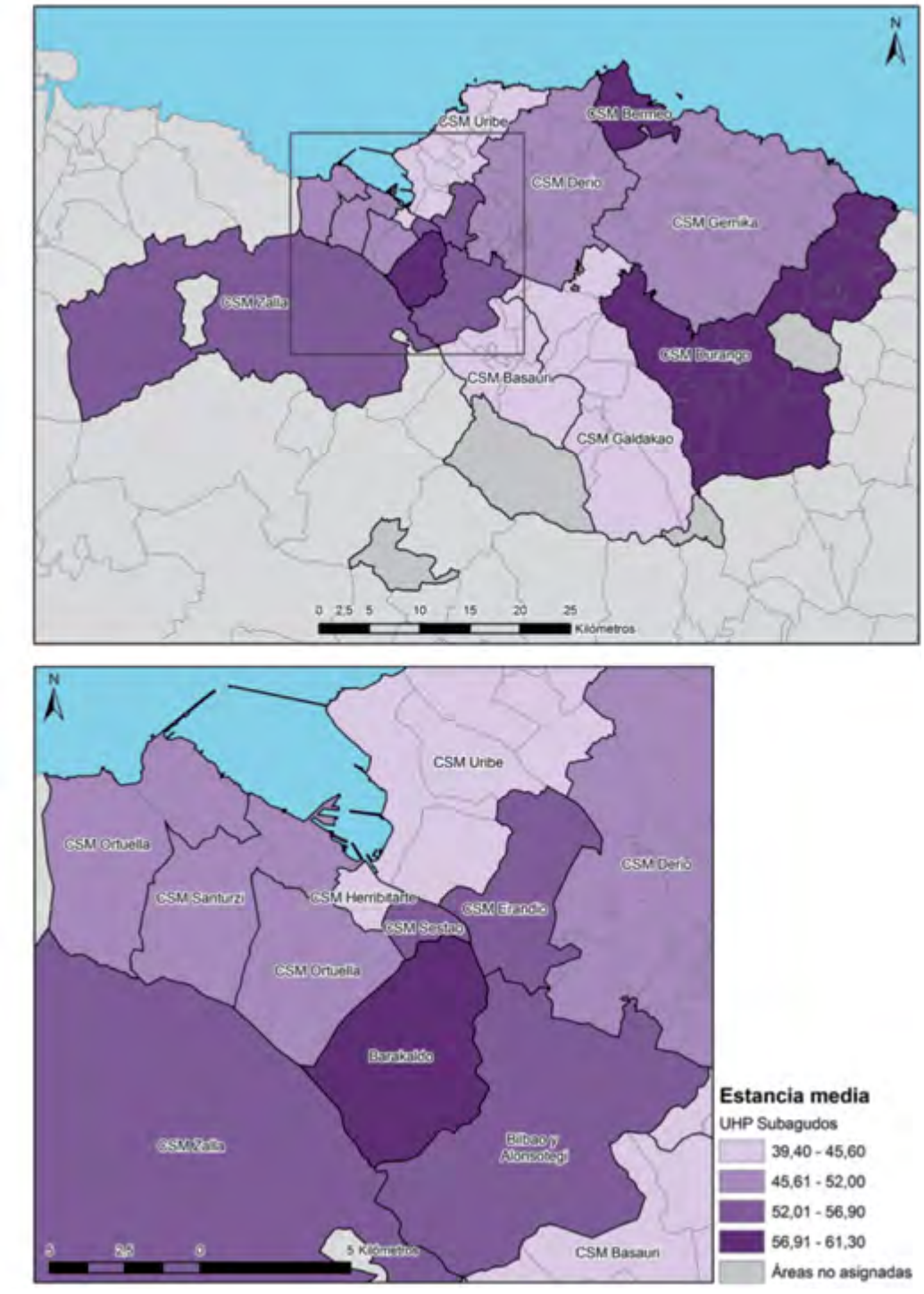
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 51. Tasa de reingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Pacientes / altas)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 52. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Días de estancia / pacientes)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

IV.7.6. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación

Los datos de actividad muestran que las unidades psiquiátricas de rehabilitación atienden a 0,25 pacientes por 1.000 habitantes y producen 0,22 altas por 1.000 habitantes. La tasa de reingresos es de 1,13 altas por paciente. Por último, la estancia media en 2011 fue de 253,5 días.

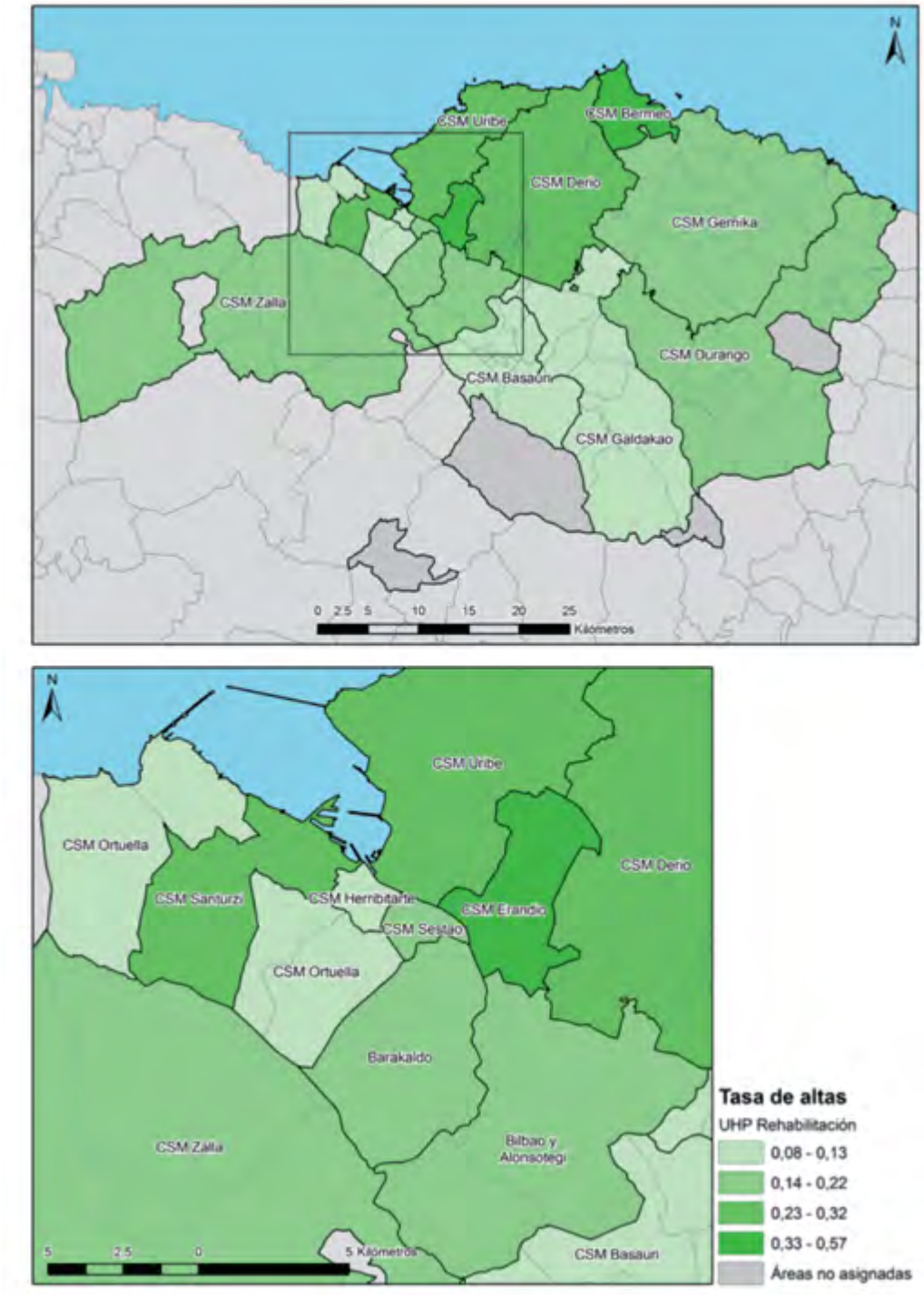
El mayor número de pacientes y altas por habitante procede de Bermeo y Erandio. Las áreas del los CSM de Erandio, Zalla y Ortuella y de los CSM del municipio de Barakaldo presentan los mayores reingresos por pacientes. La estancia media es superior en los CSM de Bermeo y Sestao.

Tabla 16. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia

	Tasa altas (x 1.000 habs.)	**Tasa pacientes** (x 1.000 habs.)	**Tasa reingresos** (ingreso/ paciente)	**Estancia media** (días)
Barakaldo	0,16	0,22	1,25	142,4
Bilbao y Alonsotegi	0,22	0,26	1,13	338,2
CSM Basauri	0,08	0,10	1,00	175,8
CSM Bermeo	0,45	0,84	1,12	642,8
CSM Derio	0,28	0,33	1,00	120,8
CSM Durango	0,20	0,22	1,00	105,0
CSM Erandio	0,57	0,48	1,30	112,3
CSM Galdakao	0,13	0,13	1,00	168,2
CSM Gernika	0,22	0,24	1,11	124,9
CSM Herribitarte	0,11	0,20	1,00	331,6
CSM Ortuella	0,12	0,12	1,25	233,8
CSM Santurtzi	0,25	0,25	1,18	175,0
CSM Sestao	0,22	0,34	1,11	714,8
CSM Uribe	0,32	0,30	1,16	211,6
CSM Zalla	0,15	0,15	1,25	135,3
Total	0,22	0,25	1,13	253,5

Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

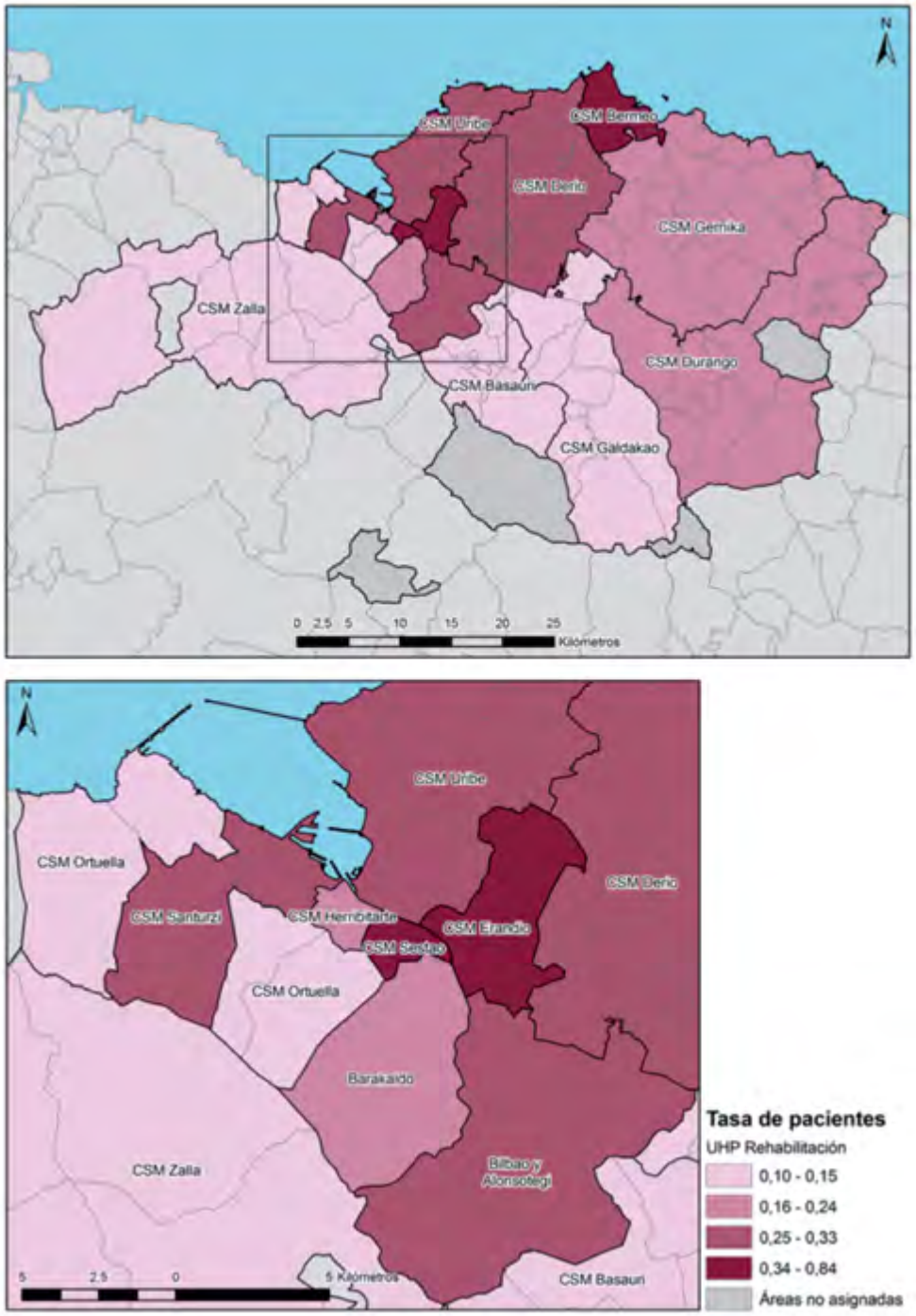
Mapa 53. Tasa de altas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(altas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

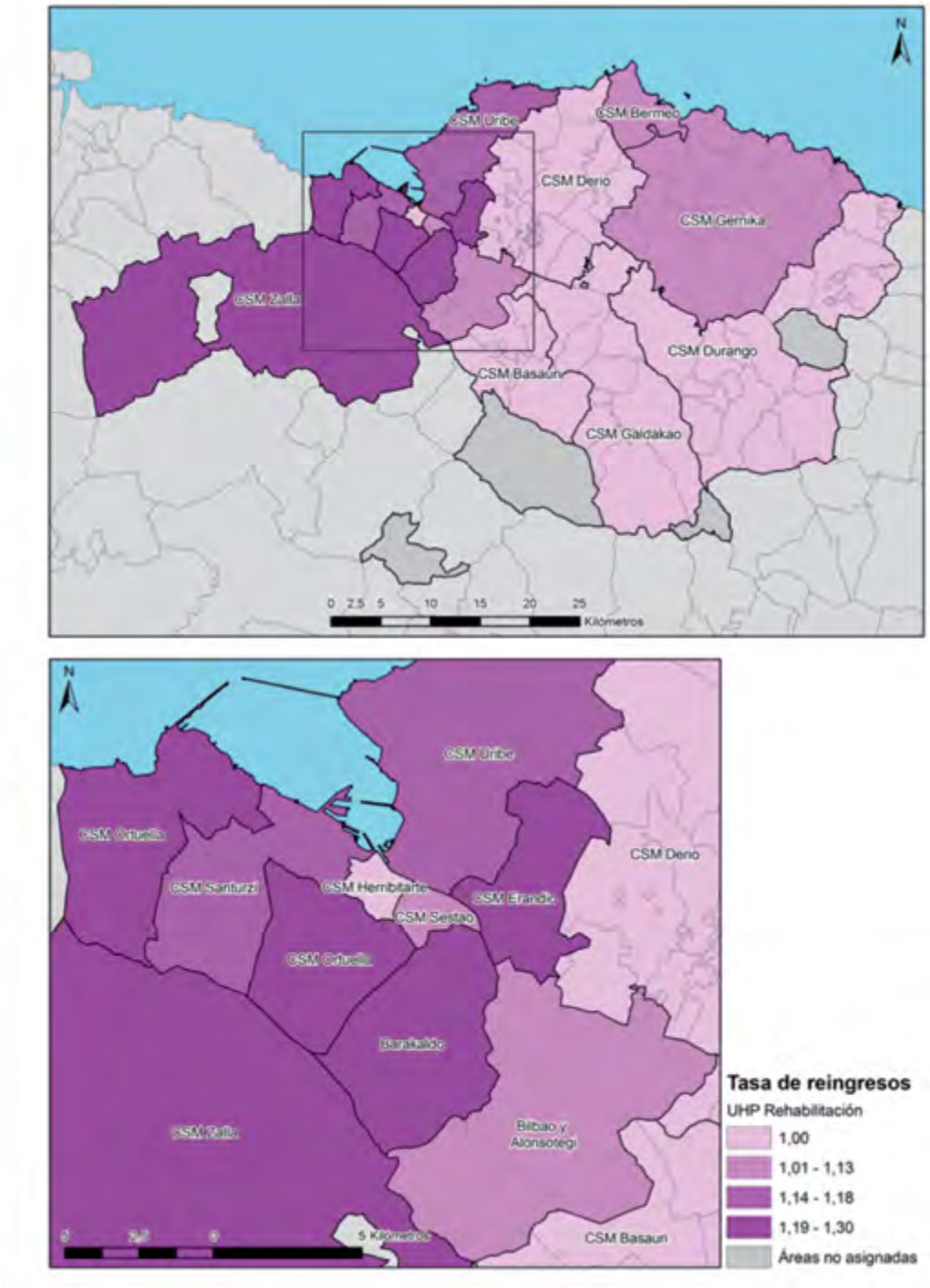
Mapa 54. Tasa de pacientes atendidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia

(pacientes / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



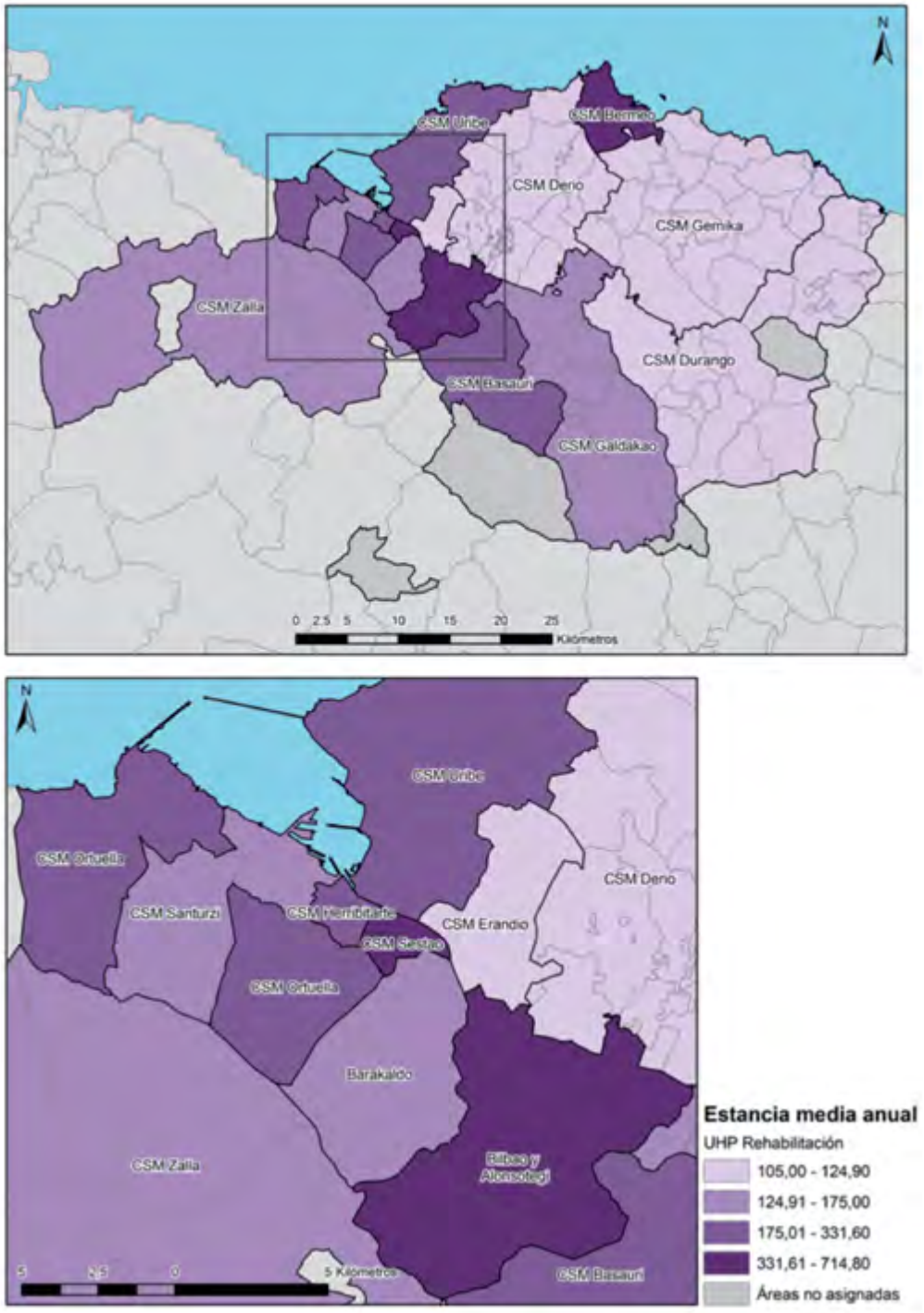
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 55. Tasa de reingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Pacientes / altas)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 56. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Rehabilitación distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Días de estancia / pacientes)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

IV.7.7. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residencial

Los dispositivos de hospitalización psiquiátrica residencial prestan una atención de estancia prolongada. Así sus valores de actividad anuales son bajos con 0,05 altas y 0,22 pacientes por 1.000 habitantes. Los reingresos son prácticamente inexistentes. La estancia media de los pacientes dados de alta en 2011 para el conjunto de Bizkaia fue de 3.213,8 días.

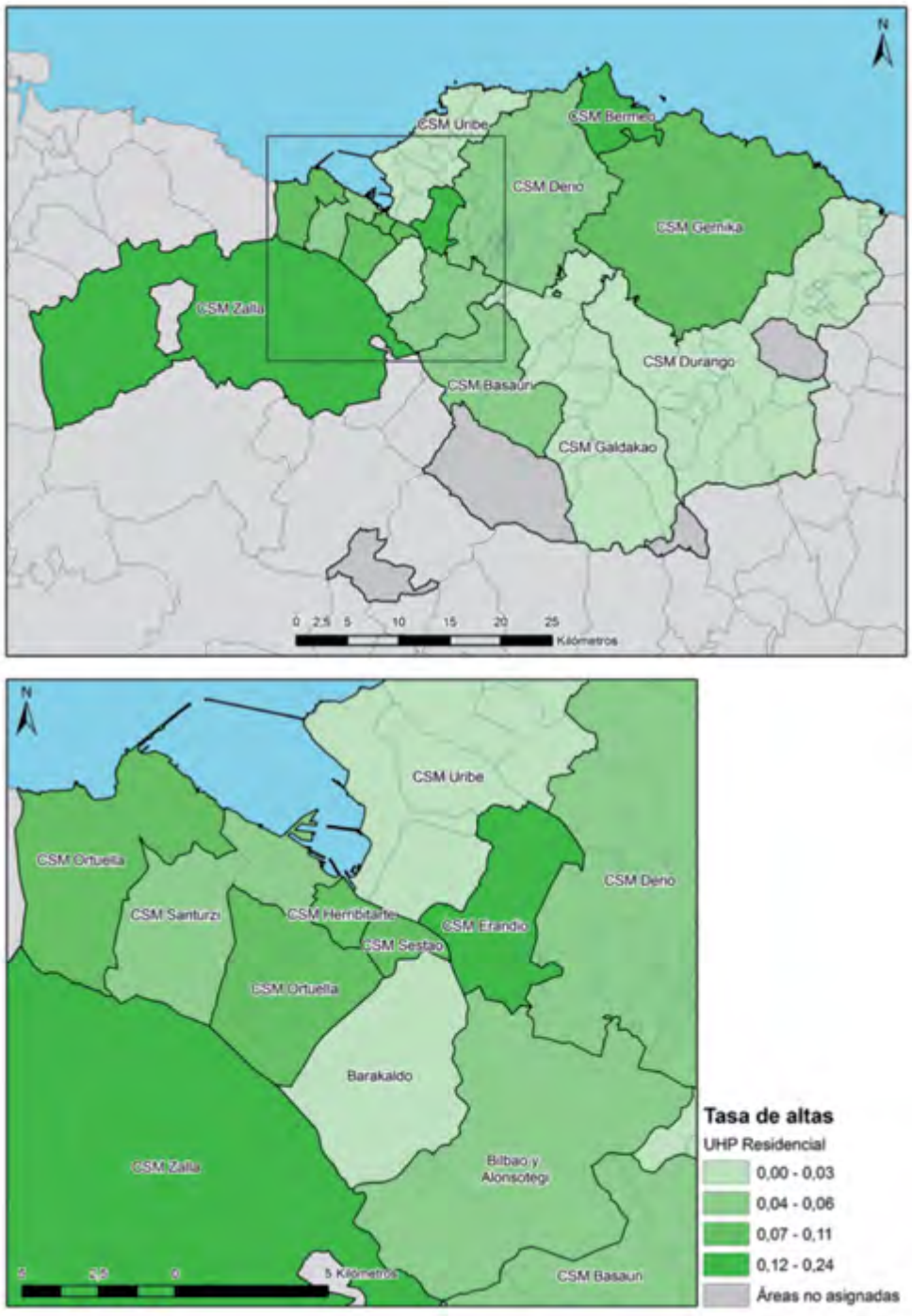
Las tasas de pacientes y de altas de personas procedentes del área de Bermeo son los más elevadas en comparación al resto de áreas, aunque las cifras de Erandio también son muy significativas. Los pacientes de este tipo de dispositivos tienen una estancia media superior al año en la mayoría de los casos. Los que permanecieron más días de estancia media fueron los pacientes residentes en el área de Sestao.

Tabla 17. Indicadores de actividad de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residenciales distribuidos por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia

	Tasa altas (x 1.000 habs.)	**Tasa pacientes** (x 1.000 habs.)	**Tasa reingresos** (ingreso/ paciente)	**Estancia media** (días)
Barakaldo	0,03	0,18	1,00	707,7
Bilbao y Alonsotegi	0,04	0,12	1,03	3.927,3
CSM Basauri	0,06	0,11	1,00	1.880,5
CSM Bermeo	0,20	1,88	1,00	2.421,3
CSM Derio	0,06	0,11	1,00	245,5
CSM Durango	0,02	0,64	1,00	4.750,7
CSM Erandio	0,24	0,13	1,00	1.274,4
CSM Galdakao	0,00	0,16	1,00	0,0
CSM Gernika	0,11	0,12	1,00	771,5
CSM Herribitarte	0,07	0,13	1,00	2.193,7
CSM Ortuella	0,09	0,34	1,00	1.000,0
CSM Santurzi	0,04	0,29	1,00	4.002,5
CSM Sestao	0,07	0,23	1,00	16.285,5
CSM Uribe	0,03	0,09	1,00	3.738,0
CSM Zalla	0,19	0,19	1,00	2.996,6
Total	0,05	0,22	1,00	3.213,8

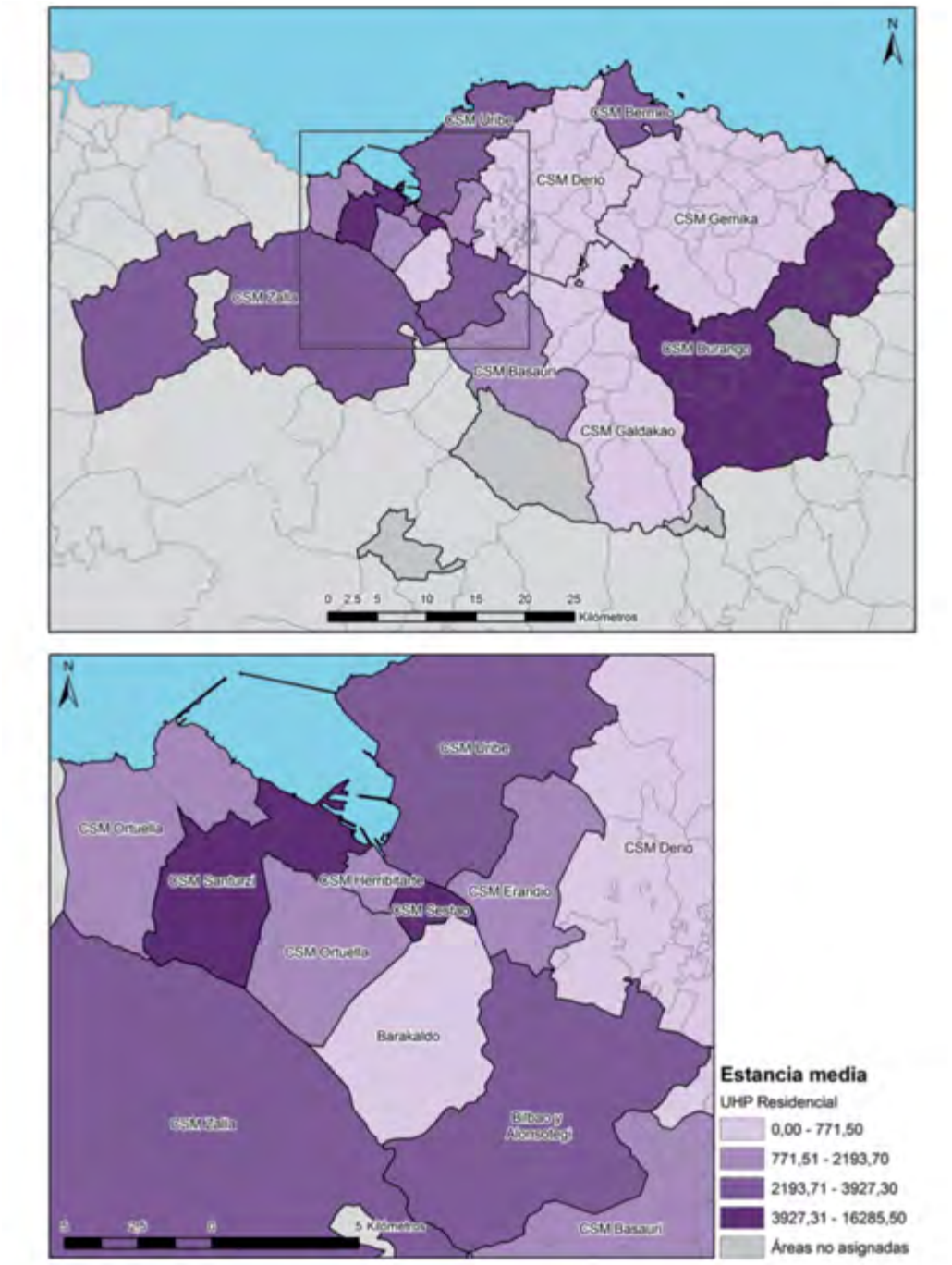
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Mapa 57. Tasa de altas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residenciales distribuidas por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Altas / población con Tarjeta Sanitaria ≥ 18 años x 1.000)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

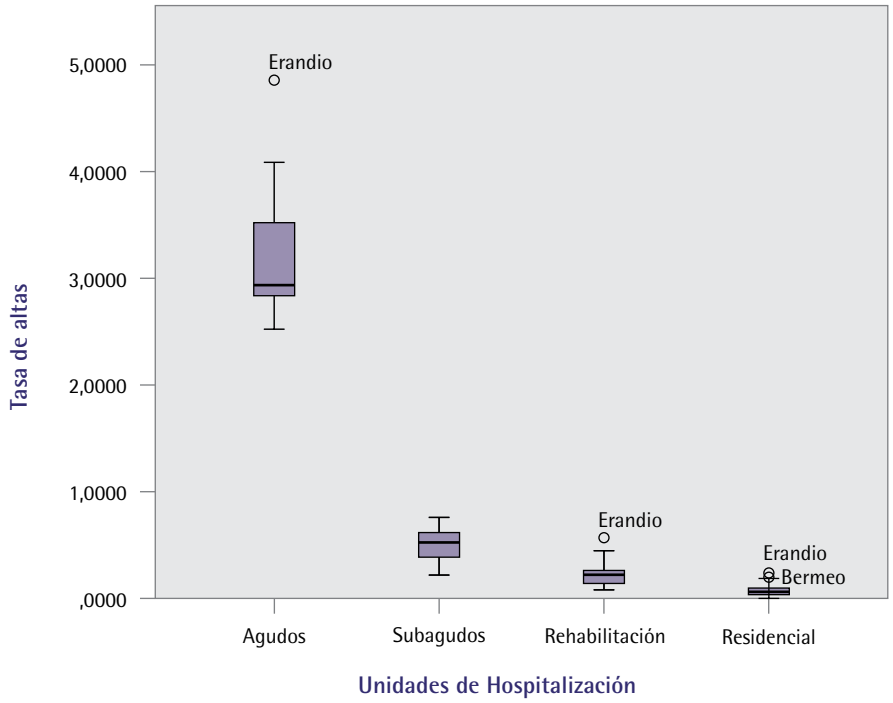
Mapa 58. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Residenciales distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(días de estancia / pacientes)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

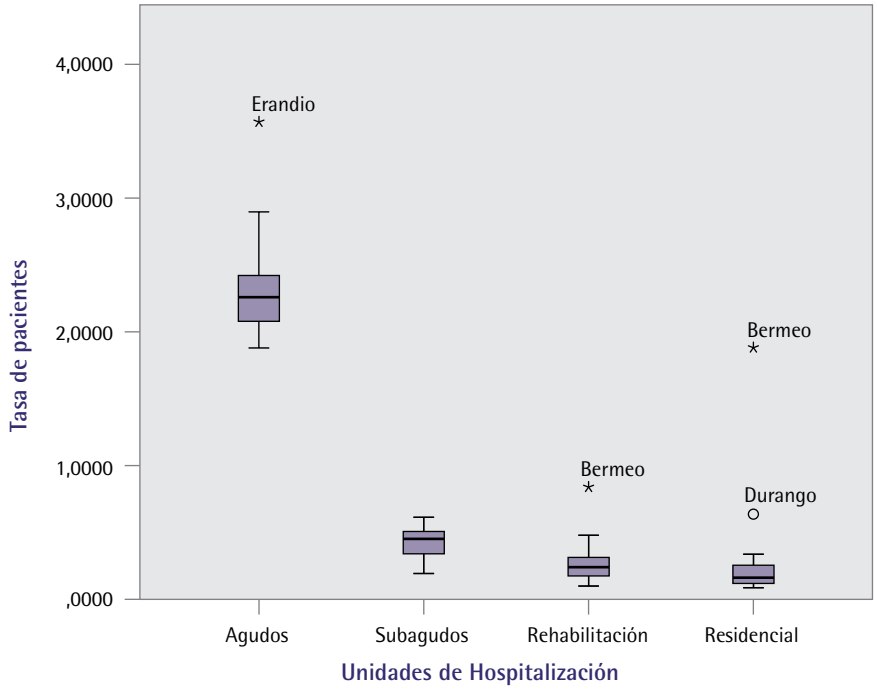
En los siguientes gráficos *box-plots* se representan los indicadores de actividad de los dispositivos hospitalarios. En ellos se puede observar la dispersión de cada variable y la existencia de valores extremos u *outliers* por encima o por debajo de la distribución. Los valores extremos son identificados mediante etiquetas.

Gráfico 22. Tasa de altas de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Altas / población de referencia x 1.000)



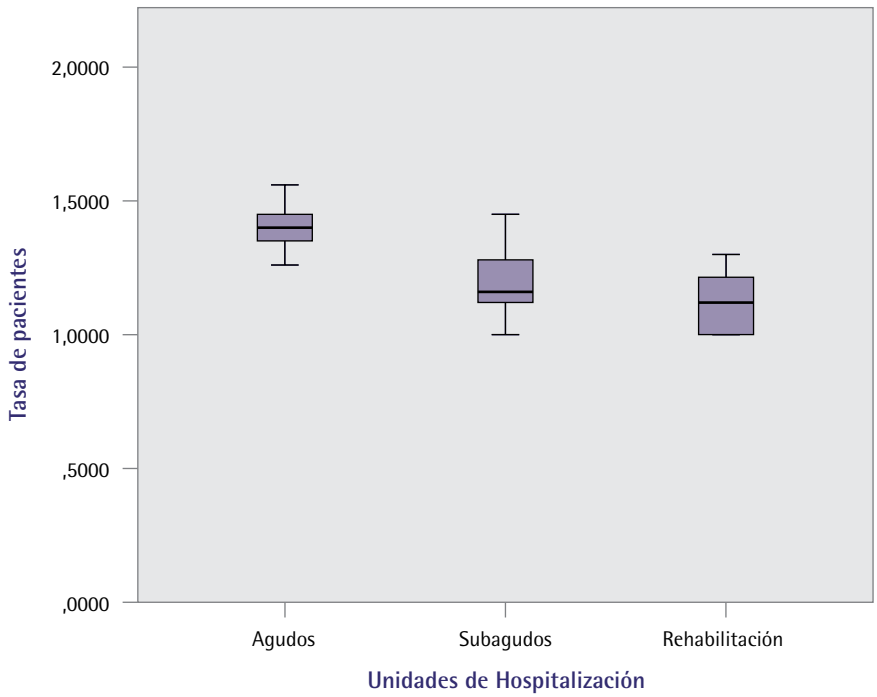
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Gráfico 23. Tasa de pacientes de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Pacientes / población de referencia x 1.000)



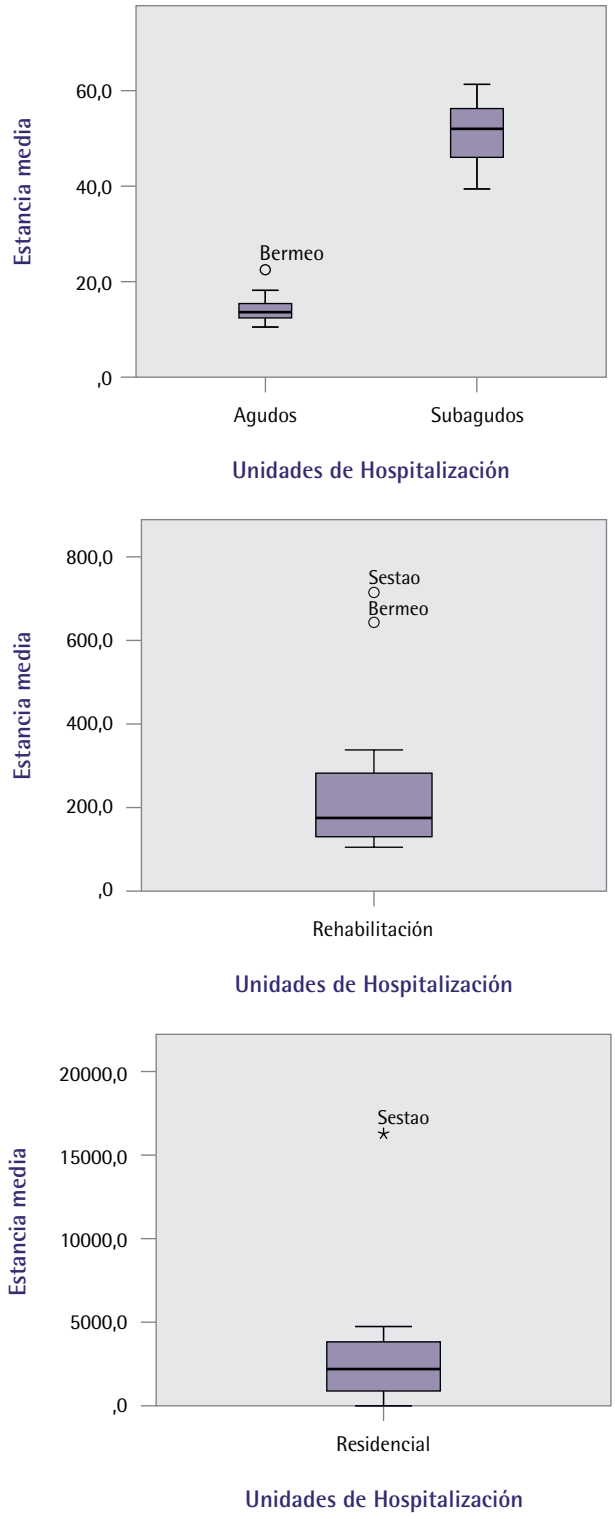
Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Gráfico 24. Tasa de reingresos de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia
(Pacientes / altas)



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

Gráfico 25. Estancia media en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica distribuida por las áreas de cobertura de los C. de Salud Mental de Adultos de Bizkaia(*(Días de estancia / pacientes)*



Fuente: BBDD Salud Mental, 2011.

IV.8. Análisis de los profesionales de Salud Mental

IV.8.1. Descripción del perfil profesional por dispositivo

El gráfico 26 describe el porcentaje que cada tipo de profesional tiene en los servicios / BSICs identificados, dependientes de sanidad, mixtos, servicios sociales y drogas. Se observa como aquellos dispositivos relacionados con la salud sean hospitalarios o comunitarios (R2, R4, R6, R11, D1.2, D1.2, D4.1, O2.1, O8.1, O9.1, O10.1) tienen un perfil de profesionales semejante más relacionado con disciplinas sanitarias (psiquiatras, psicólogos, psicólogos clínicos, enfermeros, auxiliares de enfermería) independientemente del tipo de población que atiende o la administración financiadora. Los dispositivos con un enfoque más social (R12, D2.2, D3.2, D4.2, D4.3) tienen un cuadro de profesionales formado principalmente monitores, educadores, responsables de taller etc. Resulta llamativo el centro de rehabilitación sociolaboral de Eragintza (D7.1 I1.4), pues al tratarse de un centro de corte laboral se podría esperar que tuviera un equipo de atención más social pero la presencia de psicólogos se explica por su carácter de rehabilitación psicosocial a través del trabajo.

El perfil de distribución de profesionales por tipos básicos de atención es indicativo de la validez de este constructo para la diferenciación de servicios de atención e indica la importancia de no considerar como criterio principal en su tipificación la organización administrativa de la que depende cada servicio. Estos perfiles son también indicativos de la capacidad potencial de intervenciones de los diferentes dispositivos clasificados por su actividad fundamental (MTC), lo que puede aportar una mayor flexibilidad al sistema de atención.

A continuación se presenta otro gráfico con el perfil de profesionales recogido en otra Comunidad donde se pueden observar similitudes entre los tipos dispositivos que se muestran y los expuestos en líneas anteriores, según códigos DESDE-LTC.

Gráfico 26. Descripción del perfil profesional por dispositivo en el Territorio Histórico de Bizkaia

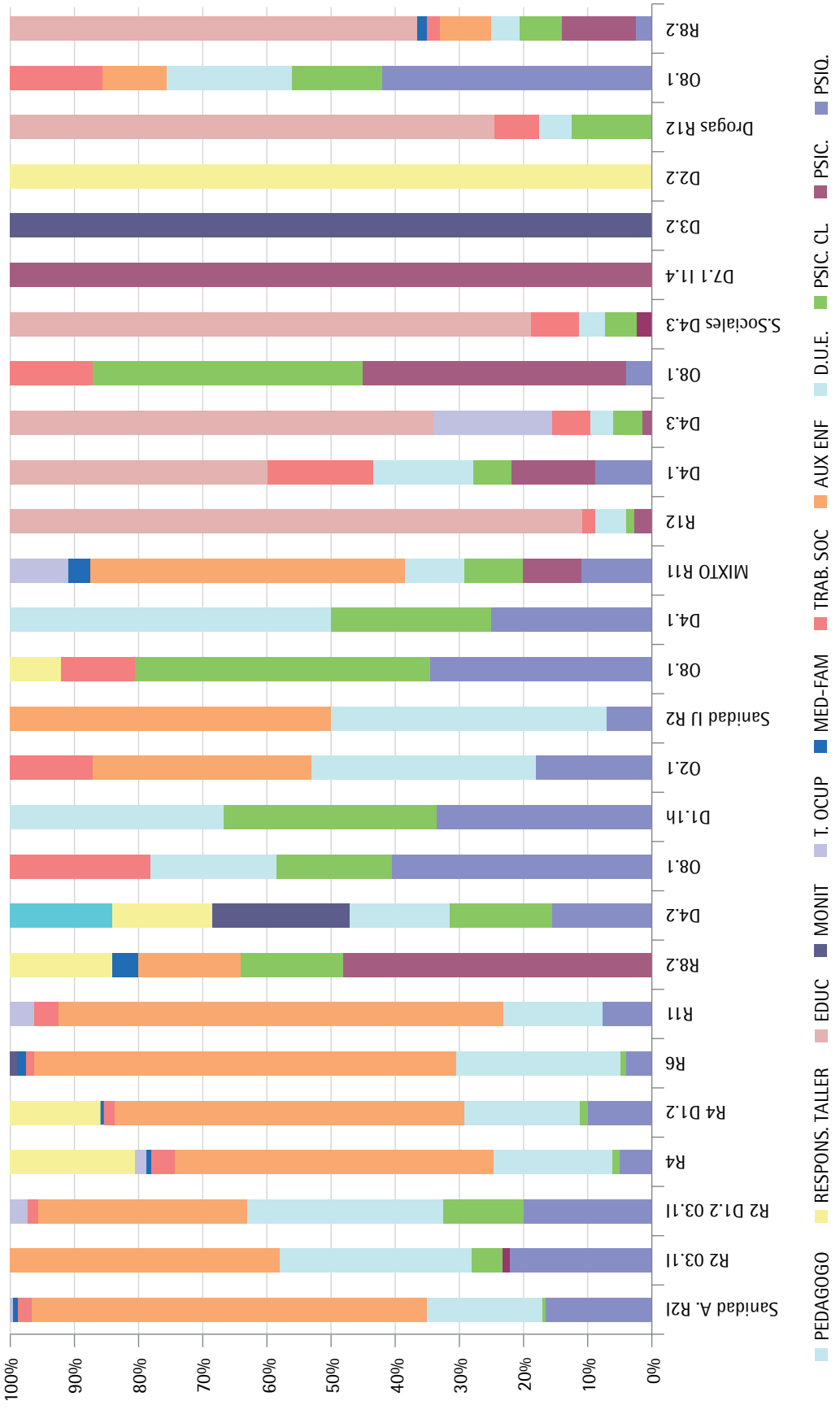
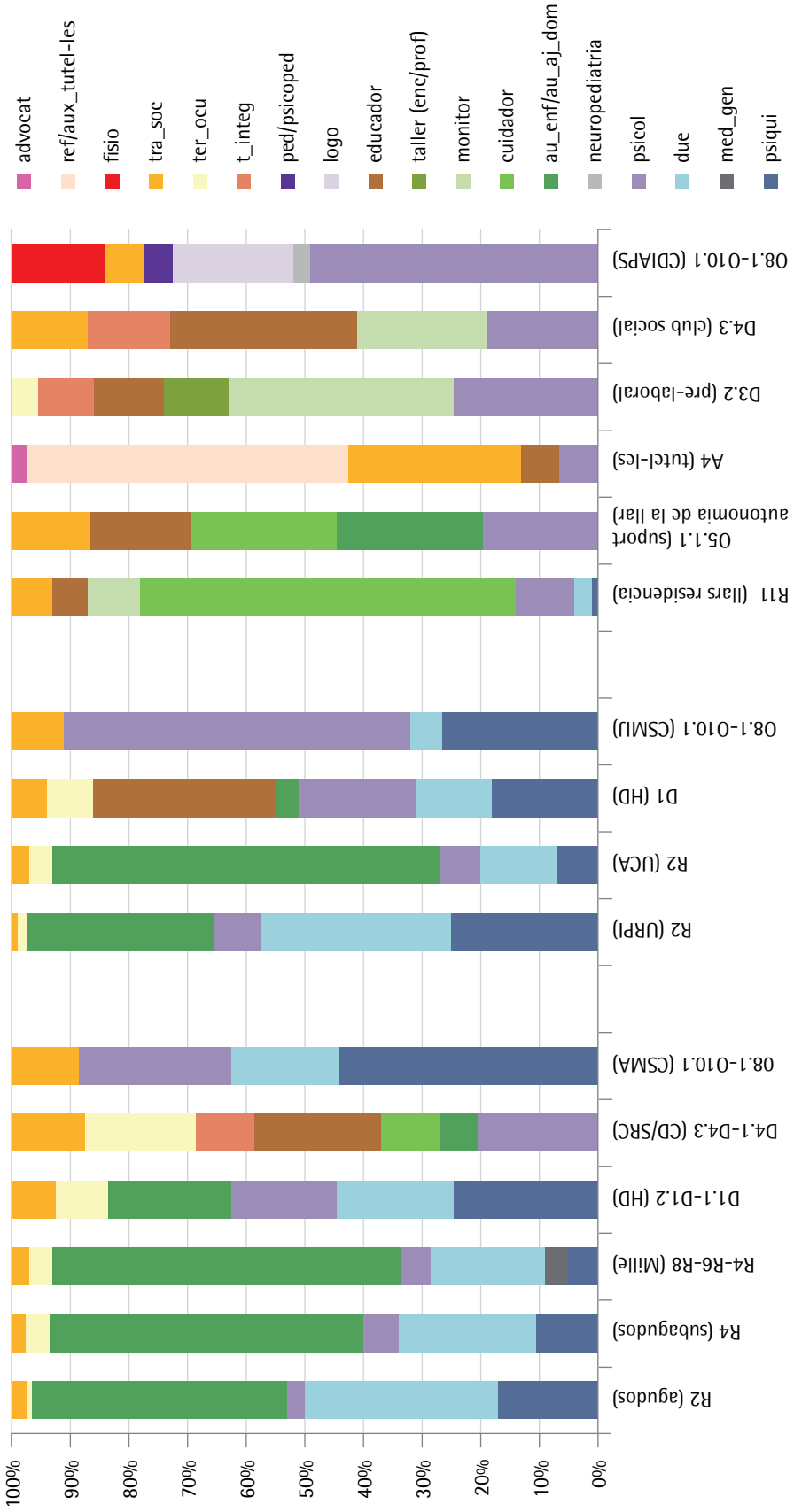


Gráfico 27. Descripción del perfil profesional por dispositivo en otra Comunidad

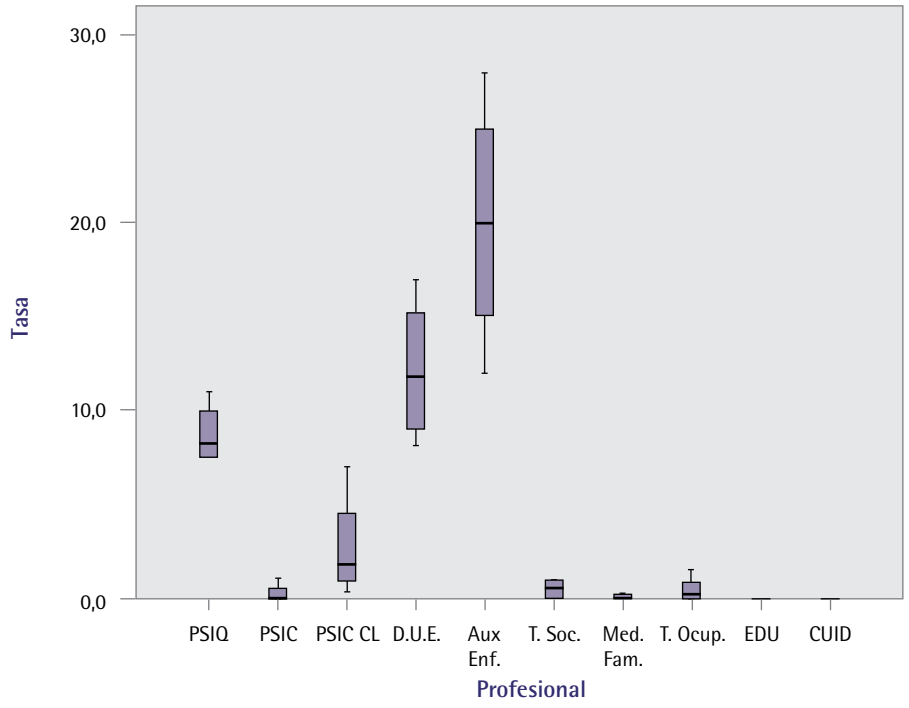


IV.8.2. Análisis de la disponibilidad de profesionales

Las tasas de profesionales por 100.000 habitantes se han representado en gráficos de caja o *box-plots*, considerando las tipologías de servicios, según códigos DESDE-LTC, más representativas del Territorio Histórico de Bizkaia. De esta forma se han incluido las unidades de hospitalización de agudos (R2), las unidades de subagudos y de rehabilitación (R4), las unidades de larga estancia y residenciales (R6), los hospitales de día sanitarios (D4.1), los centros de Salud Mental de adultos y mayores (O8.1), los equipos de primeros episodios psicóticos (O8.1), los dispositivos para tratamiento asertivo comunitario (O2.1), los centros de Salud Mental infanto-juvenil (O8.1) y los centros de día sociosanitarios.

En el gráfico 28, entre los profesionales que atienden las unidades de agudos (R2) destacan auxiliares de enfermería y enfermeros por tener el margen más amplio de disponibilidad según el dispositivo sin llegar a representar un outlier; en psiquiatras se observa que todos se agrupan en torno al menor valor. La disponibilidad de psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales es generalmente baja y no está presente en todos los dispositivos.

Gráfico 28. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con R2 (+18)

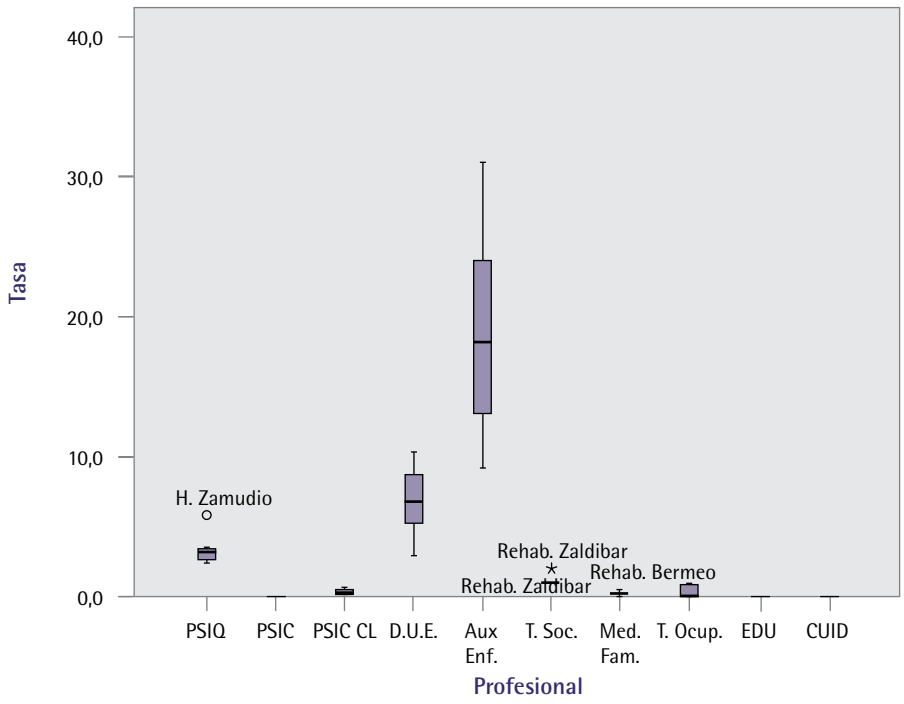


Incluye 4 centros:

- 1 Unidad de agudos AO-[MD]-R2
- 2 Unidades de agudos AO-[MD]-R2l O3.1l
- 1 Unidad de agudos AO-[MD]-R2l D1.2 O3.1l

A continuación se muestra la distribución de profesionales en dispositivos de media estancia (R4), el dato más llamativo es el de auxiliares de enfermería, por amplitud de valores y por tener también la mayor disponibilidad sin llegar a existir *outlier*. Por dispositivos, la unidad de subagudos del Hospital de Zamudio destaca por contar con el mayor número de psiquiatras.

Gráfico 29. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con R4 (+18)

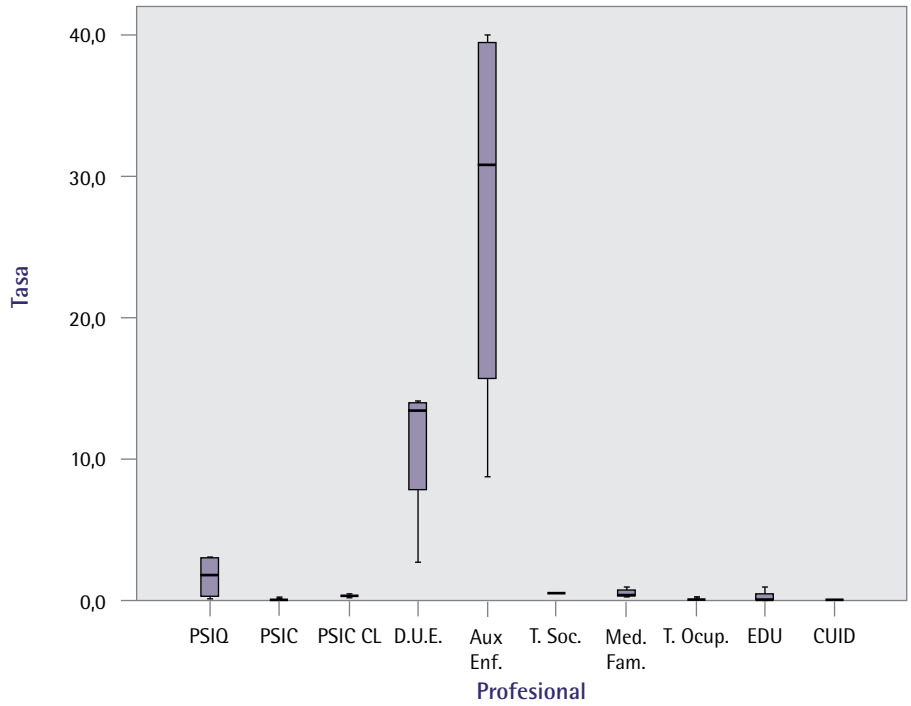


Incluye 5 centros:

- 1 unidad Hospitalaria de Subagudos R4
- 1 unidad Hospitalaria de Subagudos R4 D1.2
- 3 Unidades Hospitalarias de Rehabilitación R4

En el siguiente gráfico se representa la hospitalización de larga estancia. El tipo de profesional que más destaca sin llegar a existir outlier es auxiliar de enfermería; aunque todos los dispositivos tienen una alta disponibilidad, la diferencia entre el valor más alto (Zaldibar) y el más bajo es bastante amplia. A continuación destacan los enfermeros y posteriormente con bastante diferencia los psiquiatras, siendo el resto de profesionales es mínimo para todos los dispositivos.

Gráfico 30. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con R6 (+ 18)

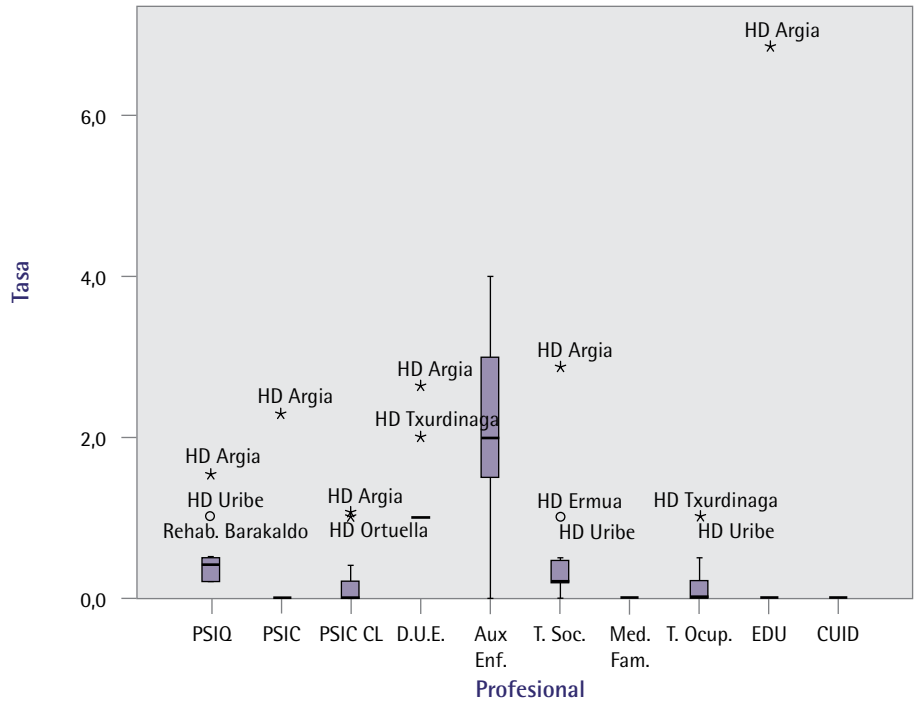


Incluye 4 centros:

- 2 Unidades Hospitalarias de Larga Estancia R6
- 2 Unidades Hospitalarias de Rehabilitación R6

En el gráfico 31 es donde se presentan el mayor número de outliers. En líneas generales se observa que el hospital de día sociosanitario de Argia cuenta con la mayor disponibilidad de profesionales destacando especialmente los educadores, disciplina de la que el resto de dispositivos carece, lo que indica su carácter fundamentalmente social. El resto de categorías registran valores muy bajos excepto auxiliares de enfermería.

Gráfico 31. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con D4.1 (Adultos)

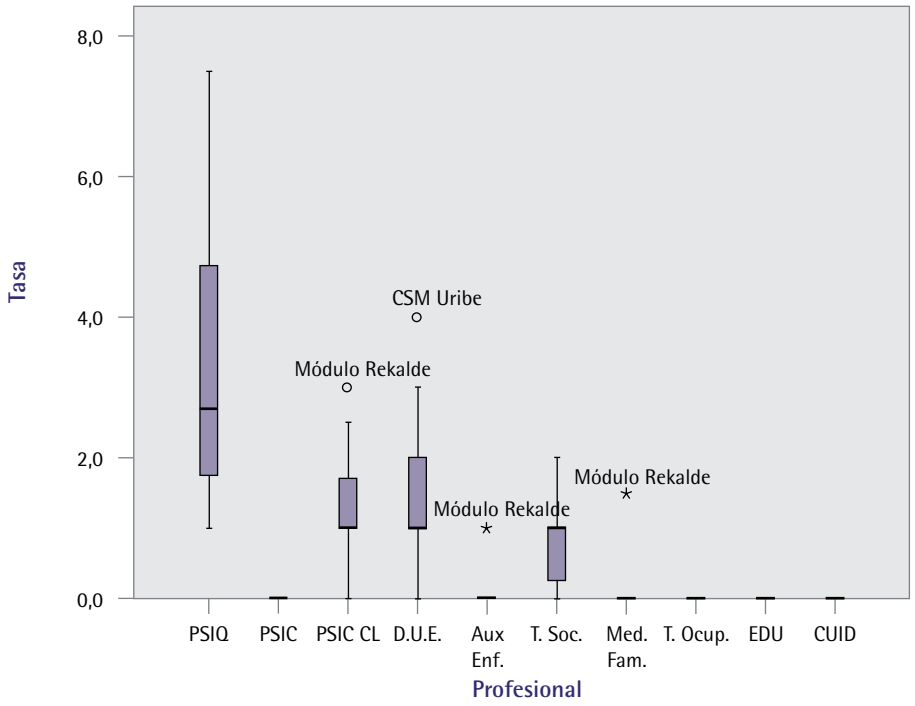


Incluye 14 centros:

- 14 Hospitales de Día D4.1

A continuación se muestra la Atención Ambulatoria para mayores de 18 años representada por los 18 centros de Salud Mental y los 2 módulos de asistencial psicosocial. destaca principalmente el módulo Rekalde, único dispositivo con auxiliar de enfermería y médico de familia y con el valor más alto de psicólogos clínicos. El CSM Uribe destaca para enfermeros y en general la disponibilidad más alta la registran los psiquiatras donde el margen entre el valor más alto y el más bajo es significativo.

Gráfico 32. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con 08.1 (+18)

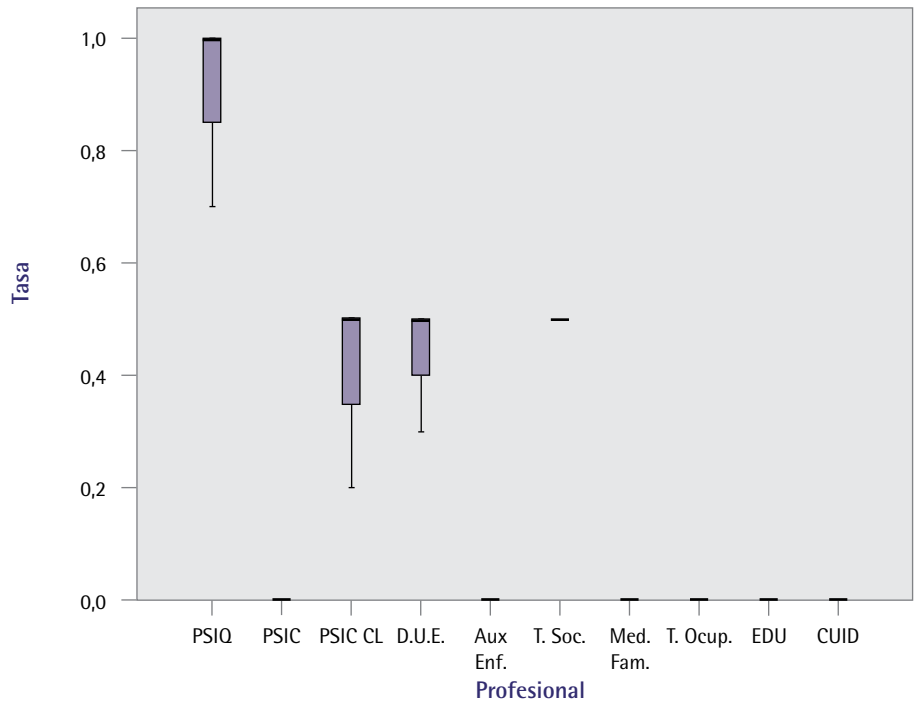


Incluye 20 centros:

- 18 Centros de Salud Mental 08.1
- 2 Módulos de Asistencia Psicosocial 08.1

En el gráfico 33 se representan los equipos de primeros episodios psicóticos. Todos tienen el mismo valor para trabajadores sociales y para el resto de categorías que se registran la disponibilidad es muy semejante para todos los dispositivos.

Gráfico 33. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con O8.1 (Adultos)

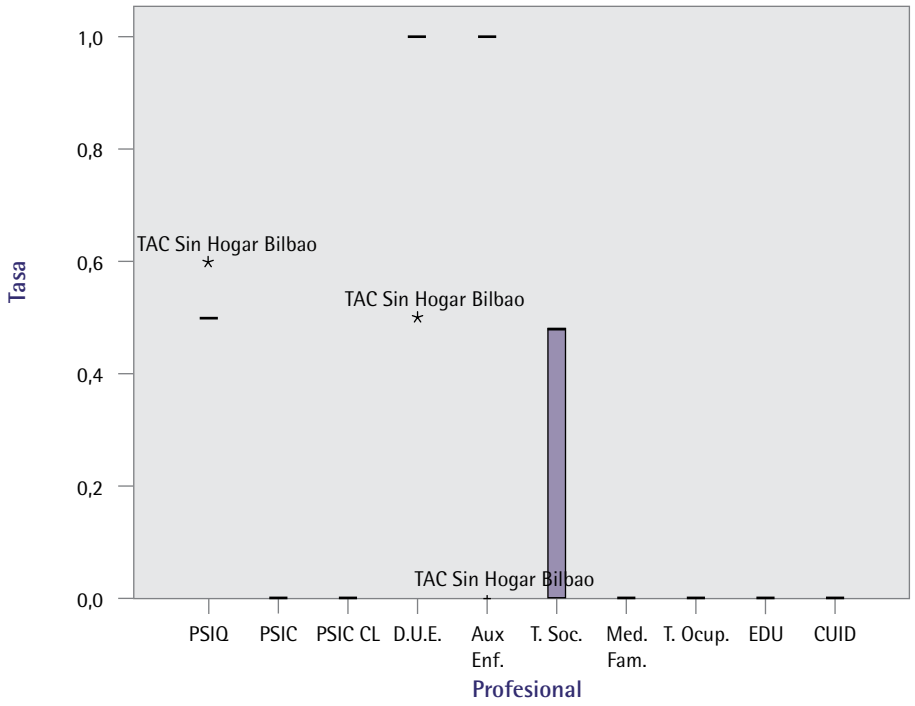


Incluye 4 centros:

- 4 Equipos de Primeros Episodios Psicóticos O8.1

En la gráfica presentada a continuación se muestran los TAC (equipos de tratamiento asertivo comunitario). Se observa que el TAC de Bilbao es outlier para psiquiatras con el valor más alto (0,6) mientras el resto tiene disponibilidad similar ligeramente inferior (0,5), para DUE con el valor más bajo y para auxiliar de enfermería por no disponer de este tipo de profesional mientras el resto de dispositivos tienen 1. Finalmente la categoría trabajador social es semejante para los dispositivos que disponen de la misma.

Gráfico 34. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con O2.1 (Adultos)

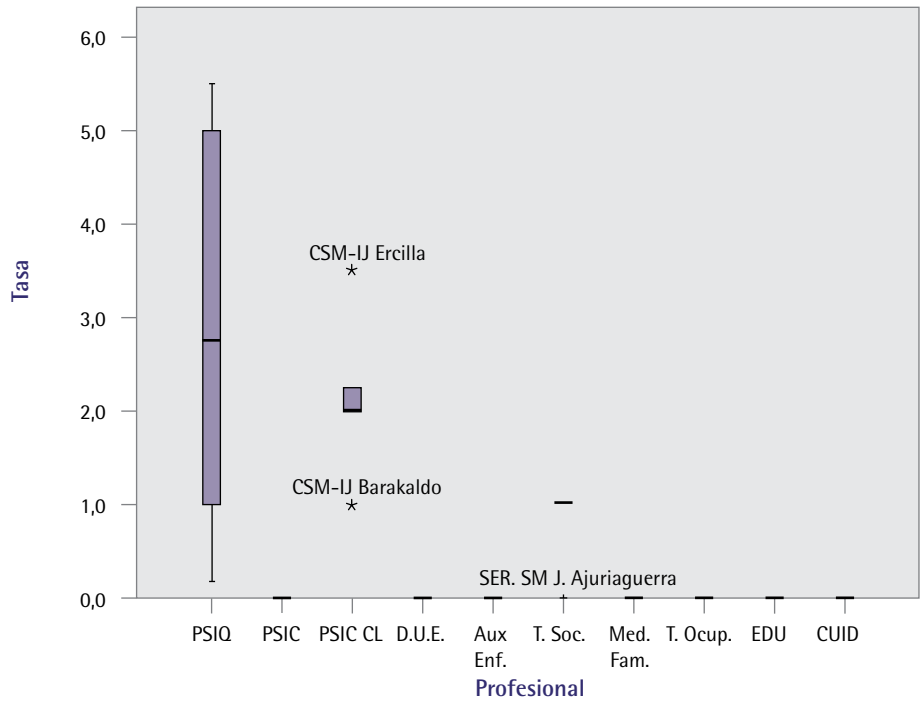


Incluye 5 centros:

- 5 Tratamiento Asertivo Comunitario O2.1

La Atención Ambulatoria infanto-juvenil muestra outlier para psicólogo clínico por la amplitud del rango entre el valor más alto (UPI Ercilla) y el más bajo (UPI Barakaldo). Para psiquiatras el margen también es bastante amplio y finalmente para trabajadores sociales todos tienen el mismo valor excepto el servicio de Salud Mental Julián de Ajuriaguerra que no dispone de esta disciplina.

Gráfico 35. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con 08.1 (Infato-Juvenil)

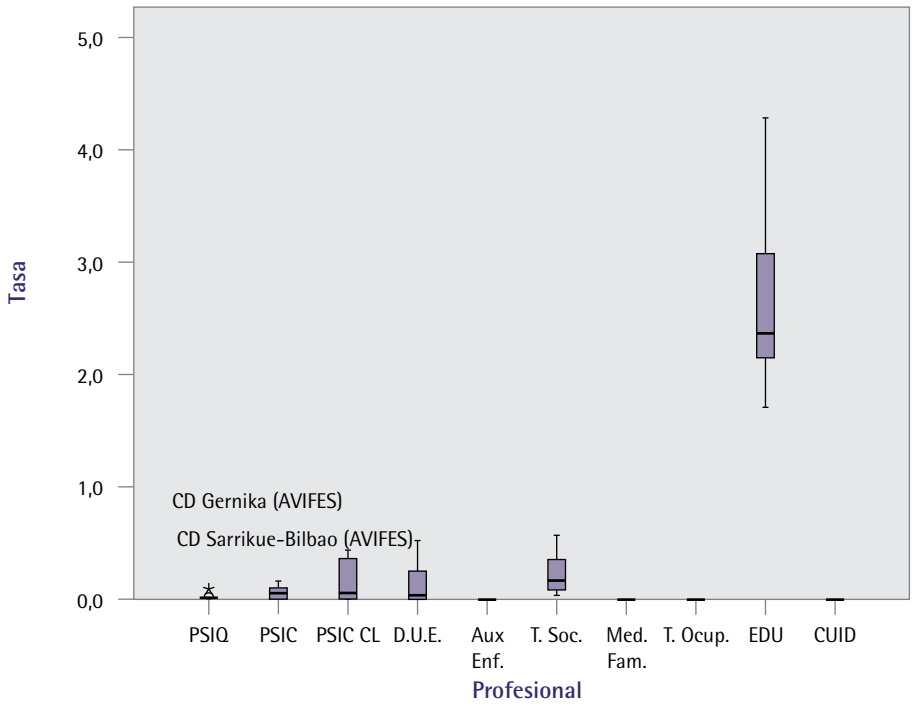


Incluye 6 centros:

- 6 Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil 08.1

Por último se representan los centros de día psicosociales donde la categoría más relevante para todos los dispositivos es la de educador con diferencia significativa entre el valor más alto y el más bajo pero sin llegar a existir outlier. El CD de Gernika y el de Sarrikue-Bilbao son outlier en psiquiatras a pesar de que la disponibilidad es muy baja.

Gráfico 36. Casos atípicos en tasas (x 100.000 habitantes) de profesionales en servicios/BSIC codificados con D4.3 (Adultos)



Incluye 10 centros:

- 10 Centros de Día Sociosanitarios D4.3

V. Discusión

La OMS ha señalado que la elaboración de un mapa del sistema de Salud Mental y de los servicios disponibles en el área de estudio es el primer paso en el análisis de la política y la financiación sanitaria. También señala que, siempre que sea posible, el sistema de atención a la Salud Mental debe ser integrado con el fin de reducir el estigma, mejorar la efectividad del conjunto de profesionales y mejorar la accesibilidad global (WHO, 2009).

Este estudio se ha centrado en la recogida de información sistemática y estandarizada de los descriptores e indicadores que faciliten la generación de conocimiento para la planificación y establecimiento de prioridades en política socio-sanitaria, dentro del modelo de evidencia informada. La interpretación exhaustiva de estos datos requiere el análisis detallado de los mismos por parte de los responsables que toman las decisiones en una fase posterior. En los resultados señalan casos atípicos en relación al perfil de provisión y actividad. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos casos atípicos no son por sí mismos indicativos de ineficiencia y deben explicarse en el contexto de la atención local en cada área y servicio.

Presentar toda la información de los servicios codificados en función de un instrumento internacional y validado, como es el DESDE-LTC, permite la comparación con otros países y comunidades españolas, facilitando su comprensión. La utilización de este sistema también permite, de una manera rápida y sencilla, describir el modelo de atención integral a la Salud Mental que se plantea en el área.

Según el Modelo Básico Comunitario de Atención de Salud Mental (B.MHCC), la tasa de MTC es adecuada para todos los grupos definidos para adultos, la tasa de plazas/camas es adecuada para todos los grupos excepto para R4-R6.

Tabla 18. Comparación Atención de Salud Mental según B.MHCC con disponibilidad en el Territorio Histórico de Bizkaia

Disponibilidad Número de Tipos Básicos de Atención DESDE-LTC por 100.000 habitantes	**Rangos**	**Bizkaia**
Atención hospitalaria de agudos (TR2)	[0,25-0,5]	0,39
Atención hospitalaria a medio y largo plazo (TR4,R6)	[0,1-0,3]	0,86
Atención residencial a medio y largo plazo (TR5,R7)	[0,2-0,5]	-
Atención residencial en la comunidad (TR8-R13)	[> 1,9]	5,6
Atención de día de agudos (TD1)	[0,25-0,8]	0,29
Atención de día (TD41)	[>0,7]	1,45
Otros Atención de Día (TD4)	[>2]	-
Atención ambulatoria comunitaria (TO8-O10)	[1-2,5]	2,4
Plazas Plazas / Camas por 100.000 habitantes		
Atención hospitalaria de agudos (PR2)	[9-20]	12,94
Atención hospitalaria a medio y largo plazo (TR4,R6)	[3-13]	51,08
Atención residencial a medio y largo plazo (TR5,R7)	[5-20]	-
Atención residencial en la comunidad (PR8-R13)	[>10]	30,70
Atención de día (TD1)	[6-18]	5,31
Atención de día (TD41)	[20-70]	43,93
Otros Atención de Día (TD4)	[>30]	-

El estudio efectuado presenta, sin embargo, algunas limitaciones:

- Los datos sociodemográficos proceden del padrón de población y el registro de paro de 2011, excepto la información de los hogares y el estado civil que no están disponibles para tal fecha y ha sido necesario recurrir al censo de población y vivienda del 2001.

- Estamos ante un estudio ecológico donde las unidades de análisis son la población de Bizkaia y un grupo específico de la misma, la población atendida en servicios especializados de Salud Mental. La falacia ecológica, común en este tipo de estudios, nos indica que no es posible inferir las relaciones entre factores de riesgo y enfermedad a nivel individual a partir de las relaciones observadas a nivel agregado. En nuestro caso, la población de estudio (total y atendida) ha sido agregada por pequeñas áreas de Salud Mental de las cuales se han analizado sus características sociodemográficas y su actividad asistencial psiquiátrica. Por esta razón, las posibles relaciones que se observen entre ambos tipos de variables deben ser consideradas con reservas porque no todos los individuos de dichas áreas se ajustan a las características de las mismas.

- También es común a este tipo de estudios el problema de la unidad espacial modificable, que se refiere a la variación que se produce en los resultados y en su interpretación en función del tamaño del área geográfica de agregación de datos individuales que se esté analizando.

- La dificultad en el manejo del instrumento DESDE-LTC 2.0 que requiere de conocimiento experto para el uso de códigos y diferenciación de unidades básicas de atención, BSIC, de otras estructuras de atención.

V.1. Territorialización

La zonificación sanitaria divide el territorio en áreas con características demográficas y/o físicas comunes con el objetivo de facilitar la gestión y la planificación de los servicios de salud y garantizar la equidad en el acceso a los diferentes tipos de prestaciones sanitarias (accesibilidad y disponibilidad). La zonificación se realiza en niveles territoriales sucesivos en el que un nivel superior recoge uno o varios niveles inmediatamente inferiores. Todos los tipos de atención ofrecidos por un Sistema Sanitario público deberían estar sectorizados atendiendo a su especialización.

El instrumento DESDE-LTC identifica diferentes niveles territoriales secuenciales para describir de forma estandarizada la atención sociosanitaria de un territorio. Estos niveles son inclusivos e incluyen organizaciones transnacionales (H0), países (H1), regiones (H2), grandes áreas sanitarias (H3), áreas básicas de Atención Ambulatoria comunitaria (H4) y pequeñas áreas sanitarias locales (H5). En Salud Mental, el nivel H3 equivale a las áreas de atención de las unidades hospitalarias de agudos, el H4 a las pequeñas áreas atendidas por centros de Salud Mental ambulatorios y el H5 las áreas de los centros de atención primaria.

Los servicios de Salud Mental del Territorio Histórico de Bizkaia dependientes de Osakidetza están sectorizados o son planificados siguiendo un criterio territorial. Así, la mayor parte de los recursos de Osakidetza tienen asignadas varias Zonas de Salud (hospitalización psiquiátrica de agudos, subagudos, rehabilitación y residencial, Centros de Salud Mental de adultos e infanto-juveniles, unidades de drogodependencias, TAC y Equipos de Primeros Episodios Psicóticos) o ciertas Comarcas Sanitarias (Hospitales de Día). Junto a ellos, existen otros servicios sanitarios y sociosanitarios que, por su alta especialización, atienden a todo el Territorio Histórico (miniresidencia, hogar protegido, hospital de día de tratamiento intensivo de primeros episodios psicóticos –UTIP-, unidad de hospitalización infanto-juvenil y el centro de día educativo terapéutico).

En cambio, los servicios de la Diputación Foral o aquellos con financiación mixta sociosanitaria no están zonificados y sus procedimientos de acceso y derivación siguen otros criterios. Los servicios sanitarios son procurados por Osakidetza y financiados por el Departamento de Salud, mientras que los servicios sociosanitarios de Salud Mental son cofinanciados por la Diputación Foral y el Departamento de Salud. Ambos entes cuentan con distintas pautas territoriales de gestión y planificación.

La atención de la Salud Mental en el Territorio Histórico de Bizkaia carece de una zonificación integral de sus servicios que recoja y relacione a todos ellos independientemente de su financiación. Esta situación, aunque es común a otros territorios del Estado, dificulta en extremo la planificación y la gestión de los mismos, así como los procedimientos de acceso y derivación a la atención. Sería recomendable establecer mecanismos específicos de coordinación entre las administraciones involucradas con la finalidad de generar una planificación territorial integral de la Salud Mental en Bizkaia.

V.2. Indicadores sociodemográficos

El análisis de la distribución territorial de los indicadores sociodemográficos nos facilita información sobre las características de las pequeñas áreas geográficas de Salud Mental de Bizkaia. Esta información puede apoyar el desarrollo de programas y la localización de dispositivos especializados en patologías asociadas a la soledad, renta económica baja y el aislamiento social.

Bizkaia se caracteriza por tener la densidad de población más elevada de los tres Territorios Históricos que componen Euskadi, lo que afecta a la ordenación de Salud Mental del territorio. Este dato es, también, significativamente elevado en relación al registrado para el estado español, y se acompaña de un alto índice de dependencia y, especialmente, de envejecimiento que se acumulan sobre todo en la capital y en el cinturón central. El número de inmigrantes y tasas de desempleo son moderados. La proporción de personas no casadas y las tasas de hogares monoparentales se mueven en la media del Estado.

Los datos obtenidos para el año de referencia muestran un territorio principalmente urbano, con alta densidad de población en torno a la ría de Bilbao que explica la elevada disponibilidad de servicios encontrados en la zona (mapa 17); en el área occidental de la Comarca Ezkerraldea, en la zona sur y litoral de la Comarca Interior se observa la mayor carencia de dispositivos de Salud Mental. La orografía que caracteriza este territorio dificulta, además, el desarrollo de infraestructuras adecuadas que mejoren la accesibilidad, frente a lo que sucede en el litoral de Uribe, que cuenta con una mejor red viaria y metro que comunica gran parte de la comarca. Este factor indicaría la necesidad de establecer una planificación específica y de una cartera diferenciada de servicios del Área Sanitaria.

Como suele acontecer, el número de personas adultas y mayores que vive sola se concentra en áreas urbanas como Bilbao. Éste es un factor importante en el uso de servicios hospitalarios y residenciales (Tibaldi et al., 2005).

V.3. Dispositivos específicos estudiados por tipo de población

Se han identificado en este estudio un total de 152 servicios de Salud Mental que cumplen los criterios de BSIC descritos por el DESDE-LTC 2.0 distribuidos de forma equitativa como sanitarios (67) y sociosanitarios (68), además de 9 dispositivos de servicios sociales y 8 específicos de drogodependencias, se observa en el Territorio una tendencia integradora del tratamiento de las adicciones y la Salud Mental patente actualmente en varios centros de Salud Mental sanitarios. Para una comprensión adecuada de los dispositivos existentes en Bizkaia, es necesario establecer comparaciones con otros territorios. Los datos obtenidos se

han comparado con los recogidos en 8 Comunidades Autónomas españolas, sería conveniente no obstante realizar comparaciones a nivel europeo. De igual forma, el seguimiento de la evolución de estos servicios a lo largo del tiempo es fundamental para entender la implementación de las políticas sanitarias.

En los últimos años se ha apostado desde la Red de Salud Mental de Bizkaia, por un modelo de provisión de atención a pacientes psiquiátricos alternativo al ingreso hospitalario completo, a través dispositivos comunitarios como los Equipos de Primeros Episodios Piscóticos (Lehenak), Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y los Hospitales de Día. La implementación de estos servicios capaces de ofertar nuevas modalidades de tratamiento intensivo para los pacientes graves, tanto agudos como crónicos, está destinada a llenar un importante vacío en la provisión de servicios en Salud Mental, lo que llevaría a una mejora significativa de la efectividad de la atención psiquiátrica (Vázquez-Bourgon, Salvador-Carulla, & Vázquez-Barquero, 2012). Una adecuada red comunitaria operativa es la base necesaria para reducir la atención psiquiátrica tradicional basada en los hospitales psiquiátricos monográficos (Thornicroft y Tansella, 2008, 2012), no obstante todavía se observa un remanente de atención institucional (i) en Bizkaia que señala la necesidad de continuar transformando los servicios tradicionales existentes para conseguir un modelo comunitario equilibrado.

Los dispositivos describen en la mayoría de los casos un tipo de atención bien delimitada, esto se observa a través del número de MTC (tipo de básico de atención) que detecta el instrumento en cada dispositivo o BSIC (servicios que cumplen los criterios DESDE-LTC 2.0[1]), en la mayoría de los casos se detecta un único código o MTC, sólo los dispositivos hospitalarios de agudos y subagudos muestran varios MTC típicamente vinculados (por ejemplo, la unidad de agudos del Hospital de Cruces muestra R2 O3.1 → atención hospitalaria de agudos y Atención Ambulatoria no móvil de agudos; la unidad de agudos del Hospital de Galdakao muestra R2 D1.2 O3.1 → atención hospitalaria de agudos, Atención de Día de agudos no intensiva y Atención Ambulatoria no móvil de agudos; y la unidad de subagudos del Hospital de Zamudio muestra R4 D1.2 → atención hospitalaria de media estancia y Atención de Día de agudos no intensiva).

La nueva versión del instrumento DESDE-LTC 2.0, ha permitido identificar programas de atención (OCIC → Other Continuous Inputs of Care) que se caracterizan por presentar una continuidad temporal pero que carecen de una estructura administrativa estable, esto los diferencia de los BSIC, en versiones previas del instrumento estos programas OCIC no se analizaban lo que suponía una pérdida de información valiosa y diferenciadora de un dispositivo. En el caso de Bizkaia, algunos ejemplos son los CSM que desarrollan programas específicos para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria o las altas prevalencias que muestran los CSM que atienden a drogas.

La disponibilidad más alta analizada por agrupaciones DESDE-LTC 2.0 es la atención residencial no hospitalaria no aguda con diferentes niveles de apoyo no médico (R8, R11, R12), se trata principalmente de pisos supervisados distribuidos por todo el Territorio que sirven para promover y favorecer la integración comunitaria de los residentes en el entorno social.

El perfil profesional evaluado por tipos de atención (códigos DESDE-LTC 2.0) muestra la validez de este constructo para diferenciar servicios que tienen un perfil más sanitario de otros sociales, educativos etc, e indica la importancia de no considerar como criterio principal en su tipificación la organización administrativa de la que depende cada servicio (departamento de salud, servicios sociales, educación).

[1] Más información sobre el instrumento DESDE-LTC 2.0 y el sistema de codificación se detalla en otra sección de este documento.

V.3.1. Población adulta

- Hospitalización de agudos

La oferta hospitalaria (servicios de psiquiatría en hospitales generales y unidad de agudos en el Hospital de Zamudio) está en la misma línea que la evaluada en el estudio de ocho Comunidades Autónomas españolas. La tasa de dispositivos y de camas de hospitalización de agudos, cumple además con el valor descrito en el B.MHCC para este tipo de atención. Esto indica que en Bizkaia el enfoque es principalmente comunitario, orientado a la atención extrahospitalaria, (gráfico 6) y con un tipo de atención muy bien delimitado.

- Hospitalización de subagudos y crónicos

En Bizkaia la atención hospitalaria de media y larga estancia (R4, R6) describe tasas de 0,87 dispositivos y 51,08 camas por 100 mil habitantes y se sitúa muy por encima de lo recogido en el Modelo B.MHCC (0,1-03 dispositivos; 3-13 camas). Existe un remanente de atención psiquiátrica tradicional en el Territorio que representa, quizás, el contrapunto al modelo comunitario que se está promoviendo a través del desarrollo de otros recursos sanitarios como Hospitales de Día, TAC etc. Este tipo de atención es muy elevada en relación a los estudiado en 8 CCAA del Estado Español (gráfico 8). No obstante es preciso matizar que la atención de subagudos (R4) prestada en los hospitales de Zamudio y Zaldibar son camas de alta rotación enfocadas al alta del paciente, suponiendo un enorme refuerzo para la atención de agudos del Territorio.

Como parte de la atención residencial de larga estancia de carácter institucional (R6i) existen camas financiadas por Bizkaia en los centros San Juan de Dios y Aita Menni de Arrasate, no obstante estas camas tienen carácter residual y no entran en la planificación actual ni futura del territorio.

- Pisos Supervisados

Este tipo de dispositivos residenciales con apoyo a diferentes niveles están diseñados inicialmente para utilizarse como paso previo a la completa reinserción del usuario en su entorno comunitario (R8) atención residencial no aguda no hospitalaria con cobertura de atención no médica 24 horas por periodos limitados de tiempo), sin embargo no están bien definidos en el Territorio y el uso real que se hace de los pisos supervisados es como centros de estancia indefinida donde el usuario permanece largos periodos de tiempo y recibe atención de alta, media o baja intensidad (R11, R12) esto los hace más semejantes a residencias de atención crónica que a dispositivos intermedios entre una atención más integral (hospital, hospital de día etc.) y una vivienda propia del usuario.

- Atención de Día Estructurada

La alta disponibilidad de Atención de Día estructurada relacionada con la salud (D4.1) el ocio (D4.3) o el trabajo (D2.2, D3.2) indica que hay centros pequeños con un número de plazas no muy elevado que es adecuado con relación a la población total, se trata de un dispositivo bien definido en Bizkaia. No obstante, se han detectado dispositivos del mismo tipo (D4.1) financiados por distintos departamentos que a pesar de tener plantilla profesional de corte sanitario o social según el departamento, no realizan una atención diferenciada.

Inicialmente lo que parecía una excesiva disponibilidad de hospitales de día estudiado con detenimiento se ha visto que responde a distintos tipos de atención en hospital y en la comunidad. Destacar en esta línea la importancia de no utilizar la denominación del servicio como método de comparación entre áreas, en este caso la acepción hospital de día recoge tipos de atención diferentes, unos más enfocados a la atención de agudos y otros de corte más rehabilitador, probablemente el uso del término responda a motivos

históricos pero refleja una vez más la importancia de instrumentos de clasificación de servicios como el DESDE-LTC 2.0.

- Atención Ambulatoria

Los centros de Salud Mental sectorizados constituyen la columna de un sistema de Salud Mental comunitario integral. La atención prestada por los centros de Salud Mental para adultos (CSMA) presenta altos niveles de disponibilidad y cobertura territorial, de flexibilidad y de integración con la Atención Primaria. Los 18 CSM y los 2 MAPS detectados corresponden a las pequeñas áreas de Salud Mental que constituyen las unidades básicas del análisis territorial del sistema de Salud Mental de Bizkaia. Estos centros presentan características comunes y se tipifican en el sistema DESDE-LTC con código 08.1. Sin embargo los CSMA presentan algunas diferencias que deben destacarse en relación a su cobertura, actividad principal, programas específicos y sus perfiles profesionales.

Por otro lado, existen dispositivos móviles y no móviles por Comarcas especialmente diseñados para la atención de la enfermedad mental grave en sus fases iniciales (Equipo de Primeros Episodios) o en fases crónicas (TAC) que es, precisamente, uno de los pilares de la atención comunitaria y una excelente muestra de organización sanitaria. Se aconseja fomentar en el Territorio este tipo de dispositivos móviles que dan cobertura a toda la población.

V.3.2. Poblaciones específicas: Infanto-Juvenil

La población infanto-juvenil tiene una buena cobertura de atención hospitalaria y ambulatoria en el Territorio Histórico de Bizkaia. En las 4 UPIs se ha implantado un programa intensivo para tratamiento del trastorno mental grave. Se dispone de un centro de día educativo terapéutico. Existe un plan de atención temprana que coordina servicios sociales, sanitarios y educativos en el que, también, participan dispositivos y profesionales de la Salud Mental. Por otra parte, se han desarrollado otros programas específicos como el de atención a menores en situación de desprotección grave o desamparo, tuteladas o en guarda por la Diputación Foral. Finalmente, también es de destacar que se haya establecido una coordinación con el ámbito de la Salud Mental en el consorcio para la educación compensatoria. Pese a todas estas fortalezas, sería conveniente reforzar la atención de día, al ser dispositivos esenciales para el tratamiento de la enfermedad mental.

V.3.3. Poblaciones específicas: Mayores

No hay oferta de dispositivos específicos para población psicogeriátrica, la atención a mayores está integrada en los servicios hospitalarios y comunitarios de adultos, o se gestiona a través del apoyo y consultoría en residencias normalizadas. Actualmente existe apoyo psiquiátrico en 6 residencias. Sería adecuado desarrollar un plan transversal de psicogeriatría, a través de la creación políticas territoriales transversales entre instituciones de sanidad y atención social.

V.4. Líneas futuras

- Estudio de la eficiencia técnica de las pequeñas áreas de Salud Mental.
- Análisis espacial de la prevalencia administrativa psiquiátrica.
- Análisis de la accesibilidad a los dispositivos de Salud Mental.
- Comparaciones a escala internacional.

- Mapa complementario de otros componentes de la micro-organización: programas y unidades asistenciales.
- Desarrollo de un mapa online con actualización por los proveedores que permita por un lado la actualización de los datos online así como la incorporación de redes sociales, y por otro lado el uso a dos niveles: información los ciudadanos así como para la administración y los expertos en evaluación de servicios.

VI. Referencias

01. Ararteko, & Ekimen. (2000). Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental: Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV. Bilbabo: Ararteko.

02. Bosch-Capblanch, X., & and Project Team. (2011). Handbook for developing health systems guidance: supporting informed judgements for health systems policies. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute.

03. Chicharro, F. (2009). Salud Mental en Euskadi. Asociación Española de Neuropsiquiatría, (13).

04. Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). Libro Verde – Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia Europea en materia de salud mental. Recuperado 12 de octubre de 2011, a partir de http://www.cgcom.org/sites/default/files/176_libro_verde_salud_mental.pdf

05. Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. (2010). Estrategia en salud mental de la CAPV. Gobierno Vasco. Recuperado a partir de www.osakidetza.euskadi.net

06. De Savigny, D., & Adam, T. (2009). Systems thinking for Health Systems Strengthening. AHPSR.

07. Decreto 59/2003, de 11 de marzo, por el que se determinan las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi. , Boletín Oficial del País Vasco 6409-6411 (2003).

08. Decreto 76/1990, de 27 de marzo, por el que se establece la estructura y funcionamiento de los Servicios Centrales, de las Áreas Sanitarias y de las Unidades Periféricas del Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza, Boletín Oficial del País Vasco 4456-4457 (1990).

09. Departamento de Salud. (2013). Presentación de las líneas estratégicas del Departamento de salud para la X Legislatura "ante la Comisión de sanidad y Consumo del Parlamento Vasco el 18 de febrero del 2013. Recuperado a partir de http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/2828/nota-prensa-_comparecencia.pdf?1361189958

10. Gibert, K., García-Alonso, C., & Salvador-Carulla, L. (2010). Integrating clinicians, knowledge and data: expert-based cooperative analysis in healthcare decision support. Health Research Policy and Systems, 8(28).

11. Lavis, J. N., Røttingen, J.-A., Bosch-Capblanch, X., Atun, R., El-Jardali, F., Gilson, L., … Haines, A. (2012). Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development. PLoS medicine, 9(3), e1001186. doi:10.1371/journal.pmed.1001186

12. Lewin, S., Oxman, A., Lavis, J., Fretheim, A., Marti, S., & Munabi-Babigumira, S. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 11: Finding and using evidence about local conditions. Health Research Policy and Systems, 7, S11.

13. Lewin, Simon, Bosch-Capblanch, X., Oliver, S., Akl, E. A., Vist, G. E., Lavis, J. N., … Haines, A. (2012). Guidance for evidence-informed policies about health systems: assessing how much confidence to place in the research evidence. PLoS medicine, 9(3), e1001187. doi:10.1371/journal.pmed.1001187

14. Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi. , Boletín Oficial del País Vasco 12528-12568 (1997).

15. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

16. Orden, de 23 de Diciembre de 1982, por la que se publica el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco. , Boletín Oficial del País Vasco 464-475 (1983).

17. Organización Mundial de la Salud. (2001). Atlas: country profiles on mental health resources. Ginebra: OMS.

18. Organización Mundial de la Salud. (2005). Mental Health Atlas. Ginebra: OMS.

19. Organización Mundial de la Salud. (2008). Global Health Atlas. Recuperado 16 de diciembre de 2008, a partir de URL disponible en: http://www.who.int/globalatlas/default.asp

20. Organización Mundial de la Salud. (2011). Global Health Atlas. Ginebra: OMS.

21. Osakidetza. (2010). Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

22. Salvador-Carulla, L., Dimitrov, H., Weber, G., McDaid, D., Venner, B., Sprah, L., ... for DESDE-LTC Group (eds). (2011). Evaluation and Classification of Services for Long Term Care in Europe. eDESDE-LTC Project. PSICOST, and Catalunya Caixa.

23. Salvador-Carulla, L., García-Alonso, C. R., González-Caballero, J. L., & Garrido-Cumbrera, M. (2007). Use of an operational model of community care to assess technical efficiency and benchmarking of small mental health areas in Spain. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 10(2), 87-100.

24. Thornicroft, G, & Tansella, M. (2008). Steps, challenges and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry, 7(2), 87-92.

25. Thornicroft, G, & Tansella, M. (2012). The balanced care model for global mental health. Psychological medicine, 1-15. doi:10.1017/S0033291712001420

26. Thornicroft, Graham, & Tansella, M. (1999). The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services. Cambridge University Press.

27. Tibaldi, G., Munizza, C., Pasian, S., Salvador-Carulla, L., & Zucchi, S. (2005). Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. Journal of Mental Health Policy and Economics, 8(2), 95-106.

28. Vázquez-Bourgon, J., Salvador-Carulla, L., & Vázquez-Barquero, J. L. (2012). Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. Actas españolas de psiquiatría, 40(6), 323-332.

29. Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank quarterly, 74(4), 511-544.

30. World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health, Department of Mental Health and Addiction. Geneve: OMS, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf

Anexos

Anexo I

Sectorización de los dispositivos de Salud Mental							
Municipios / C. Salud	**CSM**	**UPI**	**Agudos**	**Subagudos**	**Rehabi-litación**	**Drogas**	**Alcohol**
Barakaldo CS Zaballa	Barakaldo	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Barakaldo CS Urban	Barakaldo	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Barakaldo CS Zaballa	Barakaldo	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Barakaldo CS Vicente	Barakaldo	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Barakaldo CS Zuazo	Barakaldo	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Barakaldo CS La Paz	Cruces	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Barakaldo CS Lutxana	Cruces	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Sestao	Sestao	Barakaldo	Cruces	Zamudio	Bermeo	Barakaldo	Barakaldo
Muzkiz	Ortuella	Herribitarte	Cruces	Zamudio	Bermeo	Ortuella	Ortuella
Zierbena	Ortuella	Herribitarte	Cruces	Zamudio	Bermeo	Ortuella	Ortuella
Gallarta	Ortuella	Herribitarte	Cruces	Zamudio	Bermeo	Ortuella	Ortuella
Trapagaran	Ortuella	Herribitarte	Cruces	Zamudio	Bermeo	Ortuella	Ortuella
Santurtzi	Santurtzi	Herribitarte	Zamudio	Zamudio	Bermeo	Santurtzi	Santurtzi
Zierbena	Santurtzi	Herribitarte	Zamudio	Zamudio	Bermeo	Santurtzi	Santurtzi
Portugalete	Herribitarte	Herribitarte	Zamudio	Zamudio	Bermeo	Herribitarte	Herribitarte
Gordexola	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Güeñes	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Sodupe	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Galdames	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Sopuerta	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Zalla	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Balmaseda	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Trucios/	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Lanestosa	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Carranza	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Arcentales	Zalla	Ercilla	Cruces	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	Zalla
Abadiño	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Axpe-Atxondo	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Elorrio	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Berriz	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Zaldibar	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Amorebieta	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Markina	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Etxeberria	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Ondarroa	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Berriatua	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Durango	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango

Sectorización de los dispositivos de Salud Mental							
Municipios / C. Salud	CSM	UPI	Agudos	Subagudos	Rehabi-litación	Drogas	Alcohol
Iurreta	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Mañaria	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Izurza	Durango	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Durango	Durango
Galdakao	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Larrabetzu	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Aperribai	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Usansolo	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Igorre	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Areatza-Villaro	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Arantzatzu	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Artea	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Bedia	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Lemoa	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Dima	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Zeanuri	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Etxebarri	Galdakao	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Galdakao
Basauri	Basauri	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Basauri
Arrigorriaga	Basauri	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Basauri
Miraballes-Ugao	Basauri	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Basauri
Arrankudiaga	Basauri	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Basauri
Zeberio	Basauri	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Basauri
Zaratamo	Basauri	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Basauri	Basauri
Bermeo	Bermeo	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Bermeo	Bermeo
Mundaka	Bermeo	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Bermeo	Bermeo
Sukarrieta	Bermeo	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Bermeo	Bermeo
Gernika	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Busturia	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Aretaga	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Ibarrangelu	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Mendata	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Muxika	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Errigoiti-Morga	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Arratzu-Forua	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Nabarniz-Ereño	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Lekeitio	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Ea	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Amoroto	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Ispaster	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Gizburuaga	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Mendexa	Gernika	Galdakao	Galdakao	Zaldibar	Zaldibar	Gernika	Gernika
Leioa	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe
Getxo	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe
Berango	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe
Sopelana	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe
Urduliz	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe
Plencia	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe

Sectorización de los dispositivos de Salud Mental							
Municipios / C. Salud	**CSM**	**UPI**	**Agudos**	**Subagudos**	**Rehabi-litación**	**Drogas**	**Alcohol**
Gorliz	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe
Lemoiz	Uribe	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Uribe	Uribe
Erandio	Erandio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	N.Salcedo	Uribe
Astrabudua	Erandio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	N.Salcedo	Uribe
Arrieta	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Bakio	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Fruiz	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Gamiz-Fika	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Gatika	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Laukiz	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Maruri	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Mungia	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Lezama	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Zamudio	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Derio	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Loiu	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Sondika	Derio	Uribe	Zamudio	Zamudio	Zamudio	Ajuriagerra	Uribe
Alonsotegi	Ercilla	Ercilla	Basurto	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	N.Salcedo
Bilbao CS Javier S.Buruaga	Ercilla	Ercilla	Basurto	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	N.Salcedo
Bilbao CS Indautxu	Ercilla	Ercilla	Basurto	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	N.Salcedo
Bilbao CS C. Viejo	Ercilla	Ercilla	Basurto	Zamudio	Bermeo	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS La Merced	Ercilla	Ercilla	Basurto	Zamudio	Bermeo	Mod. Hauzolan	Mod. Hauzolan
Bilbao CS La Peña	Ercilla	Ercilla	Basurto	Zamudio	Bermeo	Mod. Hauzolan	Mod. Hauzolan
Bilbao CS Zorroza	Ercilla	Haurrentzat	Basurto	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	N.Salcedo
Bilbao CS Altamira	Ercilla	Haurrentzat	Basurto	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	N.Salcedo
Bilbao CS Basurto	Ercilla	Haurrentzat	Basurto	Zamudio	Bermeo	Mod.Rekalde	Mod. Rekalde
Bilbao CS Rekalde	Mod.Rekalde	Haurrentzat	Basurto	Zamudio	Bermeo	Mod.Rekalde	Mod. Rekalde
Bilbao CS B. Etxaniz	B.Etxaniz	Haurrentzat	Basurto	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	N.Salcedo
Bilbao CS San Ignacio	B.Etxaniz	Ercilla	Zamudio	Zamudio	Zaldibar	Mod. S. Ignacio	Mod. S. Ignacio
Bilbao CS Deusto	B.Etxaniz	Ercilla	Zamudio	Zamudio	Zaldibar	Mod. S. Ignacio	Mod. S. Ignacio
Bilbao CS Arangoiti	B.Etxaniz	Ercilla	Zamudio	Zamudio	Zaldibar	Mod. S. Ignacio	Mod. S. Ignacio
Bilbao CS San Adrian	B.Etxaniz	Ercilla	Basurto	Zamudio	Bermeo	N.Salcedo	N.Salcedo

Sectorización de los dispositivos de Salud Mental							
Municipios / C. Salud	**CSM**	**UPI**	**Agudos**	**Subagudos**	**Rehabi-litación**	**Drogas**	**Alcohol**
Bilbao CS Gazteleku	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS Zurbaran	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS Begoña	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS Santutxu	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS Sagarminaga	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS Mina del Morro	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS El Karmelo	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Ajuriagerra	Ajuriagerra
Bilbao CS Txurdinaga	Ajuriagerra	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Otxarkoaga	Otxarkoaga
Bilbao CS Otxarkoaga	Otxarkoaga	Ercilla	Basurto	Zaldibar	Zaldibar	Otxarkoaga	Otxarkoaga

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012

Anexo II

DESDE-LTC 2.0

Descripción y Evaluación de Servicios y Directorios para Atención a Largo Plazo en Europa Instrumento - Mapa de Servicios

Versión 2012

L. Salvador-Carulla, M. Ruiz, C. Romero, M. Poole y el Grupo DESDE-LTC 2.0

Índice

Introducción

a. Principios generales

b. Directrices generales

Estructura organizacional

Sección A

a. Definición de áreas sociosanitarias

b. Población diana

Sección B

a. Principios para la Codificación de la Atención a Largo Plazo

Códigos descriptores de características adicionales

b. Directrices para la Codificación de la Atención a Largo Plazo

Diagrama de Codificación de la Atención de Información

Diagrama de Codificación de la Atención en Accesibilidad

Diagrama de Codificación de la Atención de Ayuda Mutua y Voluntariado

Diagrama de Codificación de la Atención Ambulatoria

Diagrama de Codificación de la Atención de Día

Diagrama de Codificación de la Atención Residencial

Sección C

a. Principios para la Contabilización de la Atención a Largo Plazo

b. Normas para la Contabilización de la Atención a Largo Plazo

Diagrama de Contabilización de la Atención en Información

Diagrama de Contabilización de la Atención en Accesibilidad

Diagrama de Contabilización de la Atención Ambulatoria

Diagrama de Contabilización de la Atención de Día

Diagrama de Contabilización de la Atención Residencial

Sección D

a. Principios para el Inventario de Servicios

b. Directrices para el Inventario de Servicios

Referencias

Introducción

a. Principios generales

¿Qué es la Atención a Largo Plazo (LTC)?

La Atención a Largo Plazo –LTC- (o de larga duración) es un término general que define a un "conjunto de servicios para personas que dependen de ayuda externa para las actividades básicas de la vida diaria durante un largo periodo de tiempo" (OECD, 2005). En este conjunto se incluyen "servicios sanitarios y/o sociales diseñados para ayudar a las personas que tienes algún tipo de discapacidad o necesidades de atención crónica. Los servicios pueden ser de corta o larga duración y pueden facilitarse en la propia casa de la persona, en la comunidad o en recursos residenciales (US Departamento Salud). Actualmente, los Estados Miembros de la Unión Europea utilizan una gran variedad de definiciones que no siempre son coincidentes (EC, 2008).

¿Qué es el DESDE-LTC 2.0?

La 'Descripción y Evaluación Estandarizada de Servicios y Directorios en Europa para Atención a Largo Plazo' (DESDE-LTC 2.0) es un instrumento para la descripción y clasificación estandarizada de servicios para Atención a Largo Plazo (LTC) en Europa.

El DESDE-LTC 2.0 sigue el enfoque de evaluación de servicios desarrollado por el Grupo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team) y PSICOST desde 1997, que comienza con la creación del ESMS (European Service Mapping Schedule) para la evaluación de servicios en salud mental (Johnson y cols., 2000), y continua con adaptaciones relacionadas con la evaluación de servicios para población mayor en España (DESDAE) (Salvador-Carulla et al, 2005) y población con discapacidad (Salvador-Carulla et al, 2006).

El instrumento pretende recoger información de insumos y proceso de los servicios a un meso-nivel (áreas sanitarias/sociales) y a un micro-nivel (servicios individuales) como define la versión modificada de la Matriz de Thornicroft y Tansella que fue desarrollada para la evaluación de servicios de atención a salud mental (Tansella & Thornicroft, 1998).

DESDE-LTC 2.0 permite llevar a cabo, de una forma estandarizada, las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de atención a largo plazo de un área sociosanitaria específica. Se incluye la provisión de servicios sociales y servicios de salud, por parte del voluntariado y sector privado. El sector privado es opcional y depende del objetivo del estudio.
- Registrar los cambios ocurridos en el tiempo en los servicios de un área de cobertura determinada.
- Delimitar y comparar la **estructura** y la **oferta** de los servicios de atención a largo plazo entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria.
- Medir y comparar los **niveles de provisión/disponibilidad** y utilización de los principales Tipos Básicos de Atención (TBA) entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria usando un sistema de codificación internacional.

¿Cuál es la estructura del DESDE-LTC 2.0?

El DESDE-LTC 2.0 utiliza un 'Sistema de árboles o diagramas' para la descripción estandarizada de la disponibilidad y utilización de servicios de atención a largo plazo. El instrumento consta de 4 secciones principales:

A. Codificación de territorio y población diana. Se refieren al área de cobertura y la población diana para las que se cumplimenta el cuestionario. Preguntas introductorias.

B. Diagramas de Tipos Básicos de Atención (Clasificación de MTC). Proporcionan un sistema estandarizado para clasificar y codificar tipos básicos de atención/servicio para la población de un área de cobertura específica, basado en las principales actividades del servicio. Se complementa con un glosario de términos con ejemplos concretos de los códigos que establece el instrumento.

C. Diagramas de Utilización de la Atención (Utilización de MTC): Proporcionan un método estandarizado para medir niveles de utilización de los tipos básicos de atención por la población del área de cobertura.

D. Inventario de Servicios: Proporciona una descripción individual y detallada de los componentes de los servicios de atención de salud mental, (nombre, concepto, descripción estandarizada, código y atributos).

El DESDE-LTC 2.0 ha sido diseñado para permitir **comparaciones nacionales e internacionales**. Por tanto, los tipos de atención más importantes de cada área de cobertura deben asignarse a una categoría concreta: Información, Accesibilidad, Ayuda mutua y voluntariado, Atención Ambulatoria, de Día o Re-

sidencial. El instrumento efectúa una descripción de los servicios de un área de cobertura desde un enfoque sociosanitario. Permite un análisis independiente de los servicios sociales y sanitarios de un área geográfica determinada si se requiere y se acuerda en todas las áreas del estudio.

Este cuestionario puede utilizarse de dos formas: una descripción simple para catalogar servicios y tipos básicos de atención en el área seleccionada (usando un máximo de dos dígitos en su codificación); y una evaluación compleja ó cuantitativa, para comparar tipos de atención y servicios entre varias áreas sociosanitarias o en una misma área a lo largo de un periodo de tiempo definido. Se requiere un entrenamiento básico en el uso del DESDE-LTC 2.0 antes de aplicar el instrumento.

b. Directrices generales

Grupo de Servicios incluidos: el "grupo de servicios por defecto" al que se aplica el diagrama de clasificación es el conjunto de servicios sociosanitarios de atención a largo plazo en un área de cobertura determinada.

Podrán incluirse en el análisis todos aquellos servicios en los que, por regla general, el 20% de sus usuarios son personas con necesidades de atención a largo plazo excepto para atención ofertada por entidades religiosas que habrá de ser superior al 50%. Se incluirán dispositivos de salud, servicios sociales, sector privado y de voluntariado, a menos que se especifique de otra forma en el estudio.

Es importante destacar que hay diferentes unidades de análisis en esta investigación y que las comparaciones deben efectuarse entre unidades de análisis dentro de un mismo grupo. Las diferentes unidades de análisis incluyen Macro-organizaciones (ej. Complejo Sanitario), Meso-organizaciones (ej. un Hospital), Micro-organizaciones que se componen de Agrupaciones Comunes de Atención (del ingés Customary Grouping of Inputs of care) (CGIC), Entradas de Atención Estable (del inglés Stable Inputs of Care) (SIC), Unidades Básicas de Atención (del inglés Basic Stable Inputs of Care) (BSIC) o unidades más pequeñas: Tipos Básicos de Atención (MTC), Modalidades de Atención, Unidades clínicas o de atención, Programas de intervención, Actividades, Micro-Actividades o Filosofías de atención. El término servicio, entendido como provisión de atención, puede darse a nivel de meso-organización, de CGIC, SIC y BSIC.

El DESDE-LTC 2.0 se centra en la evaluación de **BSIC (Sección D)** y **MTC (Secciones B y C).** Cada servicio individual se describe por uno o varios códigos basados en la estructura/actividad fundamental que ofrece el servicio (**Tipo Básico de Atención, MTC),** ej. un mismo dispositivo podría incluir un tipo básico de atención codificado en la Rama D como servicio de Día y otro clasificado como residencial en la Rama R.

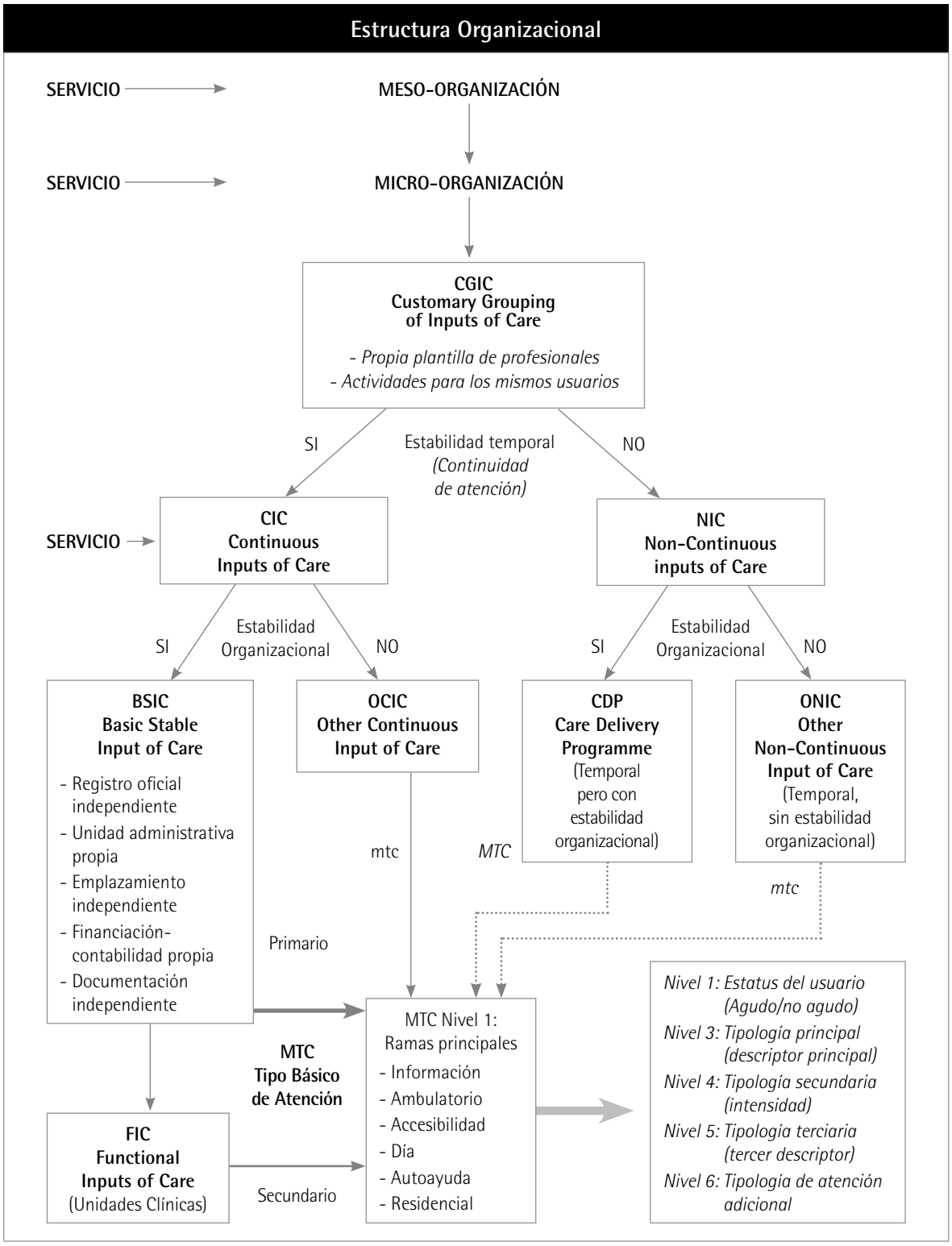
Se incluyen tanto los servicios situados dentro del área sociosanitaria como aquellos **servicios situados fuera del área** pero que hayan sido utilizados al menos por cinco habitantes al año, de cada 100.000 (para dispositivos residenciales y de día) del área sociosanitaria. Los servicios localizados dentro del área sociosanitaria pero que no ofrecen atención a ninguno de sus habitantes deben ser incluidos en el estudio y consignados como "0" en la sección C (Utilización). Servicios específicos de atención a largo plazo de un área de cobertura que no cumplan los criterios de inclusión del DESDE-LTC 2.0 podrían detallarse en un anexo.

CGIC (Customary Grouping of Inputs of Care)

El CGIC se caracteriza por pertenecer a una micro-organización ® un conjunto combinado de insumos para proporcionar atención de salud en un dispositivo. Es diferente de meso-organización pues estas se componen de más de tres BSICs (ver abajo) y en que pueden darse en más de un dispositivo. Está relacionada con la salud ®los objetivos específicos del CGIC son mejorar la salud (mental en este caso) , diagnosticar o mejorar el curso de una condición y el funcionamiento asociado en individuos o grupos. Además hay dos atributos que son requisitos indispensables para CGIC:

A. Mismos usuarios: el grupo diana se define como un conjunto estable de usuarios. En el DESDE-LTC 2.0 se proporcionan valores para diferenciar grupos diana de grupos genéricos o de otro tipo.

B. Misma plantilla de profesionales: la atención la proporciona un grupo definido y estable de profesionales.



CIC (Continuous Inputs of Care)

Conjunto de insumos (inputs) de atención a largo plazo estable en el tiempo (continuo), dentro de una micro-organización. Tipo de atención estándar ofrecido a un micro-nivel, que normalmente pero no siempre es equivalente a 'servicio'. Es la unidad típica para entender la provisión de atención en la vida real. Por razones prácticas, 'un servicio de atención relacionada con la salud' es sinónimo de CIC en esta taxonomía. Su estabilidad en el tiempo lo diferencia de los programas de atención (CDP). Atributos:

- Estabilidad temporal. Su estabilidad en el tiempo lo diferencia de los programas de atención (CDP).
- Valores: El DESDE-LTC 2.0 establece tres años de funcionamiento o algún sistema oficial que determine la continuidad de una organización cuando ha sido creada recientemente (menos de tres años).

Definición operativa Unidad Básica de Atención (BSIC)

Es el conjunto mínimo de tipos de atención con estabilidad temporal organizados para ofrecer atención relacionada con la salud a la población diana de un área específica. Está normalmente constituido por una unidad administrativa y un grupo de estructuras y profesionales organizados que proporcionan atención. Los BSIC, dentro del modelo de producción de atención de salud (insumo-proceso-salida) se refiere sólo a funciones de la atención y no a otros insumos (productos y dispositivos) o a procedimientos (intervenciones). Las funciones que proporciona el servicio "micro-organización" se pueden describir como la unidad de análisis más pequeña llamada 'Tipos Básicos de Atención' (MTC).

Criterios de inclusión (BSIC)

Para que BSIC sea reconocido como una unidad de análisis debe cumplir los siguientes criterios

CGIC

Criterio A: Propia plantilla de profesionales

Criterio B: Todas las actividades son utilizadas por los mismos usuarios.

CIC

Criterio C: Estabilidad temporal

Criterio D: Reconocimiento del servicio como entidad legal independiente (con su CIF) y/o Registro oficial independiente. Este registro es independiente y no como parte de una meso-organización (p.e un servicio de rehabilitación en un hospital general):

"SI NO está registrado":

Criterio E: El servicio cuenta con Unidad administrativa propia y/o oficina de secretaría y cumple dos descriptores "F" adicionales.

"SI NO tiene unidad administrativa propia":

Criterio F: el servicio cumple los 3 criterios que se describen a continuación:

F1. Emplazamiento independiente (planta o sección distinta)

F2: Financiación independiente

F3: Documentación independiente cuando está en una meso-organización.

Criterios de exclusión (BSIC)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar BSIC de otros componentes de la atención y otras organizaciones del sistema de atención.

1.- Otros componentes de insumos de la atención:

- Productos de salud, instrumentos y otros dispositivos. Los productos sanitarios como inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC 2.0.
- Intervenciones de atención son parte del proceso de atención y no se codifican en el DESDE-LTC 2.0. Las intervenciones de atención se detallan en la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (ICHI).

2.- Otras organizaciones en el sistema de atención

- Dispositivos a otros niveles de organización. Los sistemas de organización a un meso-nivel (agrupaciones de servicios o estructuras que incluyen diferentes servicios en una gran organización como Hospitales Generales) o a un macro-nivel (ej. complejos sanitarios nacionales e internacionales) se excluyen de esta clasificación.
- Servicios genéricos dirigidos a la población general o grandes grupos (ej. mayores, inmigrantes, etc.) que son importantes para muchos usuarios con necesidades de atención a largo plazo pero que no se han creado específicamente para esta población, no deben incluirse, con la excepción de aquellos servicios en los que más del 50% de los usuarios son personas con necesidades de este tipo. Deben excluirse también servicios destinados a atención sanitaria primaria que puedan prestar algún tipo de atención a usuarios con trastorno mental.

Los servicios específicos de atención a largo plazo del área de cobertura que no cumplan los criterios de inclusión del DESDE-LTC 2.0 podrían detallarse en un anexo.

Descripción operativa de los Tipos Básicos de Atención (MTC)

El MTC es el DESCRIPTOR principal de la 'tipología de atención' que ofrece el CGIC en su última expresión (BSIC, OCIC, CDP, ONIC). Estas tipologías de atención describen la actividad básica llevada a cabo por el BSIC (p.e el usuario duerme en el centro) y que ha sido seleccionada porque permite hacer comparaciones territoriales en un proceso iterativo de grupos europeos de expertos en los proyectos consecutivos ESMS/DESDE.

El descriptor normalmente, pero no siempre, se incluye en la definición y objetivos del servicio. Aquí, la codificación se basa en la actividad actual y funcionamiento del servicio, y no en su objetivo teórico o su nombre. Estos descriptores no se solapan, no pueden contabilizarse doblemente.

Cada función de atención se describe en un lenguaje simple y tiene un código alfanumérico específico (por ejemplo, ofrece alojamiento durante la noche para pacientes agudos en un recurso con atención médica 24horas R2). Estos códigos se definen a través de una serie de descriptores o calificadores estructurados jerárquicamente en seis niveles:

1) **Primer Nivel**- Descripción de la rama principal (o tipo principal de atención): I) información, A) accesibilidad, S) ayuda mutua y voluntariado, O) ambulatorio, D) día, R) residencial.

2) **Segundo Nivel**- Estatus del usuario. Este nivel hace referencia al estado clínico de los usuarios del servicio (ej. si están en situación de crisis o no): agudo o no agudo.

3) **Tercer Nivel**- Tipo general de atención. Este nivel describe la tipología general de la atención (móvil/no móvil, cobertura médica /no cobertura médica).

4) **Cuarto Nivel**- Intensidad de la atención. Este nivel hace referencia a la intensidad de la atención que el servicio puede ofrecer excepto para la atención aguda residencial donde el tercer nivel describe si la atención se ofrece en un hospital registrado o no.

5) **Quinto Nivel**- Subtipo de atención. Este nivel proporciona una descripción más específica del tipo de atención en un determinado servicio.

6) **Sexto Nivel**- Calificadores adicionales. Este nivel añade calificadores adicionales que pueden ser necesarios para diferenciar entre recursos de atención similares.

Sólo un MTC/ código de los 91 disponibles en el DESDE-LTC 2.0 puede ser registrado como MTC principal, aunque puede haber otros MTC secundarios cuando los FICs (unidades clínicas) son descritas como 'parte de' la unidad básica de atención o BSIC.

A continuación se describen los criterios utilizados para codificar los MTC para un BSIC independiente:

Criterios de inclusión (MTC)

A. MTC PRINCIPAL: La definición y descripción que proporciona el DESDE-LTC 2.0 para un código determinado coincide con el objetivo/finalidad de un servicio. Y con la actividad habitual de este servicio. En caso de desacuerdo entre el objetivo definido y la principal actividad habitual del servicio, se elige esta actividad para seleccionar el código MTC. Se utilizan puntos de corte cuando se considere necesario para permitir una codificación basada en la principal actividad/funcionamiento del servicio.

B. MTCs ADICIONALES: deberán usarse para describir el rango de actividades principales cuando las características esenciales del servicio no pueden codificarse con un simple código DESDE_LTC 2.0. En este caso, el servicio debería describirse usando MÁS DE UN descriptor principal. Por ejemplo, la unidad de agudos de un hospital puede proporcionar también atención de urgencia no móvil 24 horas, que es un descriptor completamente diferente al R2 (descriptor principal) y se dirige a diferentes grupos de usuarios. Entonces, este servicio tiene dos descriptores principales o "MTCs": R2, O3.

   Deben tenerse en cuenta los siguientes criterios cuando se utilicen códigos adicionales.

   a. La actividad principal adicional es fundamental para diferenciar el servicio de otros servicios relacionados tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los gestores. Siguiendo el ejemplo anterior (R2, O3), una unidad de agudos residencial en un hospital general con urgencias ambulatorias se diferenciaría claramente de una unidad similar sin atención de urgencias. Registrar un MTC secundario en vez de un calificador adicional, aclararía que la unidad cumple criterios para MTC.

b. El servicio cumple los criterios A, B y C pero el grupo de usuarios es claramente diferente del grupo diana al que atiende el BSIC. El principal grupo de usuarios podría usarse para seleccionar el principal MTC y los otros para seleccionar los MTCs adicionales.

c. Las unidades clínicas se identifican en un servicio que cumple el criterio F1 (emplazamiento independiente y no es parte de otro recurso).

d. Una parte significativa de la actividad del servicio se relaciona con otro código DESDE-LTC 2.0 diferente al código principal. Por ejemplo, más del 20% de la actividad de un servicio ambulatorio de atención no móvil es atención móvil. Este servicio podría ser codificado como 08, 06.

Criterios de exclusión (MTC)

Los criterios de exclusión son importantes para diferenciar MTCs de otras unidades de análisis en la investigación sobre servicios.

1- Actividades del servicio. Los MTCs no son simples actividades del servicio. Los descriptores MTCs se basan en las principales actividades o funciones críticas para comparar servicios entre diferentes territorios. Los servicios deberían llevar asignado un código y no es habitual que un servicio pueda conseguir más de tres códigos. Cuando dos funciones claramente diferentes de un servicio ofrecen atención al mismo grupo de usuarios, sólo una de ellas debería codificarse como un MTC mientras que la otra debería considerarse como una actividad y no como un MTC. Se recomienda revisar cuidadosamente los criterios de inclusión mencionados anteriormente antes de codificar una actividad del servicio como un MTC. Las actividades de un servicio deberían codificarse usando otros instrumentos.

Las actividades de un servicio pueden usarse para definir otras unidades de análisis en la investigación de servicios, principalmente para describir la atención en un solo servicio o en diferentes servicios:

- *Modalidad de Atención* es un tipo principal de intervención (o actividad) que se puede aplicar para describir un número determinado de tareas que constituyen el rango completo de atención que proporciona un servicio (De Jong, 2000). Describe 10 tipos de actividades que identifican diferentes patrones de atención desarrollados en grupos similares de servicios.
- *Paquetes de Atención.* Conjunto de intervenciones de atención integradas diseñadas para el mismo grupo de usuarios. Los paquetes de atención pueden describirse para un servicio único o para un grupo de servicios integrados.
- Otros componentes de insumos de atención son los productos de salud, las herramientas y otros dispositivos. Los productos de salud como las inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC.

FIC (Functional Input of Care)

- Es un grupo de insumos sub-mínimo organizado para ofrecer atención a largo plazo con una continuidad a lo largo del tiempo. Los FIC no cumplen los criterios de estabilidad organizacional o los atributos descritos para el BSIC. Un caso típico de FIC son las 'unidades clínicas' dentro de los servicios de los hospitales generales u otro tipo de meso-organización (p.e. unidad para los trastornos de la conducta alimentaria dentro de un servicio psiquiátrico). En un FIC, profesionales específicos prestan atención a un grupo específico. No están registrados oficialmente, no tienen unidad administrativa, tiene localización independiente y contabilidad propia.
- Los FIC son 'parte de' un BSIC y deben ser codificados como un tipo de MTC secundario; el código secundario MTC describe la principal atención del FIC. Este código aporta información esencial para diferencial un BSIC de otros, tanto desde la perspectiva de usuarios como de gestores, (p.e una unidad aguda psiquiátrica en hospital que también tiene Atención Ambulatoria no móvil de agudos, (R2, 03) es diferente de otra unidad sin atención ambulatoria.

OCIC (Other Continuous Inputs of Care)

Conjunto mínimo de insumos de atención organizados para ofrecer atención relacionada con las necesidades a largo plazo pero que no cumple los criterios descritos para BSIC. Por lo tanto no consta de la estabilidad organizacional que caracteriza al BSIC, aunque si que es estable en el tiempo (continuidad temporal). Los FIC normalmente se denominan 'unidades clínicas' dentro del sector de la salud. Estas unidades generalmente dependen de un BSIC aunque pueden estar dispuestas entorno a varios BSIC (ej. una unidad de trastornos de la alimentación en salas psiquiátricas de agudos de hospital general).

Se pueden identificar utilizando los 'Tipos Básicos de Atención' (MTC) pero estos no deben confundir con los utilizados para definir BSIC. Para diferenciar MTCs de unidades clínicas, estas irán codificadas en minúscula (d4.1).

NIC

Igual que CIC pero temporal. Sin continuidad en la atención.

CDP

Programas de intervención. Conjunto de actividades programadas en un periodo de tiempo limitado (normalmente menos de un año y no más de 3 años) sin una estructura estable en el tiempo. En algunas ocasiones los servicios se desarrollan a partir de programas que se han ido repitiendo a lo largo de los años. Cumple los criterios de estabilidad organizacional definidos para BSIC. Los CP se excluyen de esta clasificación pero se identifican con códigos en cursiva (*O9.1)*.

El DESDE-LTC 2.0 determina un corte de 3 años para definir 'continuidad de atención'. Esto se basa en la experiencia de que los programas con estabilidad organizacional que duran más de tres años tienden a tener una continuidad más a largo plazo.

ONIC

Igual que para OCIC pero temporal. Sin continuidad en la atención. Los ONIC se excluyen de esta clasificación pero se identifican con códigos en minúsculas y cursiva *(o4)*.

Sección A
Clasificación del Área

A. Definición de Áreas Sociosanitarias

El DESDE-LTC 2.0 está diseñado para comparar áreas geográficas, por tanto, deben tenerse en cuenta los límites sanitarios, sociales o administrativos del área. Se necesita un ejercicio preliminar para clasificar áreas de cobertura cuando no tenemos disponible esta información. El DESDE-LTC 2.0 se dirige fundamentalmente a las áreas de cobertura más pequeñas localizadas en un territorio a un nivel H4 (ver abajo definición de niveles de territorialización). Las áreas sociales pequeñas pueden ser más amplias que las áreas sanitarias pequeñas, y las áreas de atención especializada (ej. Salud Mental) pueden ser más pequeñas que las áreas para Atención a Largo Plazo (LTC) pero más grandes que las áreas de atención primaria. Las áreas entre 50 y 250.000 habitantes se usaron en el instrumento original para servicios de salud mental (ESMS).

Las áreas geográficas diferentes se codifican en relación al sector que las describe. Por ejemplo, las áreas sanitarias se describen con una "H", las áreas sociales con una "S" y las áreas educativas con una "E".

H0: Nivel pan-nacional

Por ejemplo, Unión Europea o regiones sanitarias de la OMS.

H1: Nivel nacional

Por ejemplo, el sistema de salud nacional en España

H2: Nivel regional

Por ejemplo, Estados (Lander) en Austria o Alemania, Condados en Suecia, Comunidad Autónoma en España, Departamento en Francia, etc.

H3: Máxima unidad administrativa de salud mental

Por ejemplo, área de salud mental cubierta por un hospital general de referencia para atención aguda.

H4: Unidad administrativa básica de salud mental especializada

Por ejemplo, área cubierta por un centro de salud mental comunitaria.

H5: Área administrativa local de atención sociosanitaria

Por ejemplo, municipios, áreas sanitarias locales, área cubierta por un centro de atención primaria.

B. Población Diana

La 'población por defecto' a la que se aplica el DESDE-LTC 2.0 es la población del área de cobertura con necesidades de atención a largo plazo. Se incluyen todos los grupos de población con necesidad de este tipo. Por supuesto, los grupos de población específicos incluidos en un estudio dependerán de los objetivos y necesidades del propio estudio. Teniendo en cuenta la posibilidad de modificar el grupo diana al que va a aplicarse el instrumento, de ahora en adelante nos referiremos al **Grupo diana** en vez de a las personas con enfermedad mental.

Codigos para la Población Diana

Estos códigos describen los principales grupos diana atendidos en un servicio añadiendo letras mayúsculas delante del código DESDE-LTC 2.0.

1. Grupos de edad

GX para todos los grupos de población

NX cuando es indeterminado

CX niños y adolescentes

AX adultos

OX mayores

Cc sólo niños

Ca sólo adolscentes

TC transición a adolescentes

TA transición a adultos

TO transición a mayores

2. Grupos diagnósticos

Se utilizarán letras mayúsculas para indicar si se trata de población con trastorno mental o de salud general y códigos CIE-10 entre corchetes para describir los grupos diagnósticos. Las categorías diagnósticas pueden descargarse en la siguiente dirección web http://www.cie10.org

i. **ICD-T** Cuando no hay un grupo diagnostico específico definido por el servicio o este cubre todos los trastornos

ii. **MG** Servicios que atienden medicina general

iii. **MD** Servicios que atienden salud mental sin un diagnóstico específico

iv. **[Fx-x]** Cuando el servicio atiende a una categoría diagnótica que comprende varios trastornos sin especificar ninguno concreto:

[F70-79] discapacidad intellectual.

a. **[Fx]** Cuando el servicio atiende a un diagnóstico espcífico: [F50] Anorexia

Ejemplo: AX- [F20] D1.2 para describir un dispositivo de Atención de Día de agudos específico para la esquizofrenia.

Periodo de referencia del estudio

El periodo de referencia para cumplimentar la sección B (codificación) es un mes. Cuado está disponible esta información se puede usar la media mensual de utilización en un año. Sin embargo, cuando esta información no está disponible, es necesario recoger datos en un mes específico. Febrero debe excluirse. Los meses con periodos largos de vacaciones también deben excluirse. Los meses más apropiados para efectuar comparaciones pueden ser mayo, octubre, y noviembre.

La recogida de datos de utilización de servicios para la Sección C debe efectuarse en el mismo periodo de tiempo. En caso de no disponer de esta información, la recogida de datos de utilización de servicios debe seguir uno de los siguientes parámetros:

1. Datos directos recogidos de forma prospectiva:
   - a una semana en caso de servicios ambulatorios y de día.
   - b un día en caso de servicios de información, accesibilidad, de urgencia y residenciales.
2. Datos indirectos recogidos a partir de la tasa media mensual obtenidos de la base de datos anual del servicio.

Todas las áreas deben tener los mismos periodos de referencia e indicarlo en la recogida.

Selección de partes del DESDE-LTC 2.0

La cumplimentación de la escala completa proporcionará una visión global de la estructura y nivel de provisión de servicios de un área sociosanitaria. Sin embargo, no siempre será posible ni necesario usar

la escala completa, pudiéndose elegir la sección del Diagrama de Atención a Largo Plazo y las partes de la escala que se requieran. Por ejemplo, el instrumento puede usar sólo diagrama residencial si este es el único aspecto de la provisión de servicios que es de interés; también puede usarse la Sección B (disponibilidad) sin la Sección C (utilización) si no existe información detallada acerca de su utilización. Para efectuar estudios comparativos es importante que cada área de cobertura use las mismas secciones del instrumento.

Sección B
Clasificación de Tipos Básicos de Atención (MTC)

a. Principios para clasificación de la Atención a largo plazo

- El propósito de la sección B es obtener una clasificación completa de los tipos básicos de atención para las personas con necesidades de Atención a Largo Plazo de la población local, clasificados de acuerdo con su función, disponibilidad y emplazamiento.
- El DESDE-LTC 2.0 proporciona un listado de todos los servicios identificados en un área de cobertura con el código asignado a cada uno de ellos. Este listado ofrece una visión global de la disponibilidad de servicios y tipos de servicios.
- El DESDE-LTC 2.0 dispone de un **glosario** con las definiciones de todos los términos usados en el diagrama de clasificación de salud mental. Junto a las definiciones de cada categoría aparecen ejemplos así como directrices sobre qué categorías deben ser mutuamente excluyentes.
- Se establecen **seis grandes diagramas** independientes para: 1) atención de información "I"; 2) atención en accesibilidad "A"; 3) atención de ayuda mutua y voluntariado "S"; 4) Atención Ambulatoria "O"; 5) Atención de Día "D"; y 6) atención residencia "R". Sin embargo, los dispositivos de ayuda mutua y voluntariado no se incluyen en los Diagramas de Utilización de la Atención, ya que se asume que su volumen de actividad no puede documentarse con precisión.
- La clasificación de cada servicio en el diagrama se identifica por la combinación de una letra y un número que constituye el código del servicio (A4, R2, D4.1 etc.).

Códigos descriptores de Características Adicionales de los Servicios

Estos códigos opcionales se incorporan al código DESDE-LTC 2.0 para facilitar una visión rápida de las características de los MTC y los BISIC con los que se relacionan que pueden ser relevantes para cuestiones de política local o investigación. Estos códigos son parte de una descripción general del servicio que se efectúa en la Sección D y, por tanto, no son parte de la estructura jerárquica del árbol de decisión del sistema. Estos códigos son letras minúsculas que se añaden al final del código para proporcionar una descripción adicional acerca de la localización del servicio o el significado de la provisión del servicio cuando éste es un descriptor principal (por ejemplo teleasistencia). Además no usan puntos de corte.

"a" Atención aguda (complementario)

Este código describe atención aguda desde dispositivos no agudos no residenciales (ramas "O" y "D") que no cumplen criterios para considerarla un MTC independiente. A modo de ejemplo, esto puede ser relevante para diferenciar dispositivos ambulatorios con capacidad de proporcionar atención aguda como actividad ordinaria frente a centros ambulatorios que no proporcionan atención aguda, en un estudio específico de estos servicios.

"c" Atención cerrada

Este código describe servicios de aislamiento con un alto nivel de seguridad con puertas cerradas con llave ("locked"). Normalmente estas unidades se dirigen a pacientes judiciales con enfermedad mental que presentan riesgo para ellos mismos o los demás.

"d" Atención domiciliaria

Este código describe servicios que ofrecen atención móvil (domiciliaria y en otros centros) y no cumplen con criterios para ser codificados como un código MTC móvil.

"e" eCare

Este código está dirigido a todos los servicios médicos de atención sanitaria, servicios sociales y tecnologías relacionadas con las nuevas tecnología de la comunicación y la información (TICs)

(ej. telemedicina, teleconsulta, teleradiología, telemonitorización).

Dispositivos especializados para profesionales de atención sanitaria (robótica y sistemas avanzados para diagnóstico y cirugía, simulación y dispositivos de modelación, dispositivos de simulación y modelaje, herramientas para entrenamiento) NO se incluyen en esta clasificación.

Cuando un servicio ambulatorio proporciona atención mediante teleconsulta, la "e" puede añadirse al final del código DESDE-LTC 2.0 para diferenciar este servicio, de servicios cara a cara (ej. O8.1e).

"h" Atención proporcionada en un dispositivo hospitalario

Cuando describe atención no residencial ("O","D") proporcionada en una meso-organización registrada como "hospital" (ej. una unidad ambulatoria o un hospital de día situado en un dispositivo hospitalario para diferenciar estos servicios de unidades similares situadas en la comunidad). Cuando describe atención residencial no aguda que normalmente se encuentra en la comunidad (R8-R13)

Este código excluye dispositivos de salud mental Institucional que se clasifican como "I".

"i" Atención institucional

Este código describe servicios residenciales caracterizados por ser de estancia indefinida para un grupo de población determinada y que normalmente tiene más de 100 camas. Este código es relevante para una mejor descripción de la atención residencial en salud mental.

Este código adicional también se utiliza para detectar servicios residenciales no hospitalarios pero que ofrecen una atención semejante a la que se encuentra en hospitales (R5, R7), donde el total de camas en la mayoría de casos es inferior a 100.

"j" Atención judicial

Este código está dirigido a servicios cuyo principal objetivo es proporcionar atención a pacientes judiciales (hospitales de seguridad o prisiones, salas de vigilancia para pacientes bajo custodia judicial, unidades psiquiátricas y de discapacidad física en prisiones y unidades de seguridad regional). Estas unidades pueden codificarse en un árbol independiente debido a las características especiales de la población diana.

"l" Atención de enlace

Este código describre servicios de enlace donde se realiza una consulta específica a otro profesional sobre un subgrupo de pacientes (p.e servicios de atención primaria que reciben información sobre un subgrupo de pacientes de salud mental).

"m" Gestión de casos

La gestión de casos la encontramos en servicios cuyo principal objetivo es la coordinación de la atención pero el proceso de coordinación de la atención incluye diferentes formas de atención clínica. Estos servicios pueden incluir gestión intensiva de casos, tratamiento asertivo comunitario, gestión de enfermedad o incluso atención personalizada. Debe prestarse especial atención si estos dispositivos cumplen criterios para BSIC y MTCs y no son unidades de atención o programas de atención dentro de un servicio.

"o" Médico de guardia

Este código describe la atención residencial que cuenta con médico de guardia (on call) que no se encuentra formalmente en el centro parte del día, generalmente por la noche. Este tipo de servicio se usa un mínimo de 4 veces en semana en el dispositivo.

"p" Atención específica ofertada en un centro de atención primaria

Este código describe Atención Ambulatoria específica ofrecida de forma regular en un "centro de atención primaria" por especialistas del centro de salud mental (CSM) (ej. atención psiquiátrica ofrecida una vez a la semana en el centro de atención primaria para adultos por algún especialista de salud mental que está autorizado a recetar fármacos aunque la base del profesional esté en el CSM: AX-MD-09.1p). Este código adicional deberá utilizarse para describir el tipo de atención del CSM. La atención del centro de atención primaria genera un nuevo MTC que habrá de codificarse de forma independiente, y que queda exluida de esta clasificación.

"r" MTC de referencia en el área

Este código describe al principal y/u oficial servicio de referencia para un MTC disponible en un área. Este código opcional es especialmente relevante en salud mental para diferenciar el centro de salud mental de referencia de otras unidades ambulatorias de la misma área, o el servicio hospitalario de agudos de referencia de otras unida-

des de agudos que también podría usar el mismo grupo diana del área.

"s" Atención especializada

Servicios para subgrupos específicos de la población diana atendidos en el área (ej. servicios para trastornos alimentarios dentro del grupo "MD").

Podrán añadirse otros códigos opcionales cuando se considere necesario dependiendo de los objetivos específicos de la investigación.

- Algunos servicios pueden cumplir criterios para codificar MTCs en más de una rama del Diagrama. Esto ocurrirá especialmente en áreas con servicios comunitarios altamente integrados en los que ej., el mismo equipo puede proporcionar atención de urgencias, atención continuada y Atención de Día - el glosario ofrece una explicación más detallada-.

- La Sección B describe el máximo funcionamiento habitual de un servicio en un periodo de tiempo determinado. No se trata de una descripción de la capacidad teórica de un servicio o de la provisión de alta intensidad que es claramente inusual en el servicio y que no representa el nivel de provisión típica en un año de referencia. Nos interesa saber cuál es el nivel más alto de actividad de un servicio durante un periodo de tiempo determinado cumpliendo los criterios mínimos de funcionamiento requeridos en cada código (ej. D1 20% - 10%).

b. Directrices para clasificación de la Atención a Largo Plazo

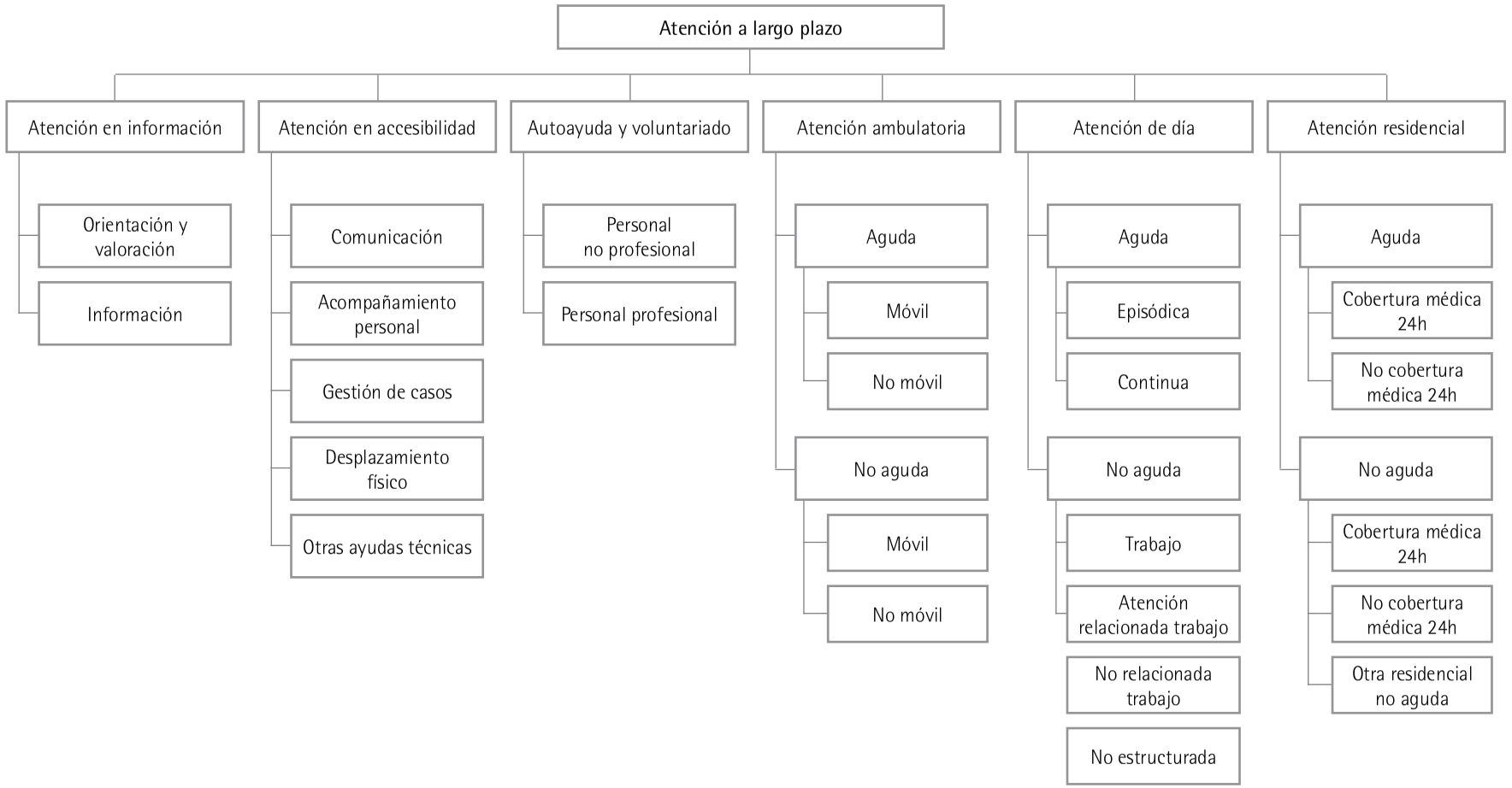
Los servicios se clasifican en función de una serie de descriptores como estatus del usuario, tipología de la atención, intensidad, tiempo de estancia y movilidad. Estos descriptores proporcionan una clasificación basada en "Tipos Básicos de Atención" que incluyen atención d e información, atención en accesibilidad, autoayuda y voluntariado, atención ambulatoria, Atención de Día y atención residencial. Los servicios se constituyen tanto por un simple MTC como por una combinación de varios MTCs.

Se incluyen varios ejemplos de tipos básicos de atención en cada código. Esta lista de ejemplos no pretende ser exhaustiva. También se aportan algunas instrucciones para situaciones en las que determinadas ramas son mutuamente exclusivas, ej. pares de ramas en las que no sería posible clasificar un mismo servicio específico en ambas ramas a la vez.

El sistema de codificación sigue el orden original establecido en el European Service Mapping Schedule (ESMS) (Johnson et al, 2000), diseñado para servicios de salud mental, y su adaptación a servicios de discapacidad (DESDE) (Salvador-Carulla et al, 2006), y a largo plazo (Salvador-Carulla et al., 2011) aunque ha sido modificado incluyéndose nuevos códigos en la rama D y 0.

El sistema de codificación debería rellenarse después de completar la Sección D y teniendo en cuenta la información que proporciona ésta.

Diagrama de Atención a largo plazo



I. Diagrama de clasificación de la Atención de Información

I. Atención para información y valoración

Dispositivos cuyo principal objetivo es proporcionar información y valoración a usuarios/as con necesidades de Atención a Largo Plazo. Estos dispositivos no conllevan un seguimiento posterior del usuario.

I1 **Dispositivos de orientación y valoración**

Dispositivos en los que se efectúa una valoración profesional y una posterior orientación al usuario.

Ej. Centro de valoración y orientación donde se realiza una intervención profesional que incluye evaluación y elaboración de proyecto individualizado para el usuario.

I1.1 Relacionada con salud

I1.2 Relacionada con educación

I1.3 Relacionada con aspectos sociales y culturales

I1.4 Relacionada con Trabajo

I1.5 Relacionada con Otros (no Trabajo)

I2 **Dispositivos de información**

Dispositivos dirigidos exclusivamente a proporcionar información a usuarios/as con problemas de salud mental.

Se incluyen aquí dispositivos de información acerca de accesibilidad. No se incluyen dispositivos dirigidos a la valoración.

I2.1 Interactiva

Dispositivos dirigidos a la información donde existe una interacción entre el usuario (personas con necesidades de Atención a Largo Plazo) y el informador.

I2.1.1 Interactiva presencial

Dispositivos dirigidos a informar a usuarios/as/as con necesidades de Atención a Largo Plazo a través de una interacción cara a cara.

I2.1.2 Otra Interactiva

Dispositivos dirigidos a informar de forma interactiva a usuarios/as/as con necesidades de Atención a Largo Plazo a través de tecnologías de la comunicación (TIC) o teléfono. El servicio clasificado aquí debe cumplir los siguientes criterios:

- Dispone de personal especializado en necesidades de ALP.
- Presenta información útil para el campo de la ALP.
- En caso de páginas web, la información se actualiza al menos de forma mensual.

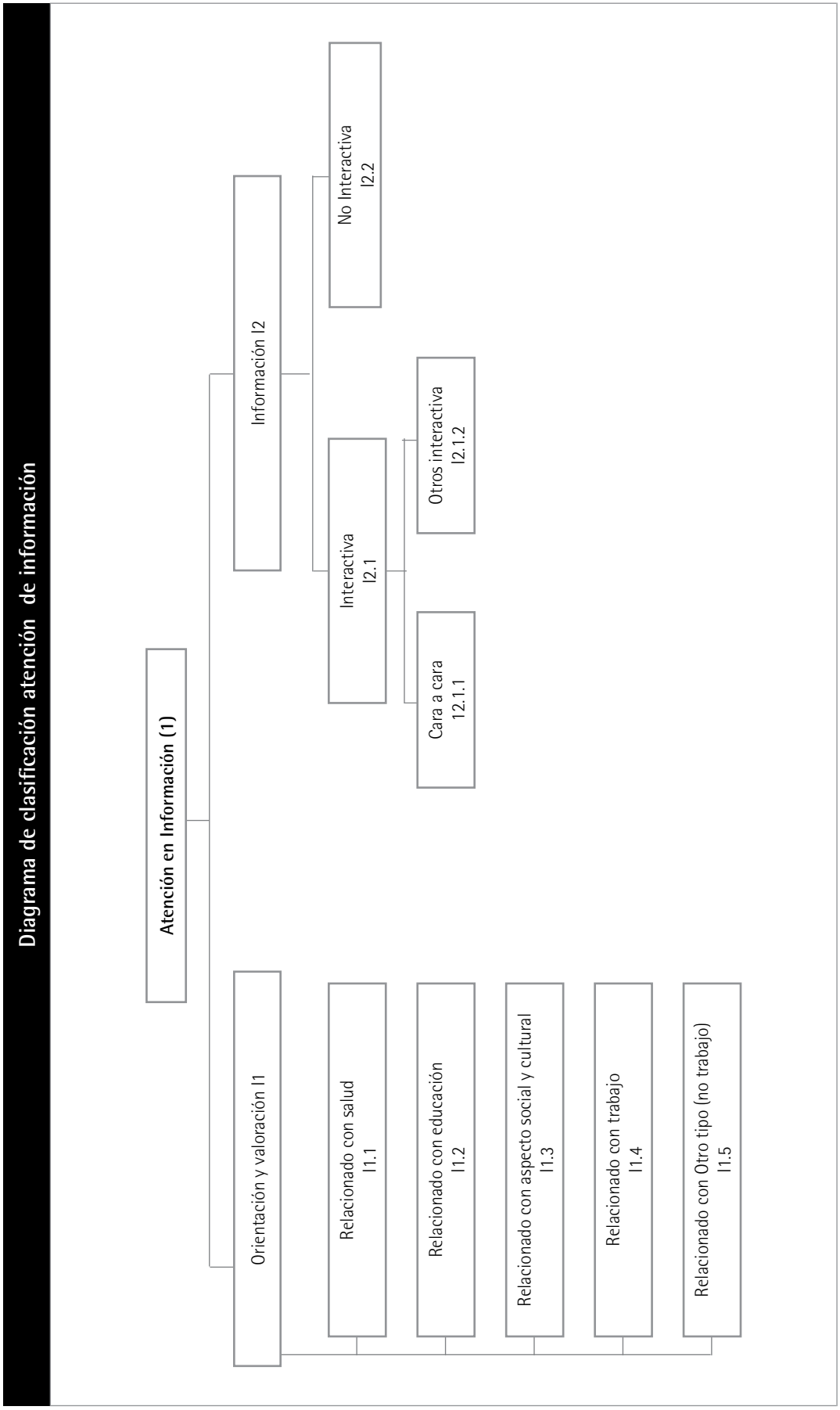
Sólo se clasificará con este código aquel dispositivo donde exista una persona que gestiona la página y su actualización.

Se incluyen dispositivos de información interactiva a través de Internet y de teléfono

I2.2 No interactiva

Dispositivos dirigidos a informar (con actualización trimestral) a personas con necesidades de Atención a Largo Plazo sin que exista interacción entre el usuario y el informador y/o donde la información no se actualiza de forma mensual.

Sólo se clasificará con este código aquel dispositivo donde exista una persona identificada que gestiona la página y su actualización. Se incluyen páginas web informativas que no implican interacción.


Diagrama de clasificación atención de información
Atención en Información (1)
Orientación y valoración I1
Relacionado con salud I1.1
Relacionado con educación I1.2
Relacionado con aspecto social y cultural I1.3
Relacionado con trabajo I1.4
Relacionado con Otro tipo (no trabajo) I1.5
Información I2
Interactiva I2.1
Cara a cara 12.1.1
Otros interactiva I2.1.2
No Interactiva I2.2

a. Diagrama de clasificación de la Atención en Accesibilidad

A. Atención en Accesibilidad

Dispositivos cuyo principal objetivo consiste en la facilitación de medidas de accesibilidad para personas con necesidades de Atención a Largo Plazo.

A1 Comunicación

Dispositivos dirigidos a facilitar el acceso a la información

Se incluyen aquí MTCs de intérprete de lenguaje de signos y traductores relacionados con atención sanitaria.

A2 Movilidad física

Dispositivos dirigidos a facilitar la movilidad física de personas con necesidades de Atención a Largo Plazo.

Incluye dispositivos dirigidos a mejorar la movilidad física de la persona (ej. servicios de transporte).

No se incluyen dispositivos de movilidad (ej. silla de ruedas).

A3 Acompañamiento personal

Dispositivos cuyo principal objetivo es facilitar el acompañamiento a usuarios con necesidades de Atención a Largo Plazo por parte de personal remunerado y no relacionado con este tipo de atención. El personal de acompañamiento no incluye ningún tipo de provisión directa de atención (el acompañamiento voluntario o no remunerado se codificará en la rama "S").

A4 Gestión de casos

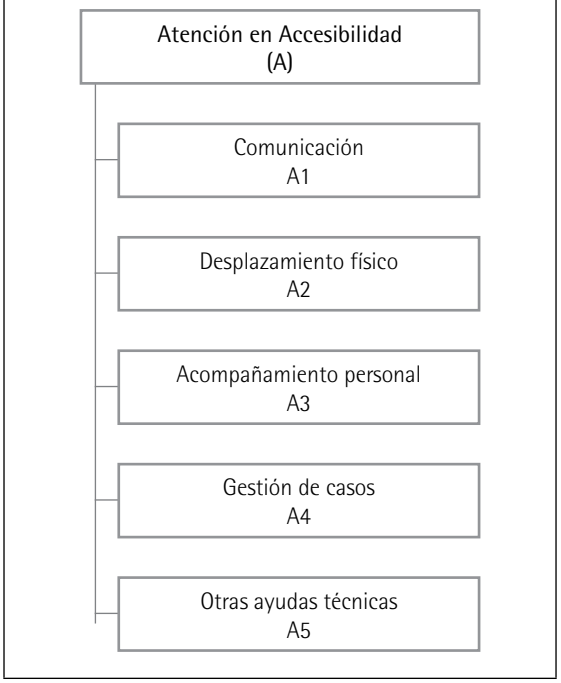
Dispositivos cuyo principal objetivo es facilitar la coordinación de la atención así como la accesibilidad a los diferentes tipos de servicios, profesionales y herramientas de los usuarios con necesidades de Atención a Largo Plazo. La coordinación de la atención no incluye ningún tipo de atención directa (p.e incluye gestión de casos pero no gestión intensiva de casos con atención asertiva comunitaria en el área de salud mental).

Se incluyen en este apartado servicios de tutela para personas con enfermedad mental

A3 **A5 Otras ayudas técnicas**

Dispositivos dirigidos a facilitar el acceso a la atención sin incluir ningún tipo de atención directa.

Diagrama de clasificación de Atención en Accesibilidad



S. Diagrama de Clasificación de la Atención de Ayuda Mutua y Voluntariado (S)

S Atención de Ayuda Mutua y Voluntariado

El objetivo de estos dispositivos es proporcionar algún tipo de apoyo, autoayuda o contacto a personas con necesidades de Atención a Largo Plazo, con personal no remunerado que ofrece atención en accesibilidad información, ambulatoria, de día o residencial.

S1 ATención con Personal No Especializado

Dispositivos dirigidos específicamente a población con necesidades de Atención a Largo Plazo, donde el porcentaje de personal especializado en evaluación, apoyo o atención a Largo Plazo es menor al 60% del total del personal. El 100% del personal tiene una vinculación exclusivamente voluntaria al servicio, aunque el personal administrativo o de gestión puede ser remunerado.

Se incluyen aquí los grupos de autoayuda dirigidos por usuarios/as, las asociaciones de cuidadores informales que proporcionan apoyo mutuo y los servicios proporcionados por voluntarios.

S1.1 **V-NE- Atención de Información**

S1.2 **V-NE- Atención en Accesibilidad**

S1.3 **V-NE- Atención Ambulatoria**

S1.4 **V-NE- Atención de Día**

S1.5 **V-NE- Atención Residencial**

S2 Atención con Personal Especializado

Dispositivos diseñados para población con necesidades de Atención a Largo Plazo, que cuentan de forma regular con al menos un 60% del personal con formación o titulación específica en evaluación, apoyo o atención a personas con necesidades de Atención a Largo Plazo. El 100% del personal tiene una vinculación exclusivamente voluntaria al servicio aunque el personal administrativo y de gestión puede estar pagado.

Se incluyen aquí dispositivos atendidos de forma regular por personal profesional voluntario especializado.

S2.1 **V-E- Atención de Información**

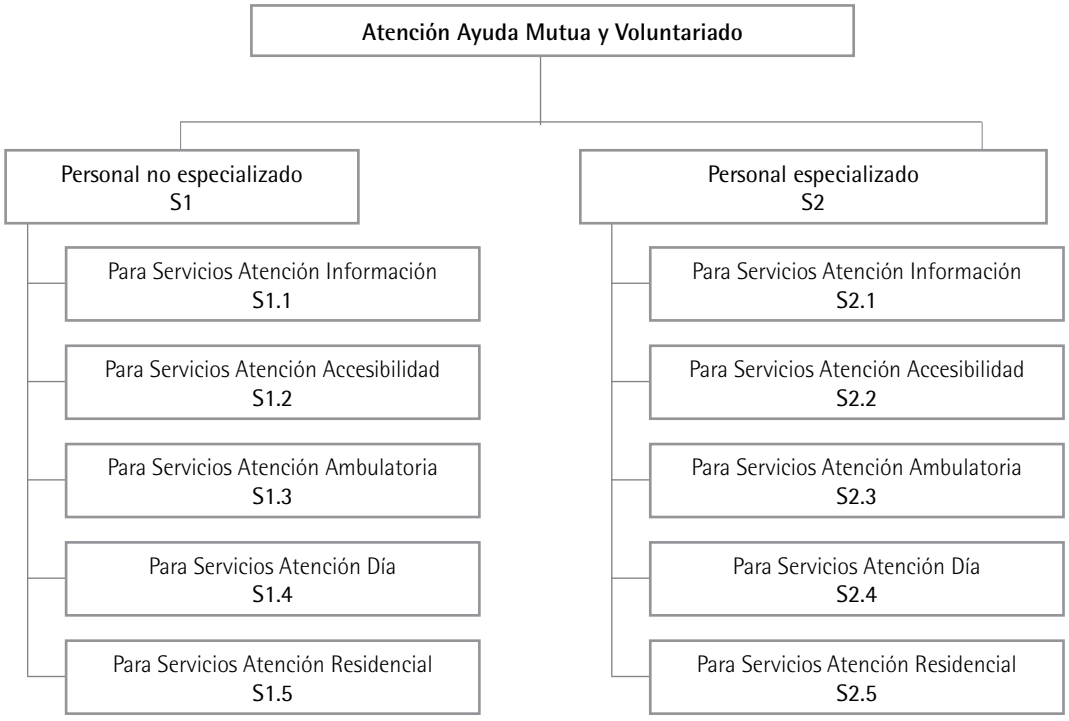
S2.2 **V-E- Atención de Accesibilidad**

S2.3 **V-E- Atención Ambulatoria**

S2.4 **V-E- Atención de Día**

S2.5 **V-E- Atención Residencial**

Diagrama de clasificación de Atención de Ayuda Mutua y Voluntariado



O. Diagrama de Localización de Atención Ambulatoria

A. Atención en Accesibilidad

O Atención Ambulatoria

Dispositivos que (i) conllevan un contacto entre el personal y usuarios/as con el objetivo de la atención a las personas con necesidades de atención a largo plazo y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas; (ii) no ofrecen Atención de Día o residencial como la descrita más adelante.

Atención aguda (O1-O4)

Dispositivos de urgencia que (i) proporcionan atención y tratamiento inicial en respuesta a una situación de crisis, deterioro en el estado mental, comportamiento o problemática social relacionada con su estado; y (ii) en los que dicha respuesta se produce normalmente en el mismo día dentro del horario laboral.

Atención Móvil y Domiciliaria (O1-O2)

Dispositivos donde el contacto se produce normalmente en un abanico variado de emplazamientos incluyendo la propia casa del usuario/a y que corresponden a aquellos considerados como más apropiados desde el punto de vista de profesionales y usuarios/as. Para que un servicio sea considerado como móvil y domiciliario, se requiere que al menos el 50% de los contactos se realicen fuera del lugar donde está establecido dicho servicio. Si la atención móvil se proporciona entre el 20-50% de los contactos se añadirá un segundo MTC móvil al código no móvil. Si la atención móvil no llega al 20% se reflejará utilizando el código adicional "d".

Para algunos servicios, el emplazamiento principal de provisión de la atención puede variar de un día a otro (ej., los dispositivos de áreas rurales que se desplazan de pueblo en pueblo); esto no significa que tenga que ser clasificado como 'móvil y domiciliario', a menos que el personal realice su trabajo fuera del emplazamiento principal del día.

O1 24 horas

Dispositivos disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

O1.1 **Atención relacionada con la salud**

Dispositivos cuyo objetivo principal es la atención clínica durante el periodo descrito por el código, y donde una parte del personal son profesionales cualificados en atención sanitaria (Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Medicina Rehabilitadora y Psicología).

O1.2 **Otra atención**

Dispositivos ambulatorios que no cumplen el criterio de servicios dirigidos a la atención relacionada con la salud.

O2 Horario limitado

Dispositivos que no están siempre disponibles (menos de 24 horas al día, 7 días a la semana).

Ejemplo de Ramas O1 y O2 - equipos de intervención en crisis y equipos móviles & domiciliarios de tratamiento en domicilios. Algunos dispositivos ambulatorios pueden proporcionar también atención de urgencia (además de atención continuada) por lo que se contabilizarán en ambas ramas.

Dispositivos que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y 'de horario limitado' - si existe algún período de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como 'de horario limitado'.

O2.1 **Atención relacionada con la salud** (ver O1.1)

O2.2 **Otra atención** (ver O1.2)

Este código puede incluir servicios cuya principal función es proporcionar apoyo para actividades de la vida diaria (limpieza, barrido, cocina, etc.) en hogares en situación de crisis durante un tiempo limitado a la semana (ej. debido a enfermedad del cuidador principal).

Atención no-móvil (O3-O4)

Dispositivos que no cumplen los criterios para 'móvil & domiciliario'.

O3 24 horas (ver O1)

O3.1 **Atención relacionada con la salud** (ver O1.1)

Unidades de urgencia en Hospitales Generales que pueden ofrecer atención específica a usuarios con necesidades de Atención a Largo Plazo.

O3.2 **Otra atención** (ver O1.2)

O4 Horario limitado (ver O2)

Dispositivos que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y de 'horario limitado' - si existe algún período de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como de 'horario limitado'.

04.1 **Atención relacionada con la salud** (ver 01.1)

Unidades de urgencia en centros ambulatorios y de atención primaria o centros de salud mental que pueden proporcionar atención específica a usuarios con necesidades de LTC durante situaciones de crisis en horario limitado.

04.2 **Otra atención** (ver 01.2)

No aguda (05-010)

Dispositivos que proporcionan a los usuarios/as un contacto regular con un profesional de la salud. Los servicios no agudos de atención continuada pueden proporcionar también atención aguda/urgencia de forma regular. Sólo cuando la atención aguda sea mayor al 20% de la actividad ordinaria del servicio, se codificará en las ramas de agudo y no agudo.

Atención móvil y domiciliaria (05-07) (ver "atención móvil" para "atención aguda")

05 Intensidad alta

Dispositivos con capacidad para realizar contactos cara a cara con usuarios/as al menos 3 veces por semana, si está clínicamente indicado.

05.1 **Atención relacionada con la salud (ver 01.1)**

05.1.1 **Atención de 3 a 6 días por semana**

Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de atención menor a 7 días/semana 3 horas/día.

05.1.2 **Atención 7 días por semana al menos 3 horas/día**

Dispositivos comunitarios cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de atención de 7 días/semana 3 horas/día.

05.1.3 **Atención 7 días por semana incluyendo atención durante la noche.** Dispositivos cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto con una frecuencia habitual de atención de 7 días/semana incluyendo atención de noche.

05.2 **Otra atención**

Dispositivos que no cumplen el criterio para atención relacionada con la salud.

05.2.1 **Atención de 3 a 6 días por semana**

Dispositivos de atención no-clínica con una frecuencia habitual de atención menor a 7 días/semana 3 horas/día.

05.2.2 **Atención 7 días por semana al menos 3 horas/día**

Dispositivos de atención no-clínica con una frecuencia habitual de atención de 7 días/semana 3 horas/día.

05.2.3 **Atención 7 días por semana incluyendo atención durante la noche**

Dispositivos de atención no-clínica con una frecuencia habitual de atención de 7 días/semana incluyendo atención de noche.

06 Intensidad media

Dispositivos que no tienen capacidad para proporcionar un contacto con los usuarios/as de al menos 3 veces a la semana, pero que sí pueden proporcionar atención quincenalmente cuando se requiera.

06.1 **Atención relacionada con la salud** (ver 05.1)

06.2 **Otra atención** (ver 05.2)

07 Intensidad baja

Dispositivos que no tienen capacidad para atender a sus usuarios con una frecuencia quincenal.

Ejemplo de Ramas 05 a 07 - Equipos de enfermería comunitaria y los equipos de apoyo.

'Alta intensidad', 'intensidad media' y 'baja intensidad' son mutuamente excluyentes - si un servicio puede proporcionar contacto tres veces a la semana, se clasificará como de 'alta intensidad', incluso si algunos de sus usuarios/as son atendidos en dicho servicio con una frecuencia menor. Si un servicio puede proporcionar contacto al menos una vez quincenalmente, pero no con un mínimo de tres veces por semana, será de 'media intensidad', incluso si alguno de los usuarios/as contactan con dicho servicio menos de una vez cada quince días. Sólo los dispositivos que generalmente no pueden proporcionar contacto de forma quincenal deben ser clasificados como de baja 'intensidad'.

07.1 **Atención relacionada con la salud** (ver 05.1)

07.2 **Otra atención** (ver 05.2)

Atención no-móvil (08-010)

08 Intensidad alta (ver 05)

08.1 **Atención relacionada con la salud** (ver 05.1)

08.2 **Otra atención** (ver 05.2)

09 Intensidad media (ver 06)

09.1 **Atención relacionada con la salud** (ver 05.1)

09.2 **Otra atención** (ver 05.2)

010 Intensidad baja (ver 07)

010.1 **Atención relacionada con la salud** (ver 05.1)

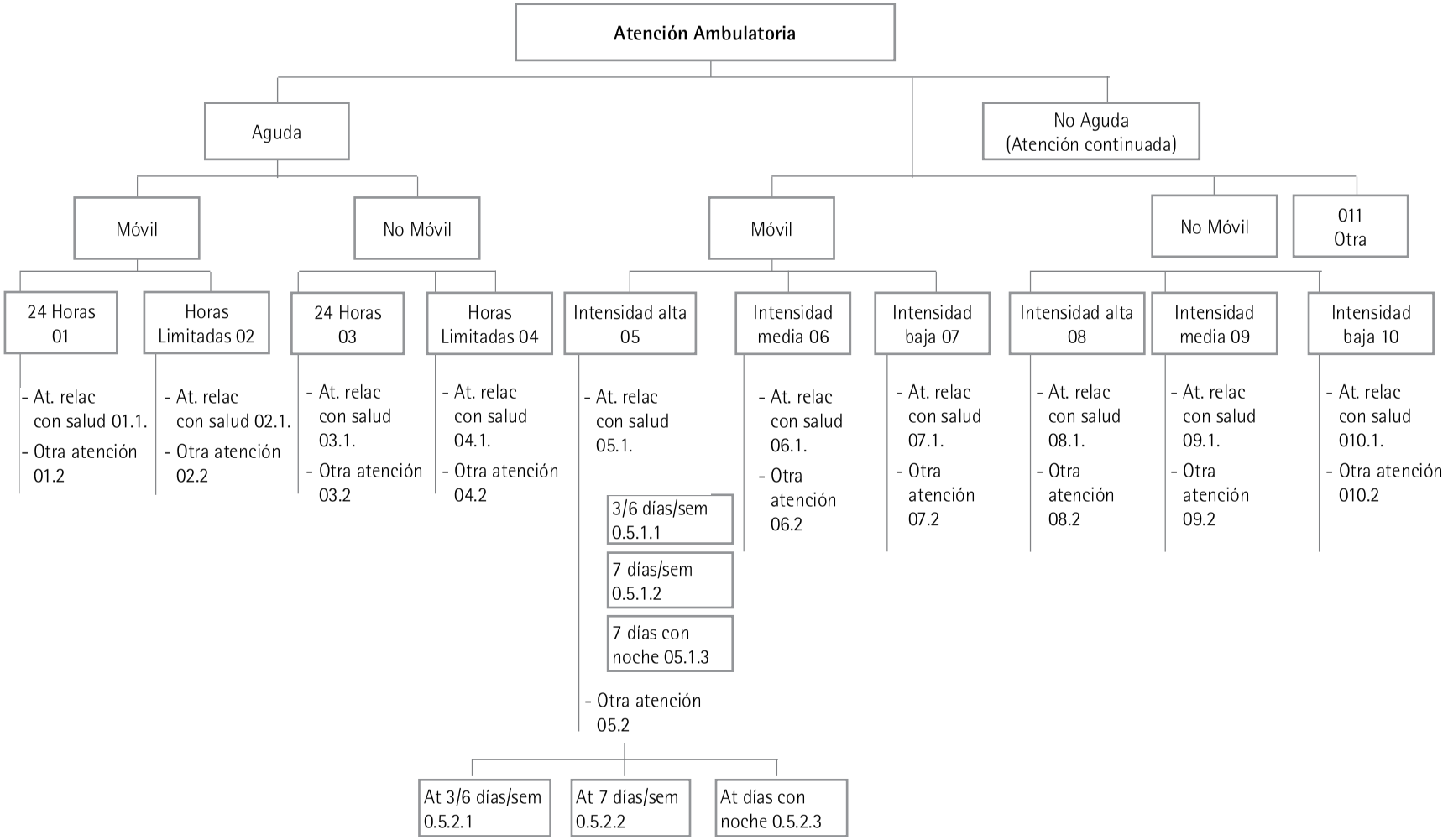
010.2 **Otra atención** (ver 05.2)

Ejemplo de Ramas 08 a 010 - Ejemplos de dispositivos que pueden clasificarse aquí son las clínicas ambulatorias y los centros de salud mental comunitarios en los que menos del 20% de los contactos con los usuarios/as se realizan fuera de la localización principal del servicio.

011 **Otra no aguda**

Otro tipo de Atención Ambulatoria no aguda no clasificada en ningún otro apartado.

Diagrama de clasificación de atención Ambulatoria



D. Diagrama de Clasificación de Atención de Día

D Atención de Día

Son dispositivos que (i) están disponibles normalmente para varios usuarios/as al mismo tiempo (en lugar de atender a los usuarios/as de uno en uno); (ii) proporcionan alguna combinación de atención a problemas relacionados con la Atención a Largo Plazo, ej. actividad estructurada, contacto social y/o apoyo; (iii) se encuentran disponibles durante un horario de apertura establecido; y (iv) se espera que los usuarios/as los utilicen más allá de los períodos en los que tienen un contacto "cara a cara" con el personal (el dispositivo no sólo se basa en que los usuarios/as vengan a la cita con el profesional de referencia y se marchen al acabar la consulta). El seguimiento de la atención suele planificarse con antelación.

Aguda

D0 Episódica

Dispositivos en los que habitualmente se proporciona atención a pacientes con deterioro en su estado de salud en un único o limitado número de episodios de atención y durante un periodo de tiempo determinado.

D0.1 **Alta intensidad**

Dispositivos en los que habitualmente se proporciona atención a pacientes con deterioro en su estado de salud en un único o limitado número de episodios de atención y durante un periodo de tiempo determinado. El episodio de atención dura menos de 24 horas por lo que el usuario es ingresado y dado de alta en el mismo día. El episodio incluye actividades de atención complejas y coordinadas tales como diagnóstico, evaluación, intervenciones y otros tipos de atención sanitaria que requieren una elevada formación profesional y que no se limita a un contacto cara a cara como ocurre en la atención ambulatoria. La complejidad de la intervención es tal que se asemeja a la situación de atención en crisis.

Ejemplos de Atención aguda episódica son las unidades de terapia electroconvulsiva en salud mental.

D0.2 **Otra intensidad**

Dispositivos que proporcionan atención aguda episódica pero que no cumplen criterios de alta intensidad.

Atención Aguda Continuada

Dispositivos en los que (i) los usuarios/as son admitidos habitualmente durante una situación de crisis o un deterioro de su estado de salud, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) el principal objetivo del dispositivo es aliviar este deterioro/crisis; (iii) la atención se ofrece de forma continua – no episódica, al menos 5 días por semana durante un periodo de tiempo limitado. Estos dispositivos de día se constituyen para ofrecer una alternativa a la hospitalización completa o para acelerar la descarga de las unidades de hospitalización antes de que termine la crisis o el usuario se estabilice.

Generalmente se incluyen en esta sección los hospitales de día.

D1.1 **Alta intensidad**

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de 72 horas. Al menos el 20% de los usuarios han sido admitidos en menos de 72 horas en los últimos doce meses.

Se incluyen en este código los hospitales de día dirigidos a la atención de usuarios con agravamiento significativo de su estado de salud que se asocia a un riesgo para ellos mismos, su familia u otros, necesitando una atención inmediata. Estos servicios son una alternativa al ingreso hospitalario. El usuario habría necesitado hospitalización en otra área de cobertura que no disponga de este tipo de dispositivos.

D1.2 Otra intensidad

La admisión al servicio se efectúa habitualmente en menos de cuatro semanas desde el inicio de la crisis en usuarios derivados de una unidad de agudos residencial (R2 o R3). Al menos el 80% de los usuarios han sido admitidos en los últimos doce meses en menos de cuatro semanas desde el inicio de la crisis (en cualquier otro caso clasificar el dispositivo como D4.2).

Se incluyen en esta sección hospitales de día dirigidos a la atención de usuarios con agravamiento significativo de su estado de salud que se asocia a un riesgo para ellos mismos, su familia u otros, necesitando una atención inmediata. Estos servicios NO son una alternativa a la admisión hospitalaria sino un sistema complementario de hospitalización que permite la derivación temprana antes de que la crisis haya remitido. El usuario habría necesitado

una estancia hospitalaria más prolongada en otra área de cobertura que no disponga de este tipo de dispositivos. Los servicios de gestión intensiva de casos pueden codificarse aquí.

No aguda (D2-D9)

Todos los dispositivos de día que no cumplan criterios para atención aguda.

Trabajo (D2, D6)

Dispositivos que proporcionan a sus usuarios la oportunidad de estar remunerados por su trabajo. Estos servicios suelen ser dispositivos de empleo con apoyo u oportunidades en el mercado laboral general.

D2 Alta intensidad para atención no aguda

Dispositivos que normalmente están disponibles para atender usuarios/as durante al menos el equivalente a 4 medios días por semana. Para que el servicio sea clasificado como de 'alta intensidad', no se requiere que todos los usuarios/as necesiten una atención tan frecuente, pero ésta debe ser posible si así se requiere.

D2.1 **Empleo ordinario**

Los usuarios tienen registrada su discapacidad y se les paga al menos el salario mínimo definido para ese tipo de trabajo. La empresa sigue la normativa laboral del mercado general. En caso de que no exista un salario mínimo, sugerimos calcular una estimación a partir del salario para trabajos similares aparecidos en la prensa local en el último mes. Sin embargo, los empleados con discapacidad reconocida pueden no haber obtenido este trabajo a través de un concurso completamente abierto – su puesto de trabajo puede estar reservado específicamente para usuarios con discapacidad dependiendo de la normativa nacional/regional o local.

D2.2 **Otro empleo**

La organización sigue la normativa laboral específica para usuarios con discapacidad reconocida. Los empleados reciben un salario de al menos el 50% del salario mínimo local para ese tipo de trabajo. En caso de que no exista un salario mínimo, se sugiere efectuar una estimación a partir de salarios de empleos similares publicados en la prensa local durante el último mes. El trabajo puede incluirse en un empleo con apoyo o en un emplazamiento donde algunos trabajadores no son usuarios con necesidades de Atención a Largo Plazo.

Se incluyen aquí normalmente centros especiales de empleo, centros laborales etc.

D6 Baja intensidad para atención no aguda

Dispositivos en los que los usuarios son atendidos habitualmente menos del equivalente a cuatro medios días por semana.

D6.1 **Empleo ordinario** (ver D2.1)

D6.2 **Otro trabajo** (ver D2.2)

Atención Relacionada con Trabajo (D3, D7)

Dispositivos en los que los usuarios llevan a cabo una actividad relacionada con el trabajo que sería pagada en el mercado abierto pero donde los usuarios no cobran o cobran menos del 50% del salario local esperado por este trabajo. En caso de que no exista un salario mínimo, se sugiere efectuar una estimación a partir de salarios de empleos similares publicados en la prensa local durante el último mes.

D3 Alta intensidad en atención relacionada con el trabajo (ver D2)

D3.1 **Tiempo limitado**

Recursos donde los usuarios/as realizan una actividad relacionada con el trabajo para la que se ha fijado un tiempo límite.

Incluye centros de impartición de cursos de Formación Profesional Ocupacional (FPO) por un periodo de tiempo fijo ej. 2 años.

D3.2 **Tiempo indefinido**

Recursos donde los usuarios/as llevan a cabo una actividad relacionada con el trabajo para la que no se ha fijado un tiempo límite.

Incluye centros ocupacionales y talleres cuyo fin es la integración sociolaboral.

Cuando un centro presta formación o atención ocupacional continuada al mismo grupo de individuos por largos periodos de tiempo (ej. más de dos años) el recurso no se codifica como de 'tiempo limitado' aunque se trate de diferentes ciclos con un tiempo limitado (ej. los individuos usan el centro por un periodo de tiempo más largo que la duración del curso).

D7 Baja intensidad para atención relacionada con trabajo (ver D6)

D7.1 **Tiempo limitado** (ver D3.1)

D7.2 **Tiempo indefinido** (ver D3.2)

Atención de Día Estructurada No Relacionada Con Trabajo (D4, D8)

Dispositivos que proporcionan actividades estructuradas que no están relacionadas con trabajo y que estarían disponibles al menos el 25% de la jornada laboral. Estas actividades podrían incluir entrenamiento de habilidades, actividades creativas como arte o música y grupos de trabajo.

D4 Alta intensidad para Atención de Día estructurada (ver D2)

D4.1 **Actividades de día relacionadas con la salud**

Dispositivos que cumplen los criterios de Atención de Día de disponibilidad programada cuya actividad fundamental es la atención clínica a de salud (física, psicológica y/o social). Al menos el 20% del personal son profesionales cualificados de la salud.

Se incluyen aquí dispositivos cuya actividad fundamental es la rehabilitación física y la rehabilitación social o psicológica. También se incluyen dispositivos dirigidos a la mejora de aspectos sociales de la atención a Largo Plazo por parte profesionales de la salud (ej. talleres de habilidades sociales).

D4.2 **Actividades de día relacionadas con la educación**

Dispositivos dirigidos a la formación reglada de sus usuarios/as. Se entiende por educación reglada toda aquella que forma parte del Sistema Educativo y dispone de un curriculum y plan de estudios establecido.

Se incluyen aquí centros de Educación Especial y Formación Profesional.

D4.3 **Actividades de día relacionadas con la participación social y cultural**

Dispositivos que proporcionan actividades estructuradas relacionadas con la participación social y cultural.

Se incluyen aquí centros de educación y formación complementaria no reglada, así como apoyo a la educación. También se incluyen actividades deportivas y clubs sociales que fomenten la participación social de forma estructurada y los talleres cuyo fin prioritario no es la integración sociolaboral del usuario.

D4.4 **Otras actividades de día estructuradas**

Dispositivos que proporcionan algún tipo de actividad estructurada que no cumple criterios para ser clasificada como "Actividades relacionadas con educación, promoción de la salud o participación social y cultural".

Se incluyen aquí dispositivos dirigidos a la prevención de forma estructurada.

D8 Baja intensidad para atención no aguda (ver D6)

D8.1 **Actividades de día relacionadas con la salud** (ver D4.1)

D8.2 **Actividades de día relacionadas con la educación** (ver D4.2)

D8.3 **Actividades de día relacionadas con la participación social y cultural** (ver D4.3)

D8.4 **Otras actividades de día estructuradas** (ver D4.4).

Atención No Estructurada

Dispositivos que cumplen los criterios para servicio de día no agudo pero donde no se ofertan actividades estructuradas, o éstas sólo están disponibles durante menos del 25% de la jornada, por lo que las principales funciones del servicio son la provisión de contacto social, ayuda práctica y/o apoyo.

Se incluyen aquí clubes sociales que cumplen las características de "actividades no estructuradas".

D5 Alta intensidad para atención no aguda (ver D2)

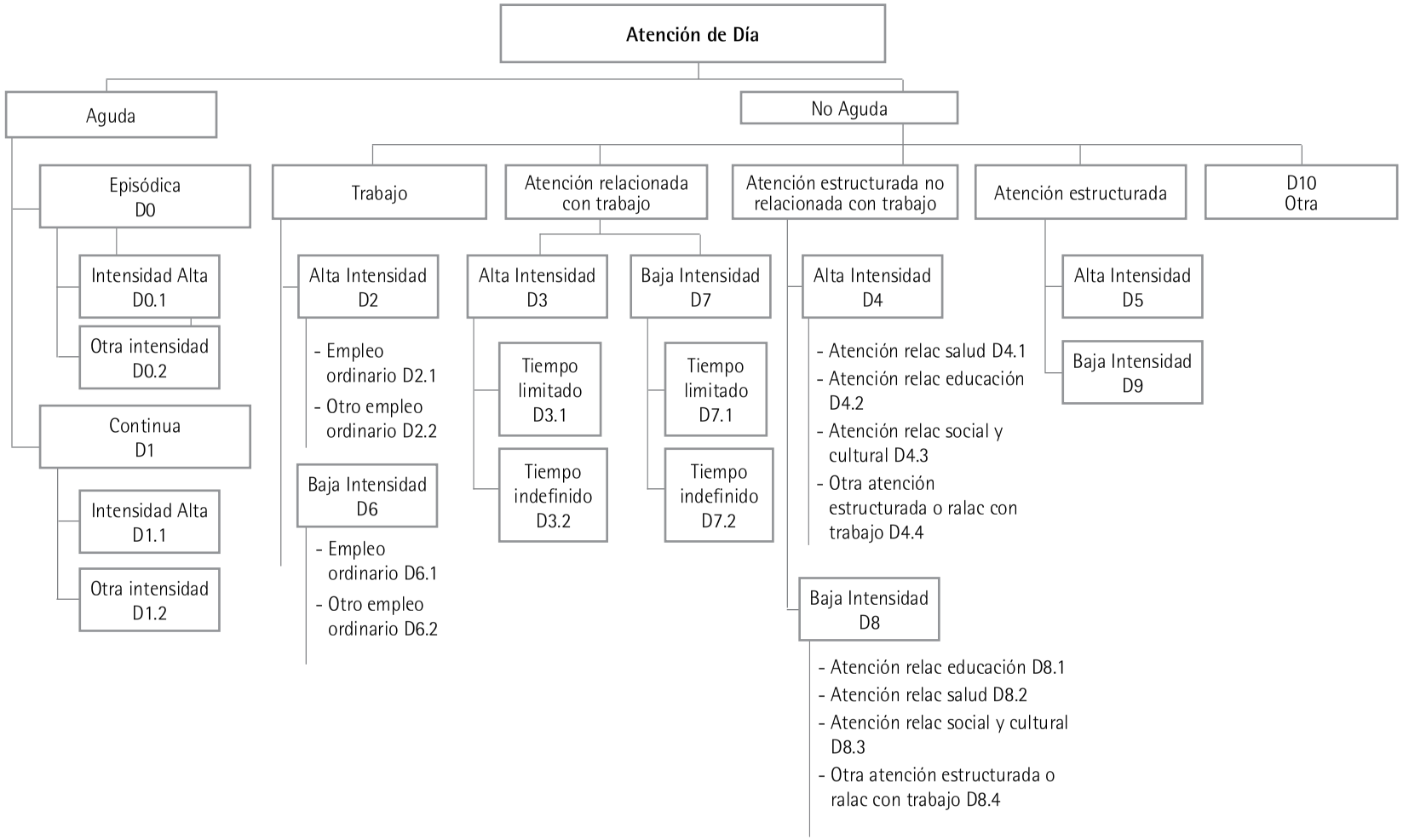
D9 Baja intensidad para atención no aguda (ver D6)

D10 **Otra no aguda**

Atención de día no aguda no clasificada en ninguno de los apartados anteriores

Se incluyen aquellos dispositivos que realizan actividades intensivas (ej. Una semana) fuera de las premisas del centro con estancia en hostales, hoteles u otros lugares no específicos para salud mental.

Diagrama de clasificación de Atención de Día



R. Diagrama de Clasificación de Atención Residencial

R Atención Residencial

Dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los usuarios/as y cuyo propósito se relaciona con la atención clínica y social de las personas con necesidades de Atención a Largo Plazo – los usuarios no utilizan estos servicios simplemente porque son personas sin hogar.

La mayoría de los dispositivos residenciales son clasificables como pertenecientes a sólo una de las ramas, aunque ocasionalmente puede ser necesario codificar un único servicio en varias ramas - ej., una residencia que incluye a la vez camas destinadas para ingresos en crisis y camas para ingresos planificados por períodos indefinidos.

Aguda (Disponibilidad inmediata en crisis)

Dispositivos donde (i) se ingresa a los usuarios/as debido a una crisis, deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con problemas de Atención a Largo Plazo; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas del día; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso.

Atención Médica 24 Horas

Dispositivos localizados dentro de hospitales u otras meso-organizaciones residenciales donde existe una cobertura médica 24 horas (incluye médicos residentes). Se excluyen servicios en los que la cobertura la dan estudiantes de medicina no graduados.

Hospitalario

Los hospitales son meso-organizaciones con un reconocimiento legal en la mayoría de los países. Este reconocimiento legal puede usarse como base para identificar servicios hospitalarios. Constituyen excepciones las unidades que tienen menos de 20 camas y/o no cobertura médica 24 horas que deberían clasificarse como no hospitalarias a pesar de tener un reconocimiento legal de hospital. Aquellos países en los que no exista un criterio legal para decidir qué son hospitales y qué no, y en caso de duda, los servicios deberían clasificarse como servicios hospitalarios si tienen cobertura médica 24 horas. Podría consultarse a un grupo de expertos y/o administrativos sanitarios locales o regionales cuando exista duda acerca de qué servicios deberían considerarse hospitalarios o no.

Aguda Con Cobertura Médica 24H

R0 No Hospitalario

Dispositivos de atención aguda con cobertura médica 24 horas localizados fuera de un hospital registrado (ej. residencias para personas mayores con problemas de salud mental con atención médica 24 horas con menos de 20 camas y no registrados como hospitales).

Ejemplo de rama R0. Los hospitales para usuarios con características específicas sin cobertura médica 24 horas (que pueden tener personal y atención de baja intensidad) no se incluyen aquí (ej. algunos hospitales psiquiátricos de baja provisión, algunos hospitales para pacientes geriátricos, hospitales para lesiones cerebrales).

Este es un código residual que debería asignarse sólo tras una cuidadosa evaluación.

R1 Hospitalario Alta Intensidad

Camas en las que los pacientes son admitidos debido a un deterioro de su estado de salud lo suficientemente grave como para requerir vigilancia continuada durante 24 horas y/o medidas especiales de aislamiento.

Ejemplo de rama R1. Estos servicios incluyen dispositivos de atención intensiva. En salud mental, la "vigilancia continua" también incluye servicios de seguridad donde los usuarios son admitidos al ser considerados por los profesionales como peligrosos para sí mismos o los demás, o aquellos a los que una orden judicial obligue, por razones de seguridad, a ser atendidos en este dispositivo específico en lugar de los dispositivos locales habituales. Las camas asignadas a ingresos involuntarios no deben ser clasificadas automáticamente como unidades de seguridad - es posible que alguna persona con ingreso involuntario sea asignada a un dispositivo genérico para pacientes agudos. Sólo las camas específicamente destinadas a proporcionar un mayor nivel de vigilancia y/o seguridad, y no aquellas a las que se asignan rutinariamente los usuarios/as del área sociosanitaria de referencia, pueden ser clasificadas como de alta intensidad.

R2 Hospitalariode Intensidad Media

Dispositivos de atención aguda con cobertura médica 24 horas localizados en un hospital registrado

donde (i) los usuarios son admitidos debido a un deterioro de su salud, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse a lo largo de las 24 horas; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso. Los dispositivos proporcionan, de forma habitual, un nivel de vigilancia y/o seguridad de intensidad media en sus ingresos.

Ejemplo de rama R2. Se incluyen unidades hospitalarias en las que se ingresan rutinariamente los usuarios/as agudos de una determinada área sociosanitaria, así como las unidades de agudos de hospitales generales, psiquiátricos y monográficos. Una sala localizada en una meso-organización que carece de cobertura médica directa, debería codificarse aquí si existe una cobertura médica 24 horas disponible en la meso-organización y que proporciona tratamiento agudo si es necesario.

Estos dispositivos residenciales pueden también ofrecer atención de urgencia (junto a atención residencial de agudos). En este caso, se clasificarían en ambas ramas (R2 y R3) si la atención de urgencia para el grupo de población específico se ofrece en el mismo hospital por parte del servicio descrito

R3 No Cobertura Médica 24 Horas

Dispositivos sin cobertura médica 24 horas donde (i) los usuarios son admitidos debido a un deterioro de su salud, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su condición; (ii) generalmente el ingreso puede hacerse durante las 24 horas; (iii) los usuarios/as normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso.

R3.0 Hospitalario

Dispositivos de atención aguda sin cobertura médica 24 horas localizados en un hospital registrado.

Ejemplo de rama R3.0. Algunos hospitales registrados pueden proporcionar atención aguda de baja intensidad con cobertura médica 24 horas (ej. algunas salas de agudos en hospitales psiquiátricos monográficos). Se excluyen unidades hospitalarias que carecen de cobertura médica 24 horas pero en las que esta provisión está disponible en la meso-organización donde se localiza el servicio.

Este es un código residual que debería asignarse sólo tras una cuidadosa evaluación.

R3.1. NO Hospitalario

Dispositivos de atención aguda sin cobertura médica 24 horas localizados fuera de hospitales registrados.

R3.1.1 **Atención relacionada con la salud**

Dispositivos residenciales cuyo objetivo principal es la atención clínica especializada del sujeto y donde una parte del personal, durante el periodo descrito por el código, tiene formación cualificada en atención sanitaria (Psicología, Medicina, Fisioterapia, Enfermería) o equivalente pero no proporciona cobertura médica 24 horas.

Incluye una oferta de camas no hospitalarias que pueden utilizarse como alternativa al ingreso hospitalario. Pueden incluirse aquí dispositivos tales como las casas de crisis, las residencias de crisis o las camas de urgencia de los centros comunitarios de salud mental. Aquellos "dispositivos residenciales" con plantilla médica de alta intensidad pero que no proporcionan cobertura médica 24 horas (ej. residencias para personas mayores) también se codificarían en esta rama.

R3.1.2 **Otra atención**

Dispositivos residenciales que no responden a los criterios establecidos para la clasificación de atención relacionada con la salud no hospitalaria.

No Agudos (disponibilidad programada) (R4–R13)

Todos los dispositivos residenciales que no satisfagan el criterio de dispositivos de atención aguda. Habitualmente, los ingresos en situaciones de crisis se remiten a otros dispositivos.

Atención Médica 24 horas (R4–R7)

Hospitalario

R4 Tiempo limitado

Dispositivos donde rutinariamente se especifica un período máximo de permanencia. Un dispositivo debe clasificarse como de tiempo limitado si se ha fijado un período máximo de estancia para al menos el 80% de los residentes en dicho dispositivo.

Pueden incluirse aquí las salas de ingreso que admiten usuarios/as para rehabilitación o los programas comunitarios terapéuticos en los que se especifica al comienzo de la intervención que dicho programa finalizará en un periodo concreto de meses o años.

R6 Estancia indefinida

Dispositivos que no cumplen los criterios mencionados para la atención de 'tiempo limitado'.

Pueden clasificarse en esta rama las salas de ingreso psiquiátrico de larga duración para personas con enfermedad mental, en las cuales los usuarios/as son ingresados durante períodos de tiempo indefinidos con asistencia de personal durante las 24 horas del día.

No Hospitalario (ver R3)

R5 Tiempo limitado (ver R4)

R7 Estancia indefinida (ver R6)

No cobertura médica 24 horas (R8-R13)

Tiempo limitado (R8-R10) (ver R4)

R8 Apoyo 24 horas

Dispositivos que proporcionan atención residencial durante el horario laboral pero se garantiza que el paciente está atendido las 24 horas.

Se incluyen aquí dispositivos residenciales que proporcionan atención no aguda de 15h a 8h porque todos los usuarios están en su trabajo de 8h a 16h horas. Si alguno de los usuarios se pone enfermo, los cuidadores estarán disponibles todo el día en el dispositivo.

R8.1 Estancia igual o inferior a cuatro semanas

La estancia se limita normalmente a un periodo corto de tiempo habitualmente menor a cuatro semanas.

Ej. Unidades de respiro que atienden a usuarios con problemas severos.

R8.2 Estancia superior a cuatro semanas

R9 Personal asignado durante el día

Los miembros del equipo se encuentran en el dispositivo al menos cinco días por semana durante una parte del día, con responsabilidades relacionadas con el seguimiento y atención clínica y social del usuario.

R9.1 Estancia igual o inferior a cuatro semanas (ver R8.1)

R9.2 Estancia superior a cuatro semanas (ver R8.2)

R10 Bajo nivel de apoyo

Dispositivos en los que el usuario reside por necesidades relacionadas con el seguimiento de su problema, y donde existe una conexión directa entre residir en dicho recurso y algún grado de apoyo del equipo que habitualmente está presente menos de cinco días por semana.

R10.1 Estancia igual o inferior a un mes (ver R8.1)

R10.2 Estancia superior a un mes (ver R8.2)

Ejemplos de ramas R8 a R10 - Las residencias, los hogares para grupos, las comunidades terapéuticas y otros dispositivos específicamente diseñados para usuarios con necesidades de Atención a Largo Plazo pueden clasificarse en estas ramas siempre y cuando dichos dispositivos especifiquen un período de estancia fijo. Como ejemplo podemos citar los dispositivos que proporcionan programas de rehabilitación de duración limitada o aquellos que proporcionan alojamiento temporal.

Estancia indefinida (R11-R13) (ver R6)

R11 Apoyo 24 horas (ver R8)

R12 Personal asignado durante el día (ver R9)

R13 Bajo nivel de apoyo (ver R10)

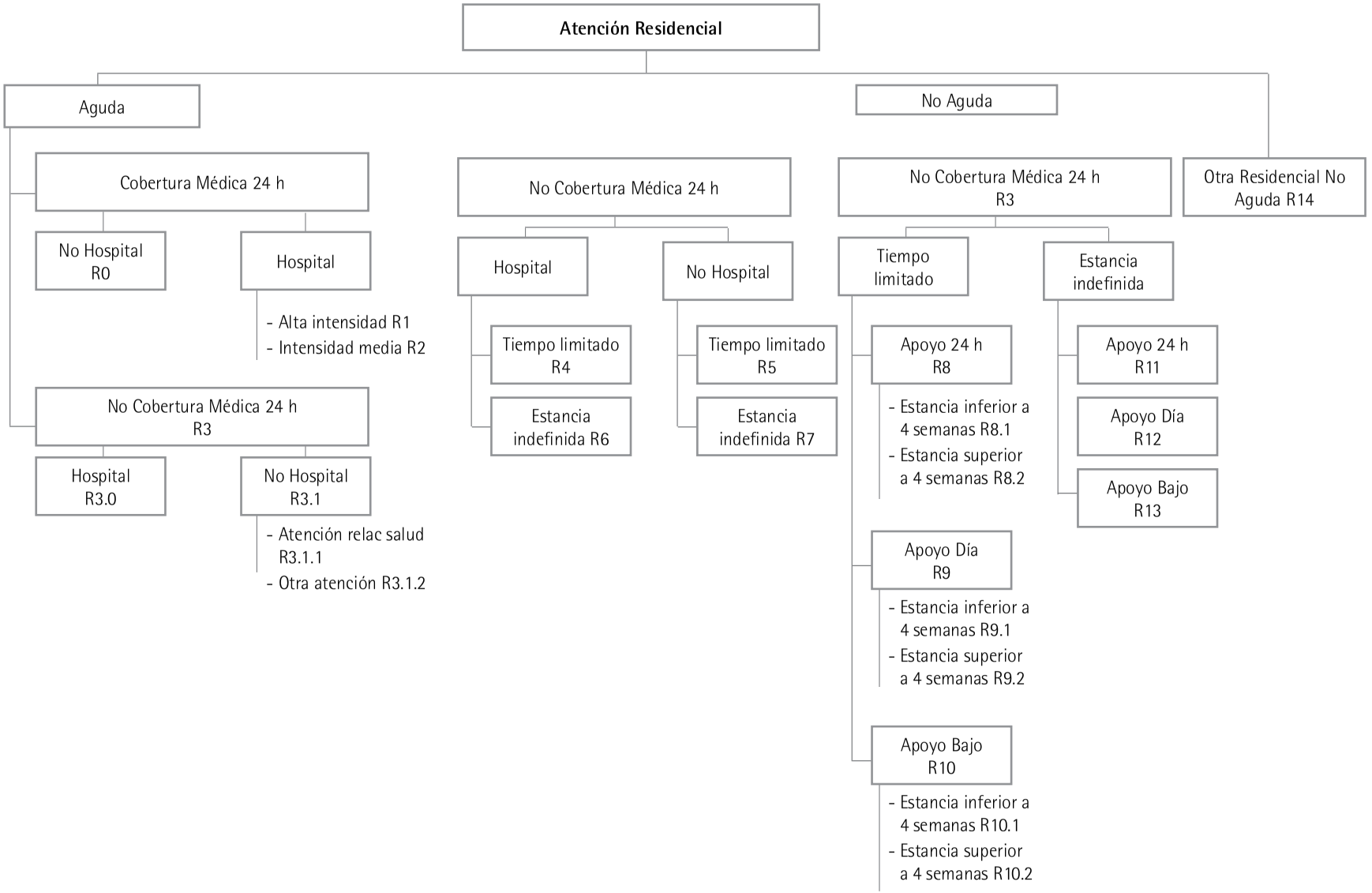
Ejemplo Ramas R11 a R13 - Se deben incluir aquí aquellos dispositivos residenciales en los que no se especifica ni se fija una duración máxima de la estancia, pero cuyo objetivo es proporcionar un alojamiento permanente en caso de necesidad.

R14 Otra Atención Residencial No Aguda

Servicios de atención residencial no aguda no clasificados en ningún otro código.

Este código se usa para clasificar dispositivos residenciales que no pueden clasificarse con otro código. Normalmente estos dispositivos requieren una explicación detallada de sus características en la sección D y/o otros códigos no residenciales para comprender su MTC. Un posible ejemplo es un hostal situado junto a un centro de atención (normalmente un hospital) cuyo principal objetivo no es proporcionar atención sino el mero alojamiento de los usuarios atendidos en el dispositivo. Sin embargo, el técnico local considera que este servicio, financiado con fondos públicos, constituye un componente crítico en el sistema de atención del área de cobertura por lo que debe incluirse en el mapa de atención local.

Diagrama de clasificación de Atención Residencial



Sección C
Diagrama de utilización de la Atención a Largo Plazo

A. Principios para contabilizar servicios de atención a largo plazo

Los diagramas de atención de esta sección permiten la contabilización de los niveles de utilización de los principales tipos básicos de atención en un área sociosanitaria. Deben tenerse en cuenta los siguientes principios generales:

- **Población del área de cobertura:** La unidad básica es de nuevo la población del área de cobertura de referencia. Por tanto, la contabilización debe incluir todo uso de dispositivos para personas con necesidades de atención a Largo Plazo por parte de estos colectivos. Se incluyen todos aquellos usuarios cuya dirección permanente está en el área de cobertura, y aquellos cuya última dirección permanente no-institucional, anterior a la admisión a un recurso residencial, estaba dentro del área de cobertura.
- **Grupo diana:** con el fin de contabilizar los contactos con el servicio, es necesario identificar los grupos diana incluidos en la contabilización. El grupo diana por defecto de aplicación del cuestionario es el de población con necesidades de Atención a Largo Plazo. Sin embargo, las necesidades de un estudio en particular o la estructura de un servicio en concreto pueden llevar a variar dicho criterio.

  En la Sección A se especifican las características del grupo diana que se va a utilizar en el estudio.
- La contabilización de la utilización de los tipos básicos de atención en cada área de cobertura debe especificarse en datos por 100.000 habitantes para **que permita la comparación entre áreas.** Esto puede hacerse dividiendo los totales netos por el número total de habitantes del área de cobertura y luego multiplicándolos por 100.000.

  Para la contabilización es preferible ofrecer tasas de población general. Sin embargo, como alternativa, la utilización del servicios puede referirse a la población específica definida como "grupo diana" (ej. adultos mayores de 18 años) por 100.000 habitantes. Esto debería especificarse claramente en las características del estudio.
- Pueden ocurrir recuentos dobles al utilizar este método; por ejemplo, las personas que viven en un servicio residencial, y que se les atiende a un servicio de día, se contabilizan en dos categorías. El DESDE-LTC 2.0 no permite por tanto la valoración del total de usuarios/as de tipos básicos de atención en un área de cobertura.
- Sin embargo, aunque una persona puede ser atendida en varios recursos y por tanto ser contabilizada en diferentes partes del instrumento, no se debe contabilizar ningún contacto con el servicio en más de una rama. Las reglas que se exponen abajo permitirán que cada contacto entre un individuo y un recurso específico sea contabilizado una sola vez.
- Las contabilizaciones deben basarse en la población diana establecida. En estudios comparativos es esencial que todos los centros usen el mismo grupo diana.
- La rama final de cada diagrama resume el nivel de utilización de los tipos de atención de esa rama. Al final de cada rama disponemos de un recuadro que contabiliza el nivel de utilización de los tipos de atención de esa rama. Se pueden sumar los datos de las ramas adyacentes para obtener la utilización total de la categoría superior (ej. las cantidades para atención continuada de intensidad alta, media y baja pueden sumarse para obtener una cifra global de atención continuada).
- En el caso en que la información sea limitada, y no sea posible rellenar una rama final, se pueden calcular los datos sólo para las categorías superiores del diagrama (por ejemplo, cuando no sea posible diferenciar contactos según su nivel de intensidad en atención continuada, puede efectuarse la contabilización sólo para contactos de atención móvil y domiciliaria (05-07) y contactos de atención no móvil (08-010).

Por tanto, podremos obtener diferentes niveles de detalle en la información final según el acceso y la disponibilidad de los datos requeridos:

- **Grado I:** Información genérica a nivel de Ramas Principales. Ej. 90 usuarios de servicio ambulatorio sin especificar móvil y domiciliario o no móvil ni el nivel de intensidad de la utilización. Se clasifican como "0".
- **Grado II:** Información genérica más extensa a nivel de Subramas. Ej. 20 plazas móviles de intensidad media (clasificados en 06) y 70 no móviles de intensidad baja (clasificados en 010) para atención continuada ambulatoria.
- **Grado III:** Recogida extensa de datos por grupo de evaluadores externos:

- Recogida retrospectiva de bases de datos y evaluación prospectiva limitada a un día (ej. Atención de urgencia).
- Recogida retrospectiva de bases de datos y evaluación prospectiva limitada a una semana (ej. atención de día).

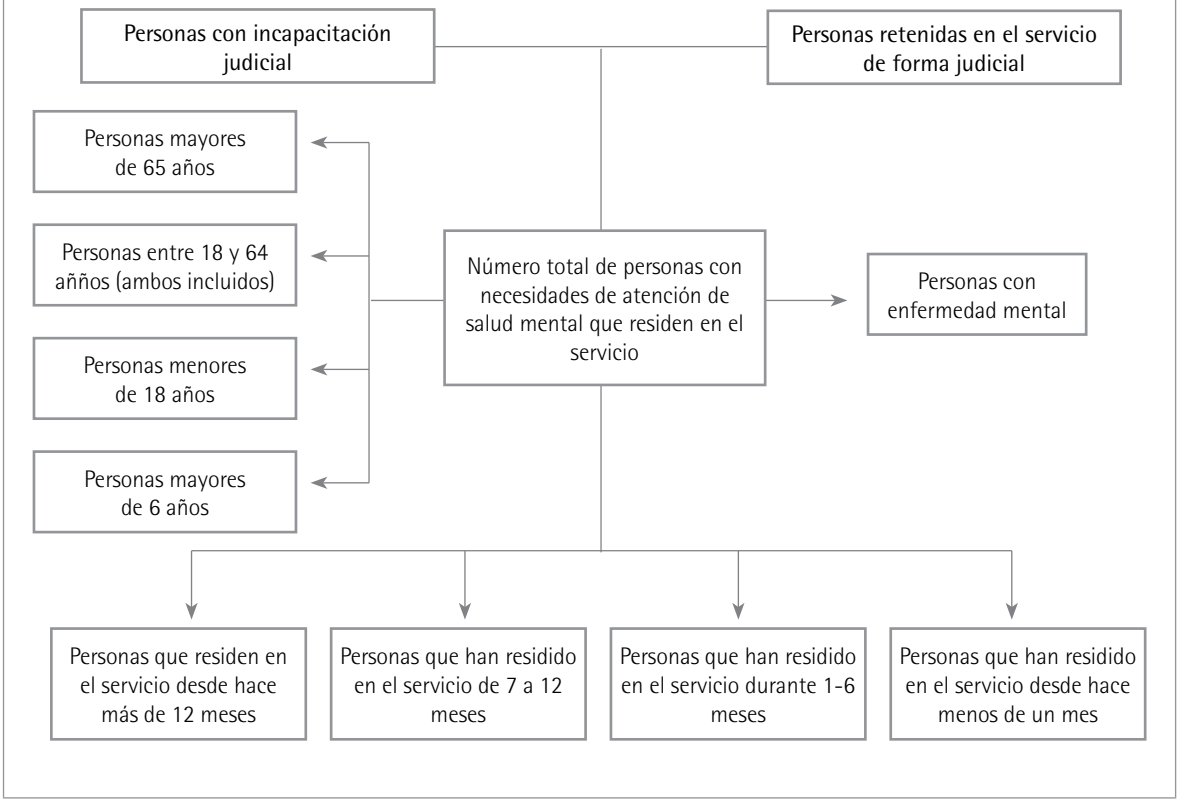
  Para la recogida de datos retrospectiva se puede utilizar la tasa media mensual de utilización registrada en bases de datos y referida a un mes concreto del año anterior no incluido en periodos vacacionales (se excluyen los meses de diciembre, enero, febrero, abril, julio y agosto).
- Recogida de datos prospectivos limitados a un periodo de un mes.

Es importante que el nivel de especificidad conseguido, así como el periodo de referencia en la recogida de información, sea el mismo para todas las áreas evaluadas y hacerlo constar en los datos generales de la Sección A.

- En los casos donde la información sea limitada, se podrán seleccionar de forma independiente sólo algunas partes de los diagramas, ej. si no hay datos de utilización, cumplimentando sólo la Sección B para clasificar y codificar el servicio pero no cumplimentar la Sección C de contabilización. Debe recalcarse la importancia de que en estudios comparativos se acuerde cumplimentar las mismas partes partiendo de la base de una misma población diana.
- Los Diagrama de Utilización de la Atención han sido diseñados de manera que, en aquellas áreas en las que no se disponga de los datos, sea posible efectuar una recogida de datos prospectiva de los tipos de atención utilizados por la población del área de cobertura de referencia, con el fin de obtener la información requerida.
- Los dispositivos de autoayuda no se incluirán en la valoración de la utilización, ya que es probable que sea difícil evaluar con precisión su volumen de actividad. El cálculo de la utilización en las ramas de Información y Accesibilidad es opcional.

En caso de recurrir a la recogida de datos prospectiva, se desglosarán los datos de utilización como se muestra en el gráfico de Utilización de servicios:

Utilización de Servicios



b. Normas para la contabilización de Servicios de Atención a Largo Plazo

Las definiciones de los tipos básicos de atención se encuentran en el glosario de la sección B (Diagrama de Tipos Básicos de Atención a Largo Plazo).

La contabilización debe limitarse a las ramas "O", "D" y "R". Puede proporcionarse contabilización opcional para las ramas "I" y "A".

Diagrama de Utilización de Servicios de Información

La contabilización debe efectuarse calculando la media del número total de contactos de información establecidos con el tipo básico de atención por parte de la población diana del área de cobertura en el último mes. En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

Diagrama de Utilización de Servicios de Accesibilidad

El recuento se realiza calculando la media del número de contactos de atención dirigida a la accesibilidad establecida con el dispositivo por parte de la población diana del área de referencia en el último mes. En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

Diagrama de Utilización de Servicios Ambulatorios

Atención aguda (crisis)- el cálculo de la utilización de servicios de urgencias se obtiene contabilizando el número total de contactos de urgencia en el último mes.

- **Contactos de urgencia móvil y domiciliario-** aquellos contactos que tienen lugar fuera de los centros de atención donde el equipo implicado lo hace rutinariamente.
- **Contactos de urgencia no móviles-** los contactos de urgencia que tienen lugar en el emplazamiento donde el personal implicado esté localizado durante ese día, se clasificarán como no móviles.

(N.A.: Los contactos no móviles pueden tener lugar en dispositivos que hayan sido clasificados en la Sección B como móviles y domiciliarios).

- **Contactos 24 horas**- contactos de urgencia que tienen lugar en dispositivos que permanecen abiertos 24 horas al día, siete días por semana.
- **Contactos en horario limitado**- contactos de urgencia que tienen lugar en dispositivos que no están abiertos 24 horas al día, siete días por semana.

Dispositivos de atención no aguda- Debe contarse el número de usuarios/as de estos dispositivos en el último mes. Esto debe incluir todos los usuarios/as que han tenido algún contacto con el equipo de atención que (i) no eran contactos de urgencia; y (ii) no eran parte integral del cuidado desarrollado por servicios residenciales o de día.

- **Dispositivos de atención no aguda móvil y domiciliaria** - se contarán como usuarios/as de dispositivos móviles y domiciliarios si al menos uno de sus contactos ha tenido lugar fuera del servicio para personas con necesidades de Atención a Largo Plazo asignado o del emplazamiento donde tienen lugar habitualmente las consultas asistenciales.
  - **Usuarios/as de atención no aguda de intensidad alta**- los usuarios/as que han sido vistos al menos tres veces durante una semana en el último mes se clasificarán como usuarios/as de servicio de intensidad alta. Por ejemplo, si un usuario ha sido atendido el lunes, miércoles y viernes durante una de las semanas del mes anterior, será clasificado como usuario de intensidad alta incluso cuando no hubiera otros contactos durante el mismo mes.
  - **Usuarios/as de atención no aguda de intensidad media** - usuarios/as que han sido vistos al menos dos veces durante el último mes pero menos de tres veces por semana en dicho período.
  - **Usuarios/as de atención no aguda de intensidad baja**- usuarios/as que han sido atendidos una o dos veces en el último trimestre y para los cuales se ha planificado alguna visita en los tres meses siguientes.

(N.A.: Al igual que ocurre con la atención de día, puede acontecer que usuarios/as clasificados aquí como usuarios/as de baja intensidad, utilicen dispositivos que hayan sido clasificados como de `alta intensidad´ en los diagramas de clasifica-

ción de la atención de la sección anterior. Si un usuario es atendido una vez al mes por miembros del equipo de atención a personas con problemas de salud mental, será un usuario de baja intensidad aunque el equipo mantenga contacto con otros usuarios/as varias veces por semana).

Diagrama de Utilización de Servicios de Día

Atención aguda de Día. Hace referencia a la utilización inmediata de la Atención de Día por parte de la población de referencia en el último mes debido a situaciones de crisis.

- **Usuarios/as de alta intensidad** – usuarios que han sido admitidos en el servicio dentro de las primeras 72 horas.
- **Usuarios/as de otra intensidad** – sujetos cuyo patrón de admisión desde una unidad de agudos residencial no cumple criterios para usuarios de alta intensidad.

En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención de Salud Mental (pg.37).

Atención de Día no aguda (de disponibilidad programada): en este caso debe contarse el número de individuos que han hecho uso de cada tipo de servicio en el último mes, separando a los individuos en dos categorías:

- **Usuarios/as de intensidad alta-** aquellos individuos que han utilizado el dispositivo al menos el equivalente a cuatro medios días a la semana durante al menos tres de las cuatro últimas semanas.
- **Usuarios/as de intensidad baja**- individuos que han sido atendidos en dispositivos de día de disponibilidad programada durante el pasado mes, pero cuyo patrón de atención no cumple criterios para ser considerados usuarios/as de intensidad alta.

En caso de no disponibilidad de información a este nivel, se recurrirá a otros niveles de calidad de la información tal como se explica en el apartado de Principios para Contabilizar Servicios de Atención a Largo Plazo.

(N.A.: Es importante subrayar que la Sección B se ha diseñado para medir el máximo nivel de funcionamiento del servicio y no su capacidad. La Sección C se emplea para medir niveles actuales de uso del servicio por parte de la población. Por tanto, usando este método de contabilización, puede ocurrir que algunos de los usuarios/as de los dispositivos clasificados en la Sección B como 'dispositivos de intensidad alta', serán clasificados aquí como 'usuarios/as de intensidad baja').

Sección 1.01 Diagrama de Utilización de Atención Residencial

Cada tipo de servicio residencial se define igual que en el glosario de la Sección B (Diagramas de Atención a Largo Plazo).

La contabilización para cada tipo de servicio residencial se obtiene calculando la media de personas del área de cobertura que residía en cada tipo de dispositivo en algún momento del mes pasado. No se podrá contabilizar a un usuario como si estuviera ocupando dos camas en la misma noche -si tiene una plaza residencial de larga duración pero ha sido admitido en una cama de atención aguda durante el periodo de referencia, sólo se contabilizará la cama de atención en crisis. (Si el número de personas del área de cobertura que usan un tipo específico de servicio residencial ha fluctuado durante el último mes, la media debe calcularse contando el número total de noches de ocupación de camas p or parte de usuarios del área, y dividirlo por el número de días del último mes).

Diagrama de contabilización de Atención en Información

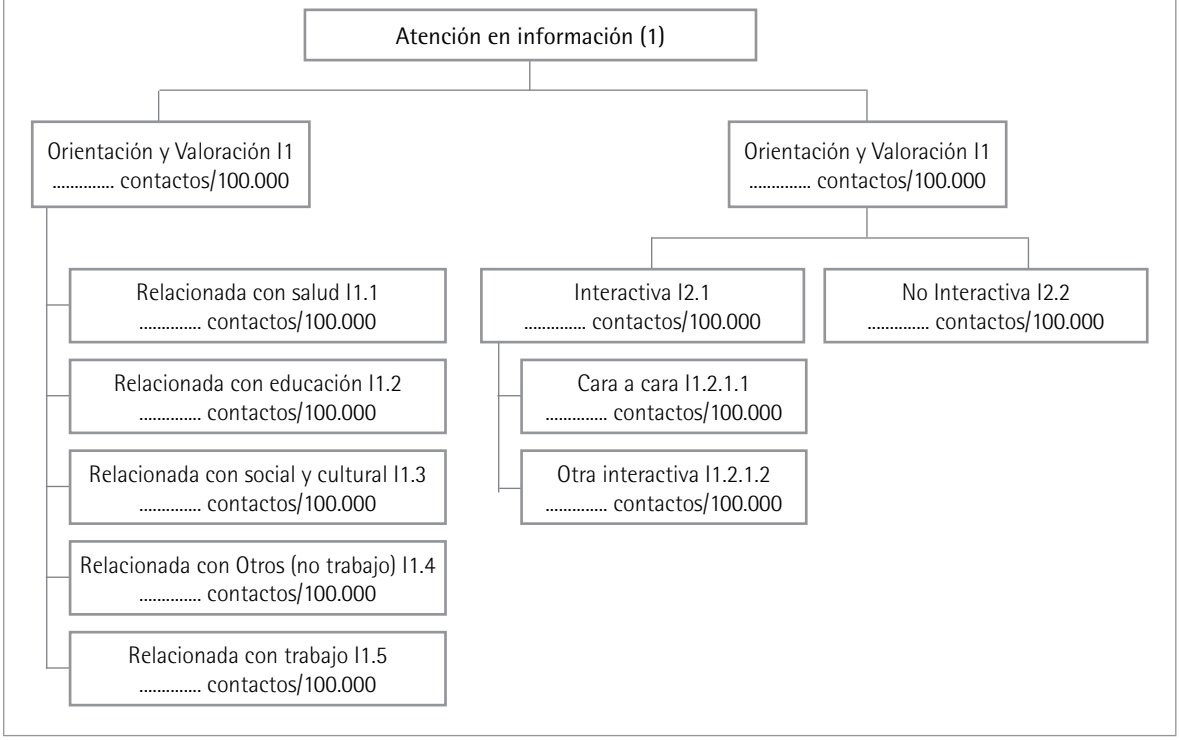


Diagrama de contabilización de Atención en Accesibilidad

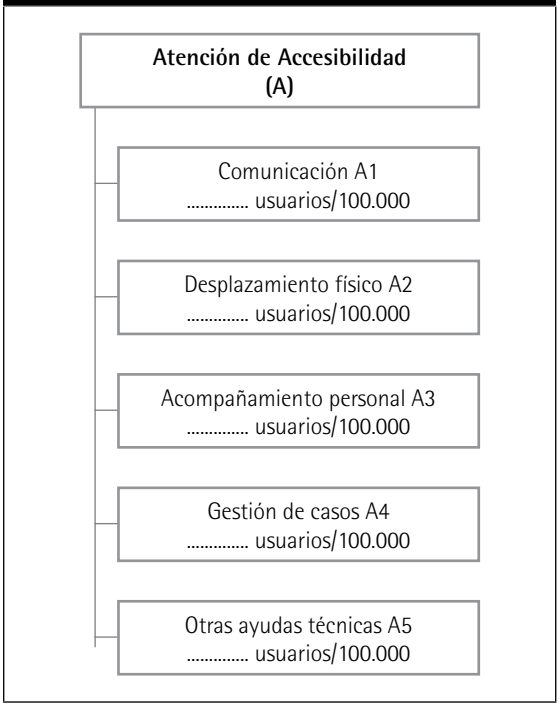


Diagrama de utilización de Atención Ambulatoria

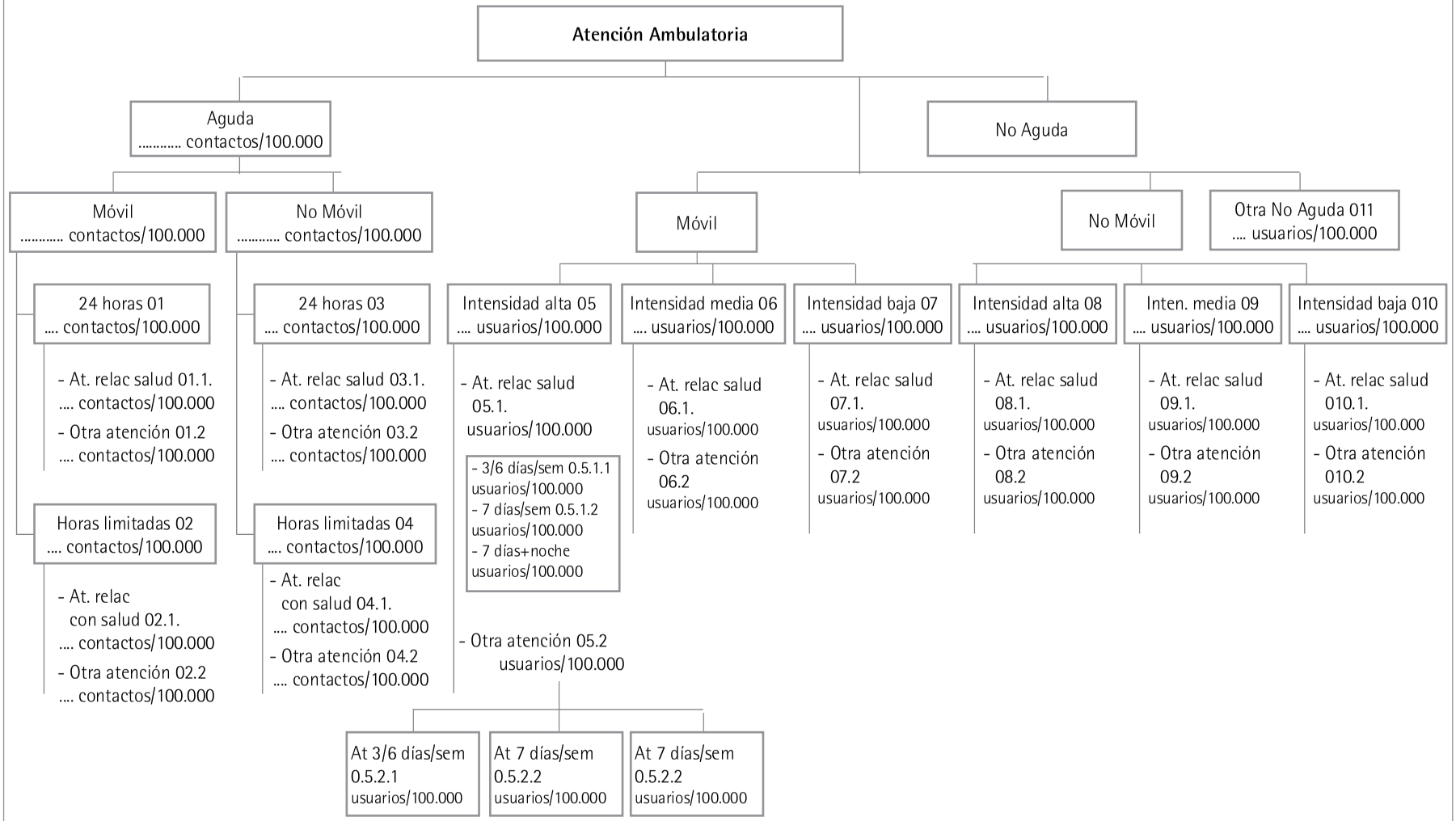


Diagrama de utilización de Atención de Día

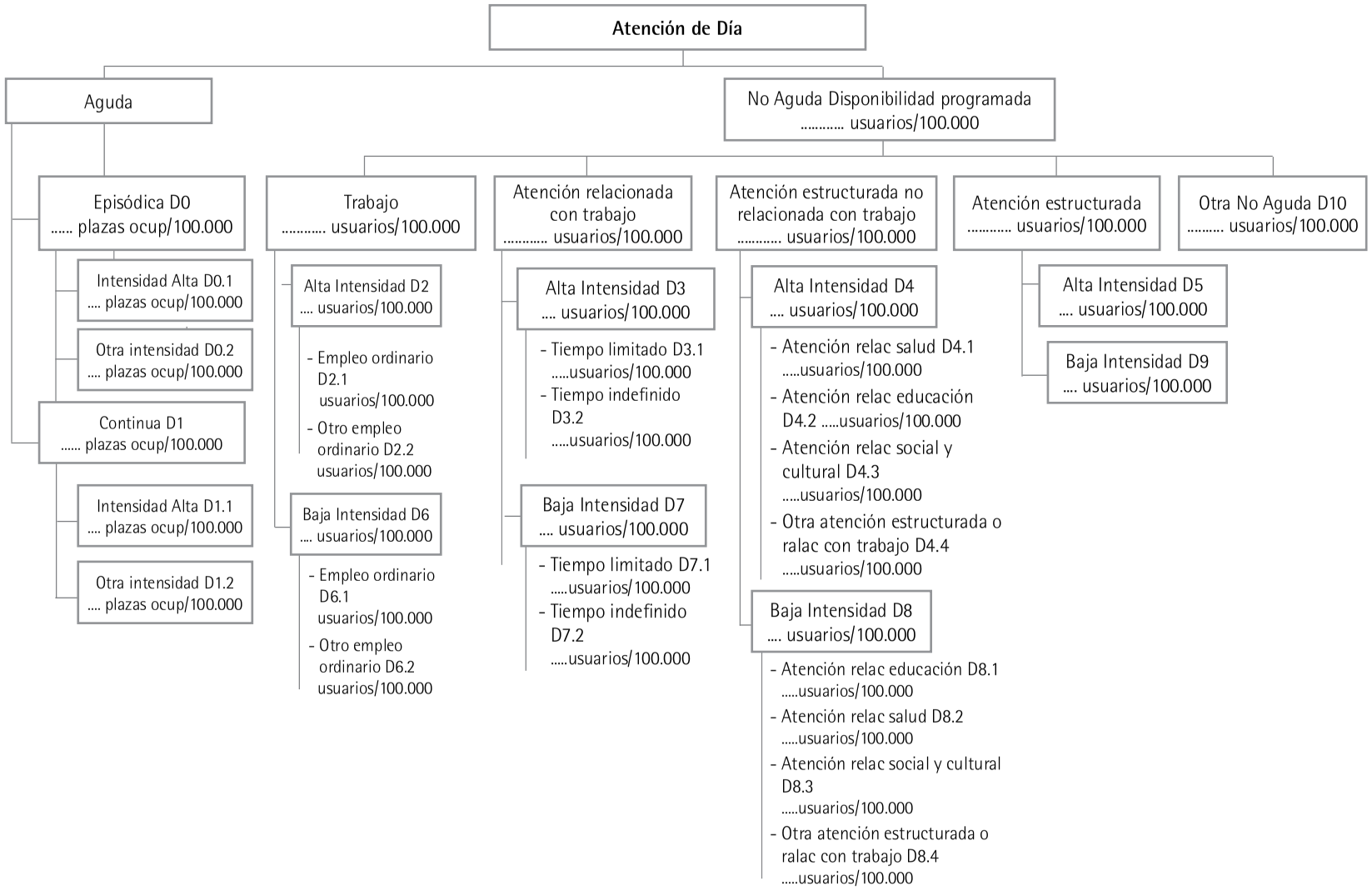
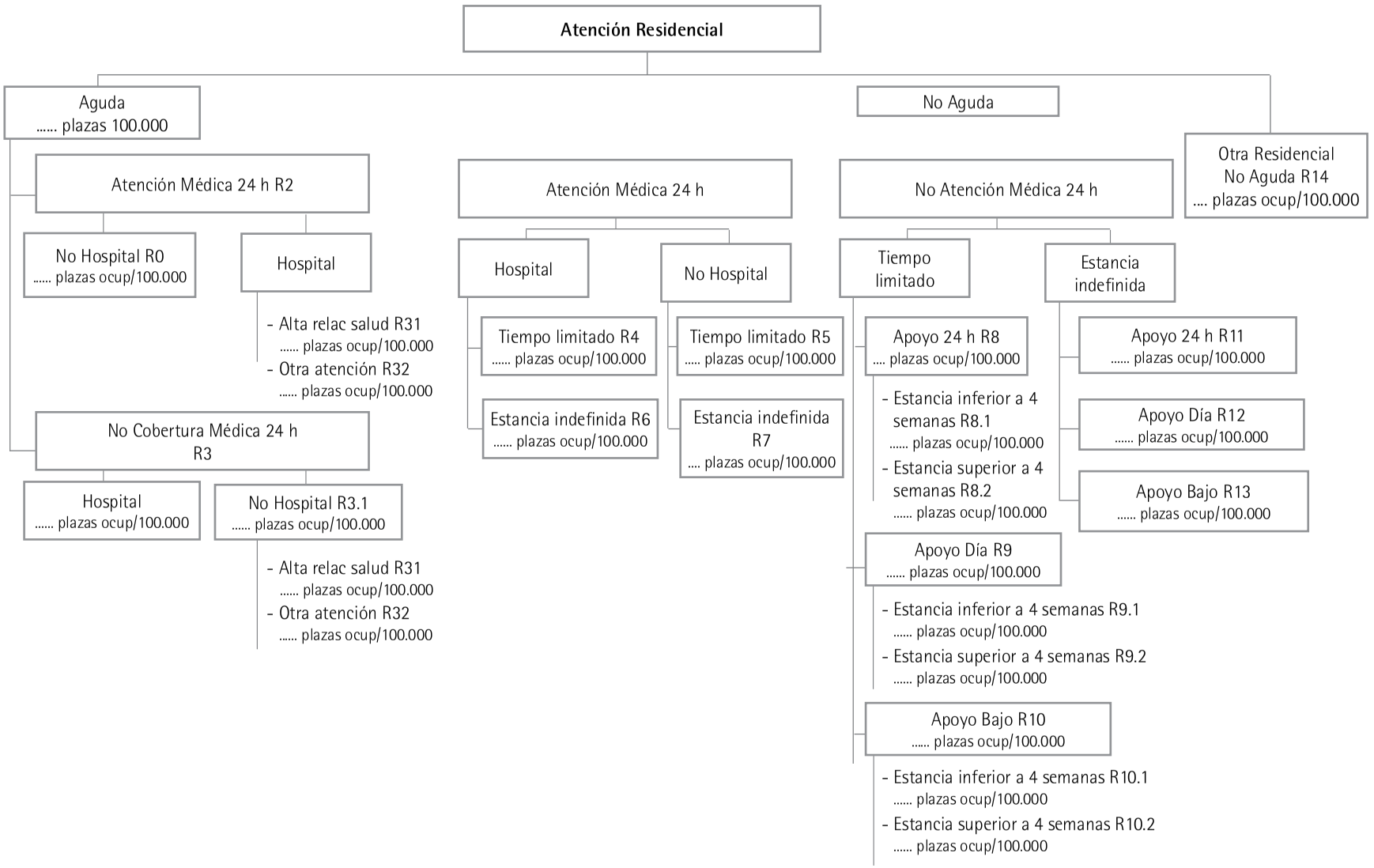


Diagrama de utilización de Atención Residencial



Sección D
Inventario de Servicios

A. Principios para el Inventario de Servicios

Esta sección complementa a la Sección B proporcionando un listado más detallado de los servicios del área de cobertura y una descripción de sus características (listado o catálogo de servicios).

Se pueden efectuar tantas copias del formato como sea preciso del Inventario de Servicios para reseñar todos los servicios del área- las hojas de inventario no están por tanto numeradas-.

B. Directrices para Inventario de Servicios

A continuación se indican instrucciones específicas para la cumplimentación de cada uno de los ítems que se recogen en el inventario:

1. Nombre del Servicio

Indicar el nombre completo del servicio.

2. Códigos

- Código DESDE-LTC 2.0

Indicar los códigos que describen los MTC del servicio según las directrices de la Sección B.

- Código CIF

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).

http://www.who.int/classifications/icf/en/.

- Código ICHA

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional para las cuentas de salud (ICHA).

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_10_en.htm.

- Código ICHI

Proporciona un código al servicio según la Clasificación Internacional de Intervenciones Sanitarias (ICHI) http://www.who.int/classifications/ichi/en/

3. Localización del Servicio

Indicar los siguientes datos del servicio:

- Comunidad Autónoma, Provincia, Municipio y Código Postal donde se encuentra situado el servicio.
- Dirección postal, Teléfono, Fax, Dirección electrónica y Web del servicio.
- CIF del servicio como entidad legal (si aplicable).
- Nº REGISTRO O AUTORIZACIÓN del servicio.
- FECHA DE CONSTITUCIÓN. Indicar la fecha en que se constituye el servicio evaluado.
- UBICACIÓN. Especificar si el servicio está dentro de una gran institución (meso-organización). En su caso, especificar el número total de camas de la institución (meso-organización) donde se localiza el servicio.

4. Tipo De Recurso

Indicar el tipo de recurso. Por ejemplo, centros de día, talleres protegidos, centros de salud menta, residencias geriátricas, hospitales psiquiátricos, etc.

5. Titularidad del Servicio

Se clasificará la titularidad del servicio como Social/ Sanitario/Educativo/

Judicial/Otros.

6. Propiedad, Gestión y Financiación

Propiedad: Indicar el nombre de la entidad propietaria del servicio.

Gestión: Indicar el nombre de la agencia responsable del empleo del personal y del resto de la gestión del servicio.

Financiación. Especificar si la financiación del servicio es Pública, Privada u Otra.

Régimen jurídico. Especificar si el servicio se acoge a un régimen jurídico de Fundación, Asociación, Cooperativa, Sociedad Anónima, Sociedad Limitada u Otros.

7. Dotación del Servicio

Indicar la disponibilidad del servicio evaluado según los criterios de cada tipo de atención.

- Servicio de Teleasistencia

  Indicar el nº de terminales del recurso especificando terminales ocupadas y terminales disponibles.

- Servicio de Ayuda a Domicilio.

  Indicar el número total de usuarios del recurso especificando ocupación y disponibilidad de horas usuario/mes.

- Servicio de Atención de Día

Indicar el número total de plazas/camas disponibles del recurso y el número de camas/plazas asignadas a Atención a Largo Plazo, ocupadas y disponibles.

Servicio de atención residencial

Estancia de tiempo limitado

Indicar el número de plazas/camas de tiempo limitado disponibles en el servicio para Atención a Largo Plazo.

Indicar el número total de plazas/camas disponibles del recurso y el número de camas/plazas asignadas a Atención a Largo Plazo, ocupadas y disponibles.

SI LA ATENCIÓN RESIDENCIAL/DÍA ESTÁ DISPONIBLE

Escribir el número total de plazas/camas disponibles en el servicio y el número de plazas/camas asignadas a salud mental, ocupadas y disponibles.

- Estancia de tiempo limitado

  Indicar el número de plazas/camas de tiempo limitado disponibles en el servicio para LTC.

8. Precio

- Sólo para Teleasistencia.

  Indicar Coste mensual/usuario y Coste anual/usuario.

- Sólo para servicio de atención a domicilio

  Indicar Precio público, Coste mensual/usuario y Precio de concierto.

- Sólo para Servicios Residenciales y de Día

  Indicar Precio público plaza/cama, Precio plaza concertada y Precio plaza privada especificando el intervalo en el que se sitúa el precio de las plazas/camas.

9. Actividades Especializadas

Indicar si el servicio oferta actividades especializadas de manera permanente para personas con necesidades de Atención a Largo Plazo, especificando el nombre de la Actividad, si es Grupal o Individual, el número de horas y días por semana que está disponible; si la actividad tiene un Presupuesto y Emplazamiento (diferente al del servicio); y si está autorizada o no por la administración correspondiente.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN QUE OFRECE EL SERVICIO. Indicar si el servicio oferta algún programa específico para personas con necesidades de Atención a Largo Plazo especificando el horario en que está disponible (número de horas y días a la semana), la duración y si está autorizado o no por la administración correspondiente.

OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS

Registra si existe alguna actividad no especializada en el servicio para personas con necesidades de Atención a Largo Plazo excluyendo transporte o comedor.

10. Equipo de Atención

Indicar el código de la Clasificación Internacional de Ocupaciones (ISCO-08)

http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm

Especificar la ocupación actual del personal, no su cualificación o formación académica.

11. Ámbito de Actuación

AMBITO DE ACTUACION

servicio está disponible para usuarios de ámbito Local, Provincial/Autonómico/Nacional/Otros (ej. Otros para áreas de salud mental).

12. Condiciones de Admisión

Se especificarán los criterios que cada servicio requiere para admitir un nuevo usuario (Edad, Sexo y Tipología prevalente que atiende el servicio).

13. Perfil del usuario

Detallar aquí los principales tipos de usuarios/as para los que el servicio está dirigido. Se indicará:

- Diagnóstico de salud
- Intervalo de edad
- Nº usuarios/contactos en cada tipo de condición de salud.

14. Horario del Servicio

Indicar el horario y los días de la semana en que el servicio se encuentra disponible.

15. Máxima frecuencia de Atención/contacto

Indicar la máxima frecuencia en la que un mismo usuario puede ser atendido, de forma regular, por el servicio. Indicar si la atención puede ser Diaria (especificar 1, 2 ó 3 veces/día), Semanal (especificar menos o más de 3 veces/día), Quincenal ó Mensual.

16. Fecha de recogida de información

Especificar la fecha en la que se han recogido los datos.

17. Relaciones con otros Servicios

Describir cualquier contacto o intercambio de personal que tiene lugar regularmente con cualquier servicio de atención a Largo Plazo. Por ejemplo visita a residencias por miembros del equipo de salud mental comunitaria.

18. Nombre del evaluador

19. Observaciones

Se añade este último apartado para los casos en que el evaluador considere importante consignar algún detalle o característica del servicio evaluado que no quede reflejado en los ítems anteriores.

Referencias

De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). Acta Psychiatr Scand Suppl 2000; 405: 8-13.

European Commission. Long-Term Care in the European Union. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Dg [online] 2008 April 28 [cited 2009, January the 22nd]; 46 (26). URL available from: http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=388.

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiat Scand 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23.

OECD. The OECD Health Project: Long Term Care for Older People. Paris: OECD Publishing; 2005.

Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy. Glossary of Terms. United Status. Department de Of Health & Human Services [on line] 12 November 2003 [cited 2009, January the 18th] URL available from: http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml.

Salvador-Carulla L. Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España. IMSERSO [en línea] 12/07/2005 [cited 2009, January the 18th]: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-24.pdf.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM, for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Consensus Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). Acta Psychiatr Scand. 2006; 114 (Supp.432): 19–28.

Salvador-Carulla L, Poole M, Bendeck M, Romero C, Salinas JA Coding long-term care services: eDESDE-LTC. Int J Integr Care. 2009 Apr–Jun; 9(Suppl): e64.

Salvador-Carulla L., Dimitrov H., Romero C., Weber G., McDaid D., Venner B., Sprah L., Romero, C., Ruiz M., Tibaldi G., Johnson S., for the DESDE-LTC Group (eds.) (2011) DESDE-LTC: Evaluation and Classification of Services for Long term Care in Europe. Spain: Psicost and Catalunya Caixa.

Salvador-Carulla L., Romero C., Weber G., Dimitrov H., Sprah L., Venner B. and McDaid D., for the eDESDE-LTC Group (2011) Classification, assessment and comparison of European LTC services: Development of an integrated system. *Eurohealth* Vol. 17 num. 2-3 pg 27-29

Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. Psychol Med 1998; 28: 503-508.

Weber G, Brehmer B, Zeilinger E, Salvador-Carulla L. A European classification of services for long-term care: the EU-project eDESDE-LTC Int J Integr Care. 2009 Oct–Dec; 9(Suppl): e174.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth edition ICD-10. Who Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2004.