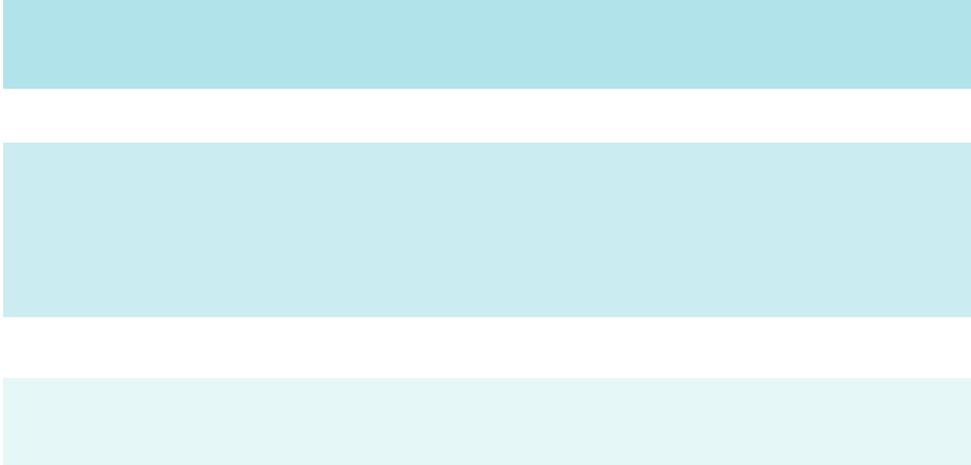




Libro Blanco
de la
Psiquiatría
en España



© **Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.** Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización correspondiente escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares.

libro
blanco
de la
psiquiatría
en España

Agradecimientos

El grupo de trabajo responsable de la elaboración de este Libro Blanco quiere agradecer especialmente la colaboración de:

Los **responsables autonómicos en materia de Salud Mental**, quienes han facilitado la información y han aportado sus valiosas consideraciones para poder reflejar la situación actual de la Psiquiatría en las Comunidades Autónomas e identificar las principales áreas de mejora.

La **Asociación Española de Psiquiatría Privada**, que ha colaborado en la recopilación de los datos relativos a los psiquiatras colegiados, permitiendo obtener una visión más amplia de la Psiquiatría en nuestro país, tanto en el ámbito público como privado.

Los **miembros de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental** y del **Patronato de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental**, que han participado en la realización de entrevistas, en los talleres de trabajo realizados y en la revisión crítica del manuscrito.

Al equipo de **Ascendo Sanidad&Farma**, que, como oficina técnica, ha facilitado soporte metodológico y técnico para la elaboración de este Libro Blanco.

Índice de contenidos

Presentación	11
1. INTRODUCCIÓN, CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN	12
1.1. Salud mental: concepto y aspectos clave.....	12
1.2. Epidemiología e impacto de los trastornos de Salud Mental	13
1.3. Contexto COVID-19: impacto en la Salud Mental y en la especialidad de Psiquiatría	17
1.4. Atención a la Salud Mental. Contexto internacional y estatal	20
1.5. Contexto de la especialidad de Psiquiatría en España.....	23
1.6. Elaboración del Libro Blanco de la Psiquiatría en España.....	24
2. CONDICIONANTES LEGISLATIVOS EN PSIQUIATRÍA	29
2.1. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto de 2021, por el que se establece el título de médico/a especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.....	29
2.2. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.....	31
2.3. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.....	33
2.4. 122/000158 Proposición de Ley General de Salud Mental.....	34
2.5. Anteproyecto de Ley para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans y para la Garantía de los derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI)	36
2.6. Otros desarrollos normativos de interés a nivel autonómico.....	37
3. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS	38
3.1. Estrategias en Salud Mental.....	38
3.2. Estrategias en materia de adicciones.....	48
3.3. Estrategias en materia de suicidio.....	51
3.4. Estrategias en materia de humanización.....	55
3.5. Otros protocolos y documentos de interés.....	58
4. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA	59
4.1. Responsables autonómicos en materia de Salud Mental.....	59
4.2. Coordinación sociosanitaria. Servicios Sociales y Salud Mental.....	61
4.3. Integración de la Red de Drogodependencias con la Red de Salud Mental	61
5. FORMACIÓN Y DOCENCIA	63
5.1. Contexto internacional.....	63
5.2. A nivel estatal.....	64
5.3. A nivel autonómico.....	66

6. RECURSOS HUMANOS EN PSIQUIATRÍA	71
6.1. Contexto y comparación internacional.....	71
6.2. Número de psiquiatras en el sistema público y ratios a nivel estatal.....	77
6.3. Número de psiquiatras en el sistema público y ratios a nivel autonómico.....	79
6.4. Actividad de Psiquiatría en España.....	81
6.5. Estimación de necesidades de Psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud.....	83
6.6. Estimación del número de psiquiatras que no ejerce su actividad en el sistema público	88
7. RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	91
7.1. Contexto y comparación internacional.....	91
7.2. Disponibilidad de recursos a nivel estatal.....	95
7.3. Disponibilidad de recursos y ratios a nivel autonómico	96
7.4. Desarrollo de programas específicos.....	105
8. VOLUMEN DE ACTIVIDAD	107
8.1. Contexto y comparación internacional.....	107
8.2. A nivel estatal.....	107
8.3. A nivel autonómico.....	109
9. SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ASOCIACIONES DE PACIENTES	114
9.1. Sociedades Científicas.....	114
9.2. Asociaciones de Pacientes.....	116
10. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN PSIQUIATRÍA	119
10.1. A nivel internacional.....	119
10.2. A nivel estatal.....	121
10.3. A nivel autonómico	124
11. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS	125
12. RETOS Y RECOMENDACIONES	132
ANEXO I: Censo de psiquiatras, por Comunidad Autónoma	139
ANEXO II: Cuestionarios utilizados como base para la recopilación de información cuantitativa y cualitativa	141
REFERENCIAS.....	147

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia registrada ajustada por edad de trastornos mentales por 1.000 habitantes, según sexo y C. A. España, 2019.	13
Figura 2. Número de suicidios por Comunidad Autónoma en 2020.	17
Figura 3. Matriz de índice de Salud Mental (arriba) y resultados en España (abajo).....	22
Figura 4. Metodología desarrollada para la elaboración del Libro Blanco de la Psiquiatría en España. 25	
Figura 5. Metodología empleada para el trabajo de campo.	26
Figura 6. Implicación de profesionales de la Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental) en las Comisiones de Evaluación y Garantía de la eutanasia.....	32
Figura 7. Planes y estrategias en Salud Mental a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.	47
Figura 8. Planes y estrategias en materia de adicciones a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.....	50
Figura 9. Planes y estrategias en materia de suicidio a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.....	54
Figura 10. Planes y estrategias en materia de humanización a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.....	56
Figura 11. Integración de la Red de Drogodependencias con la Red de Salud Mental.	62
Figura 12. Psiquiatría: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación, por convocatoria.....	64
Figura 13. Número de plazas ofertadas y financiadas de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, por Comunidad Autónoma (arriba) y hospital (abajo).	65
Figura 14. Enfermería de Salud Mental (arriba) y Psicología Clínica (abajo): Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación, por convocatoria.	66
Figura 15. Psiquiatría: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación (arriba) y por cada 100.000 habitantes (abajo) en 2021, por Comunidad Autónoma.....	67
Figura 16. Enfermería de Salud Mental: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación (arriba) y por cada 100.000 habitantes (abajo) en 2021, por Comunidad Autónoma.	68
Figura 17. Psicología Clínica: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación (arriba) y por cada 100.000 habitantes (abajo) en 2021, por Comunidad Autónoma.....	68
Figura 18. Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental, por Comunidad Autónoma.....	69
Figura 19. Ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes, según datos de la OECD, todos los países (arriba) y en países seleccionados de características similares a España (abajo).....	73
Figura 20. Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en países de Europa, según datos de Eurostat.	74
Figura 21. Ratio de psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes de entre 0 y 14 años (2016), en diferentes países.....	75
Figura 22. Ratio de psiquiatras de infanto – juvenil por cada 100.000 jóvenes de la población de referencia, en diferentes países (2014 - 2015).....	75
Figura 23. Evolución de la ratio de psiquiatras en España por 100.000 habitantes.	77
Figura 24. Distribución por edad y sexo de los psiquiatras en España: pirámide de edad (arriba) y tabla resumen (abajo).....	78

Figura 25. Ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Comparación de ratios internacionales y estatales.	79
Figura 26. Ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes, por Comunidad Autónoma.....	79
Figura 27. Ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes, por Comunidad Autónoma, estructurada según los especialistas incluidos en la contabilización.....	80
Figura 28. Caracterización de la Psiquiatría en España, por ámbito asistencial, por tipo de contrato, por edad de los pacientes atendidos y por tipo de jornada.....	82
Figura 29. Ratio de psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes de entre 0 y 14 años, en diferentes países.	83
Figura 30. Evolución del número de especialistas de Psiquiatría en formación en el Sistema Nacional de Salud.....	83
Figura 31. Evolución del número de especialistas en Psiquiatría que han finalizado la formación sanitaria especializada.	84
Figura 32. Distribución de los psiquiatras colegiados en España: psiquiatras en el sistema público frente a psiquiatras que no ejercen su actividad en el sistema público.	88
Figura 33. Pirámide de edad y sexo de los psiquiatras colegiados en España: psiquiatras en el sistema público frente a psiquiatras que no ejercen su actividad en el sistema público.	90
Figura 34. Camas dedicadas a la especialidad de Psiquiatría por 100.000 habitantes, según datos de la OECD (arriba) y de Eurostat (abajo).....	92
Figura 35. Tasa de camas de hospitalización en las Unidades de Psiquiatría infantil y de la adolescencia (arriba) y de servicios de atención a la Salud Mental infante - juvenil (abajo), por 100.000 habitantes menores.....	93
Figura 36. Consultas auto informadas de profesionales de atención de la Salud Mental, como porcentaje. 2019.	107
Figura 37. Evolución de la estancia media, por tipo de centro.....	109
Figura 38. Sociedades y asociaciones de profesionales, por Comunidad Autónoma.....	116

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de determinados trastornos mentales en España.	14
Tabla 2. Miembros del Comité Científico Asesor y responsables autonómicos en Salud Mental implicados en la recogida de información cualitativa y cuantitativa.	27
Tabla 3. Perfil profesional y ámbito de actuación de los especialistas en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.	29
Tabla 4. Líneas estratégicas y objetivos generales de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.	39
Tabla 5. Responsables autonómicos en materia de Salud Mental.	60
Tabla 6. Fuerza laboral en Salud Mental de adultos (arriba) e infanto-juvenil (abajo), en la OMS, en la región europea de la OMS y en los países de altos ingresos.	72
Tabla 7. Ratio óptima de psiquiatras por población, en distintos estudios internacionales.	76
Tabla 8. Premisas valoradas para la estimación de necesidades en Psiquiatría.	86
Tabla 9. Estimación de necesidades de psiquiatras en España, 2021 - 2026.	86
Tabla 10. Infraestructuras de atención a la Salud Mental en la UE+Reino Unido.	91
Tabla 11. Ratios óptimas de camas de Psiquiatría, según diferentes estudios.	94
Tabla 12. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Año 2018.	95
Tabla 13. Disponibilidad de recursos de hospitalización en Salud Mental en España. 2019.	95
Tabla 14. Principales datos y ratios de recursos de hospitalización breve / agudos en las Comunidades Autónomas.	98
Tabla 15. Principales datos y ratios de recursos de hospitalización de media estancia en las Comunidades Autónomas.	100
Tabla 16. Principales datos y ratios de recursos de hospitalización de larga estancia en las Comunidades Autónomas.	101
Tabla 17. Principales datos y ratios de recursos de hospitales o centros de día en las Comunidades Autónomas.	102
Tabla 18. Principales datos y ratios de recursos de centros de Salud Mental en las Comunidades Autónomas.	104
Tabla 19. Disponibilidad de programas específicos, por C. Autónoma y campo de conocimiento.	106
Tabla 20. Indicadores de actividad de consultas a nivel autonómico, en adultos e infanto – juvenil.	110
Tabla 21. Indicadores de actividad de hospitalización a nivel autonómico, en adultos e infanto – juvenil.	112
Tabla 22. Sociedades y asociaciones de profesionales identificadas en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental a nivel estatal.	114
Tabla 23. Principales Asociaciones de Pacientes y familiares identificadas a nivel estatal.	117

Abreviaturas y acrónimos

AA. PP.	Asociaciones de Pacientes
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años de vida vividos con discapacidad
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CIBERSAM	Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
COVID-19	Enfermedad por coronavirus
CS	Consultas
DI	Discapacidad intelectual
EECTI	Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación
EIR	Enfermero Interno Residente
ENA	Estrategia Nacional de Adicciones
ESAM	Eutanasia/suicidio asistido por médicos
ETC	Equivalente a tiempo completo
FSE	Formación Sanitaria Especializada
I+D+i	Investigación, desarrollo e innovación
MIR	Médico Interno Residente
ND	No disponible
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPE	Oferta Pública de Empleo
PEICTI	Plan Estratégico de Investigación Científica, Técnica y de Innovación
PENIA	Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia
PEP	Primeros episodios psicóticos
PGE	Presupuestos generales del Estado
PIR	Psicólogo Interno Residente
SEPSM	Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS. CC.	Sociedades Científicas
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
TDP	Trastornos de personalidad
UDM	Unidad Docente Multiprofesional
UE	Unión Europea
UM	Unidad Monográfica

Presentación

El Libro Blanco de la Psiquiatría en España, que se presenta a continuación, se ha desarrollado con el objetivo de reflejar la situación actual de la especialidad en nuestro país con una visión amplia y transversal, para poder así detectar los retos y áreas de mejora que deberán ser abordados en los próximos años para garantizar una atención psiquiátrica de la máxima calidad.

La Psiquiatría es una especialidad médica de elevada complejidad, caracterizada por un fuerte enfoque biopsicosocial, y con una notoriedad creciente en los últimos años debido al peso que está cobrando la Salud Mental en la agenda política a nivel internacional y estatal, acentuado por el impacto de la pandemia de la COVID-19. Entre otros aspectos, la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con unos recursos humanos y materiales de atención a la Salud Mental capaces de abordar la demanda asistencial y garantizar una atención holística e individualizada a los pacientes.

A la pandemia se han sumado otros factores que impactan directa e indirectamente en la especialidad, como es la creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, el desarrollo de estrategias y normativas estatales relacionadas con la Salud Mental y una creciente complejidad y transversalidad en la atención a los pacientes, que ha propiciado la aparición de numerosas áreas de capacitación. Además, en línea con otras especialidades médicas, la Psiquiatría se enfrenta a un contexto actual caracterizado por el déficit de recursos, que dificulta asumir la calidad asistencial requerida y acercarse a los estándares internacionales.

En este contexto, el presente Libro Blanco ha surgido con el objetivo de conocer el estado actual de la Psiquiatría en España, englobando en el proceso de reflexión todos los aspectos que contribuyen e impactan en el desarrollo de la especialidad. Dada la heterogeneidad en la prestación de servicios y organización en las 17 Comunidades Autónomas, el Libro Blanco de la Psiquiatría ha tratado de aportar mayor detalle sobre el grado de desarrollo a nivel autonómico en este ámbito, poniendo de manifiesto las necesidades detectadas y los esfuerzos realizados en el campo de la Psiquiatría.

Gracias a la implicación de los profesionales con elevada experiencia en este ámbito, se han identificado las principales áreas de mejora a abordar, y se han definido y consensado una serie de recomendaciones para los próximos años, para que puedan servir, en su caso, como base para la definición de líneas de trabajo que contribuyan al reconocimiento y desarrollo de la especialidad en nuestro país.

1. INTRODUCCIÓN, CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Salud mental: concepto y aspectos clave.

En los últimos años, la Salud Mental se ha posicionado como un problema prioritario de salud pública, a menudo enmarcado en planteamientos más globales relacionados con enfermedades crónicas. Sin embargo, a diferencia de enfermedades con gran recorrido histórico en definición, etiopatogenia, factores de riesgo y medidas preventivas, el ámbito de la Salud Mental y su abordaje presenta amplio margen de mejora en cuanto a visibilidad y conocimiento¹.

La Salud Mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es *“un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La Salud Mental es, además, un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico”*².

Múltiples **determinantes** individuales, sociales y estructurales pueden impactar en la Salud Mental, tales como factores psicológicos, biológicos y genéticos, habilidades emocionales, abuso de sustancias (comportamientos adictivos y abuso de alcohol, tabaco y drogas), exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, etc. Estos riesgos pueden manifestarse en todas las etapas de la vida; si bien, los que suceden durante los periodos más sensibles del desarrollo (sobre todo, en primera infancia) son particularmente perjudiciales².

De igual manera, los **factores de protección** frente a los problemas de Salud Mental también se dan durante toda la vida, como, por ejemplo, las habilidades sociales y emocionales, las interacciones positivas, la educación, el trabajo o la cohesión social; que pueden contribuir a mejorar la Salud Mental de las personas².

Las intervenciones de **promoción** de la Salud Mental y la **prevención** de las afecciones de Salud Mental se centran en identificar, precisamente, los determinantes individuales, sociales y estructurales de la Salud Mental, con el objetivo de reducir los riesgos y generar entornos favorables para la Salud Mental². La prevención de las afecciones de Salud Mental podría cubrir la prevención primaria (eliminación de los factores de riesgo), secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento temprano del trastorno) y terciaria (relativa a discapacidad global, grave por trastorno mental o con dependencia no atendida en aspectos instrumentales o integración social)¹.

La Salud Mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad, como por su carácter determinante del bienestar.

1.2. Epidemiología e impacto de los trastornos de Salud Mental

Según resultados del estudio *Global Burden of Disease*, la prevalencia mundial estimada de los trastornos mentales fue de 970,1 millones de casos en 2019 (frente a 654,8 millones de casos estimados en 1990), lo que corresponde a un aumento del 48,1 % en dicho periodo³. Además, los trastornos de la Salud Mental suponen una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo⁴.

En **Europa**, acorde a los resultados del estudio Headaway 2023 – Mental Health Index, alrededor de 84 millones de personas están afectadas por algún tipo de trastorno de la Salud Mental, posicionando a los trastornos de Salud Mental entre los diez trastornos no transmisibles más comunes⁴.

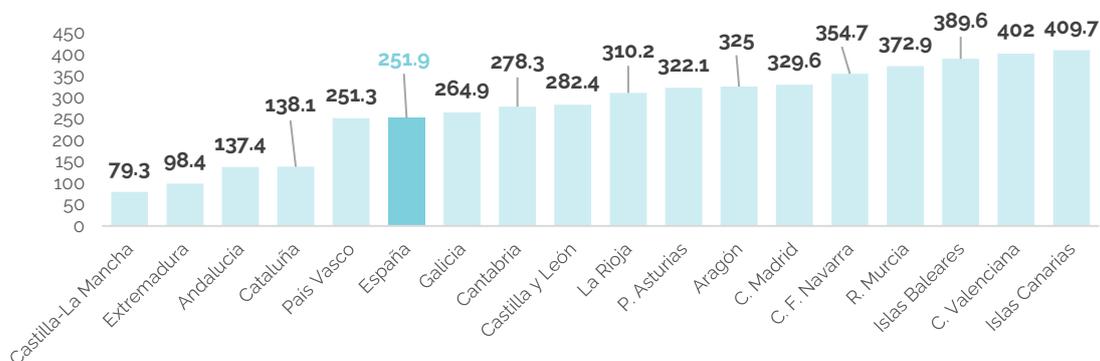
La prevalencia de los trastornos de Salud Mental varía significativamente entre países, oscilando del 15% en Europa del Este al 18% en el centro y norte de Europa. En Europa occidental, en 2019, la prevalencia estimada fue de 14.528,7 casos por cada 100.000 habitantes³. Si bien, es necesario destacar que los trastornos psiquiátricos están, de manera general, infrareportados⁴. Entre todos los trastornos de la Salud Mental, los trastornos de ansiedad y depresivos son los más comunes, seguidos del trastorno bipolar, trastornos del espectro autista y esquizofrenia⁴.

Concretamente, en **España**, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020 – 2021⁵, el 29% de la población padece algún trastorno de Salud Mental. La prevalencia registrada de trastornos mentales es de 286,7 casos por cada 1.000 habitantes, más elevada en mujeres que en hombres (313,3 frente a 258,8)⁵.

La prevalencia aumenta con la edad: cuatro de cada 10 personas de 65 y más años padece algún trastorno mental. Este patrón es similar en ambos sexos, si bien la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres a partir de los 20 años. Además, los trastornos mentales presentan un gradiente social en ambos sexos. Ajustando por edad, la prevalencia observada es de 251,9 por cada 1.000 habitantes (235,5 en hombres y 266,7 en mujeres)⁵.

Los valores de prevalencia son variables en función de la Comunidad Autónoma, observándose las prevalencias más elevadas en Islas Canarias, la Comunidad Valenciana y las Islas Baleares y las más bajas en Castilla-La Mancha y Extremadura (Fig. 1)⁵.

Figura 1. Prevalencia registrada ajustada por edad de trastornos mentales por 1.000 habitantes, según sexo y C. A. España, 2019.



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020 – 2021⁵

En cuanto a trastornos específicos, y en línea con lo observado en Europa, los problemas de Salud Mental más frecuentes en España son los trastornos de ansiedad (74,6 casos por cada 1.000 habitantes), seguidos de los trastornos del sueño y de los trastornos depresivos (60,7 y 41,9 por cada 1.000 habitantes, respectivamente)⁵. En el periodo 2013 – 2019, se observa un incremento de la prevalencia del 29,07% en los trastornos de la ansiedad, del 38,3% en el caso de los trastornos del sueño y del 2,0% en los trastornos depresivos⁵. Según la Encuesta Europea de Salud 2020⁶, la prevalencia auto referida de depresión en la población de 15 y más años en España es del 5,28%. La frecuencia de la sintomatología depresiva aumenta con la edad y es prácticamente el doble en mujeres⁶.

En niños, adolescentes y jóvenes (<25 años), los problemas de salud más frecuentes también son los trastornos de ansiedad (20,2 casos por cada 1.000 habitantes), seguidos de los problemas hiperkinéticos y los trastornos específicos del aprendizaje (19,4 casos por 1.000 habitantes en ambos casos). En el periodo 2013 – 2019, se observa un incremento de la prevalencia del 29,5% en los trastornos de la ansiedad, del 48,1% en el caso de los problemas hiperkinéticos y del 67,4% en los trastornos específicos del aprendizaje⁵.

Los trastornos de la Salud Mental afectan a un 29% de la población en España, con un predominio femenino en los adultos. Los trastornos más frecuentes en España son los trastornos de la ansiedad, con una prevalencia creciente en los últimos años.

Con respecto a otros trastornos mentales de significativa prevalencia en España, aparte de los ya mencionados, destacan los trastornos de personalidad, las psicosis y los trastornos de somatización, con una valores de prevalencia que varían según la edad, sexo y nivel socioeconómico⁷ (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de determinados trastornos mentales en España.

Trastorno	Prevalencia
Trastornos depresivos	<ul style="list-style-type: none"> 41,9 casos por cada 1.000 habitantes. 7,1% en mujeres y 3,5% en hombres declara padecer un cuadro depresivo mayor u otros cuadros depresivos.
Trastornos de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> 74,6 casos por cada 1.000 habitantes. Mayor prevalencia en mujeres (97,5 casos por 1.000, frente a 50,7 en hombres). 20,2 casos por 1.000 habitantes en menores de 25 años.
Trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none"> 60,7 casos por cada 1.000 habitantes
Trastornos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> 6,1% en mujeres y 7,5% en hombres. Mayor prevalencia entre los 15 y 24 años.
Trastornos por somatización	<ul style="list-style-type: none"> 6,6% en mujeres y 4,3% en hombres. Mayor prevalencia en personas de edad avanzada (>80 años)
Anorexia nerviosa	<ul style="list-style-type: none"> 2,9% en mujeres y 0,4% en hombres. Mayor prevalencia en jóvenes (20 – 35 años).

⁷ Se corresponden con los problemas de Salud Mental más frecuentemente registrados en las historias clínicas de Atención Primaria.

Trastorno	Prevalencia
Tartamudeo, trastornos por movimientos estereotipados y tics	<ul style="list-style-type: none"> • 1,4% en mujeres y 2,5% en hombres. • Mayor prevalencia en niños y jóvenes (5 – 20 años).
Fobia	<ul style="list-style-type: none"> • 2,4% en mujeres y 1,4% en hombres. • Mayor prevalencia en edades medias (24 – 59 años).
Trastorno obsesivo compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • 1,1% en mujeres y hombres. • Mayor prevalencia en edades medias (24 – 59 años).
Psicosis afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • 9,6% en mujeres y 4,8% en hombres. • Prevalencia creciente hasta los 84 años en mujeres y estabilizada en hombres a partir de los 60 años.
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> • 2,9% en mujeres y 4,5% en hombres. • Mayor prevalencia entre los 35 – 50 años en hombres y entre los 50 – 90 años en mujeres.
Trastornos de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • 36% en mujeres y 23,4% en hombres. • Mayor prevalencia entre los 75 – 94 años.
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • 39,6% en mujeres y 21,7% en hombres. • Mayor prevalencia a partir de los 80 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria⁷ ("Salud Mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de Atención Primaria")⁷ y del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020 – 2021⁵

En Europa, los trastornos de Salud Mental se posicionan en segundo lugar entre las enfermedades no transmisibles más discapacitantes, y representan el 15% del impacto en **discapacidad** a nivel europeo en términos de años vividos con discapacidad (AVD). Los trastornos depresivos, por sí solos, son responsables del 5,4% de AVD totales en la Unión Europea (UE)⁴. La carga e impacto de los trastornos de la Salud Mental, en conjunto en la UE y Reino Unido, asciende a 1,986 AVD por cada 100.000 habitantes en la población general. Los países con peores resultados son Portugal, Grecia y España. Los resultados de discapacidad y mortalidad podrían estar infraestimados hasta en una tercera parte⁴.

Según datos del *Global Burden of Disease*, entre 1990 y 2019, el número global de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a trastornos mentales aumentó de 80,8 millones a 125,3 millones, y la proporción de AVAD globales atribuidos a los trastornos mentales aumentó del 3,1% a 4,9%³.

En cuanto a la **carga económica**, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), los costes totales relacionados con la mala Salud Mental se estiman en más del 4% del Producto Interior Bruto (PIB)⁸. De estos, el mayor porcentaje (1,6% del PIB) se corresponde con costes indirectos relacionados con la

⁷ El informe del que se obtienen los datos indicados en la Tabla 1 ha sido elaborado a partir de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), que recoge la información registrada en las historias clínicas de Atención Primaria en el contexto de la atención prestada. De los 43 problemas psicológicos que recoge la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP2), se han seleccionado 21: 10 problemas generales, 4 relacionados con la psicosis, 2 con alteraciones cognitivas y 5 problemas específicos en menores de 25 años.

actividad laboral (menor tasa de empleo y productividad), seguidos de gastos directos de atención sanitaria (1,3% PIB) y de los costes asociados a Programas de Seguridad Social (1,2 % PIB)⁸.

En **España**, la atención a la Salud Mental se asocia a recursos significativos, tanto en consultas y hospitalizaciones, como consumo farmacológico y otras áreas de asistencia⁹. Los datos de gasto total en atención especializada en Salud Mental de España para el Sistema Nacional de Salud (SNS) correspondientes al año 2017 se aproximan al 4% del total de gasto de atención especializada. En 2019, los gastos generados por los hospitales de Salud Mental y el tratamiento de toxicomanías supusieron el 1,8% (924 millones de euros) del gasto total de los hospitales⁹.

De acuerdo con la OECD, los costes podrían evitarse, al menos en parte, con servicios de Salud Mental eficaces y políticas de Salud Mental integrales y bien orientadas⁸.

Los trastornos de la Salud Mental se sitúan entre las diez principales causas de carga de enfermedad en todo el mundo³. Además, no solo tienen un impacto significativo en los individuos y sus familias, sino también en la sociedad en su conjunto: pérdida de calidad de vida, estigmatización y costes directos e indirectos⁴.

En cuanto a **mortalidad**, según datos de Eurostat, en 2016 hubo 165.000 muertes en la UE-27 resultantes de trastornos mentales y del comportamiento, equivalente al 3,7% de todas las muertes¹⁰. Los trastornos mentales y del comportamiento también representaron al menos 1 de cada 20 muertes en Suecia, Dinamarca, Irlanda, Alemania, Luxemburgo, Malta, Bélgica y España. Cabe destacar los trastornos de la conducta alimentaria como causa de 318,3 muertes en todo el mundo en 2019³.

El suicidio es la sexta causa de muerte en la UE en la población menor de 70 años y la cuarta en la población menor de 20 años¹¹. De media, en 2019, 11,7 personas por cada 100.000 fallecieron a causa del suicidio⁴. En la región europea de la OMS, la tasa de suicidio estandarizada por edad en 2019 fue de 17,1 en hombres y 4,3 en mujeres (10,5 en ambos sexos). Los países de altos ingresos (atendiendo a la clasificación del Banco Mundial) obtuvieron la tasa global de suicidio más elevada (10,9 por cada 100.000 habitantes) en comparación con los países de menores ingresos¹¹. Según datos de la OECD, el promedio de la tasa de suicidios en los países integrantes fue de 10,6 casos por 100.000 habitantes en 2020. España se sitúa por debajo de esa media (7,5 por 100.000 personas)¹².

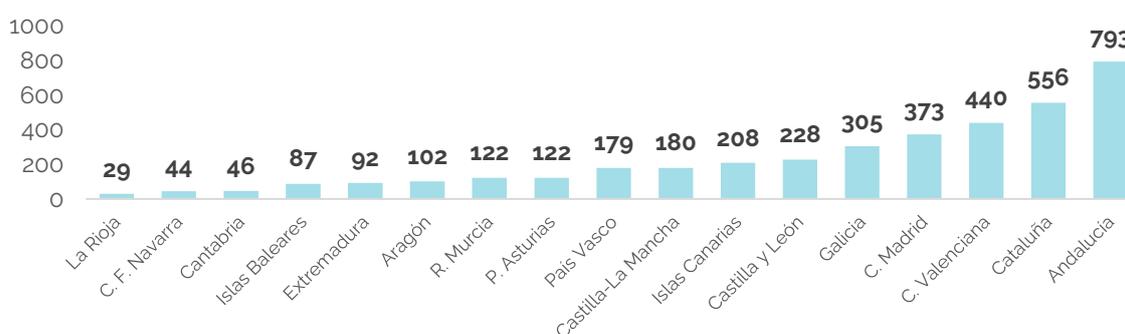
En 2021 en España, según datos del INE, fallecieron por suicidio 4.003 personas, un 75% de ellas varones y un 25% mujeres. Estos datos representan, aproximadamente, 11 fallecimientos diarios por suicidio en nuestro país^{13,14}. Así, 2021 se convierte en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen datos (1.906). En comparación con 2020 (año en el que produjeron 3.941 defunciones), en 2021 se ha registrado un 1,6% más (1,8% en hombres y 1% en mujeres), superándose también las defunciones por suicidio en menores de 15 años (22 en 2021). En el primer semestre de 2022 (enero – junio), el suicidio fue responsable de 2.105 fallecimientos, un 5,1% más que en el mismo periodo del año anterior¹⁴.

En este contexto, el suicidio sigue siendo la principal causa externa de muerte en España, casi triplicando las muertes vinculadas a accidentes de tráfico, y multiplicando por 14 los homicidios. Entre los 15 y los 29 años, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte¹³.

En 2020 y 2021, se han alcanzado valores máximos de suicidios registrados en España, siendo la principal causa externa de muerte.

En cuanto a la distribución por Comunidades Autónomas (CC. AA.), Andalucía es la Comunidad Autónoma con mayor número de suicidios registrados, seguida de Cataluña (Fig. 2)¹³. Por tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes (datos de 2019), los valores más elevados se observan en el Principado de Asturias (8,9 por 100.000 habitantes) y en Galicia (8,1), siendo la media estatal 6,4 por 100.000 habitantes⁹. Con respecto a las variaciones del número de suicidios en 2020 con respecto al año 2019, los incrementos más significativos se observan en País Vasco (30,7%), Cantabria (27,8%) y Andalucía (23,9%)¹³

Figura 2. Número de suicidios por Comunidad Autónoma en 2020.



Fuente: Observatorio del Suicidio de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio¹³.

1.3. Contexto COVID-19: impacto en la Salud Mental y en la especialidad de Psiquiatría

Como se introducía anteriormente, los riesgos para la Salud Mental engloban una serie de determinantes individuales y sociales, que pueden verse potenciados por diferentes circunstancias. Concretamente, las amenazas del entorno, como recesiones económicas, brotes de enfermedades, emergencias humanitarias o la crisis climática, incrementan el riesgo de impactar en la Salud Mental de las personas².

Así, la **pandemia de la COVID-19** y las medidas de mitigación y contención asociadas han tenido un impacto significativo en la Salud Mental de la sociedad, tanto por efectos directos derivados de la propia enfermedad (miedo al contagio, pérdida de seres queridos, síntomas neurológicos, síntomas de COVID-19 a largo plazo, entre otros) como efectos indirectos y asociados a la crisis socioeconómica (confinamiento, pérdida de ingresos, desempleo, etc.)⁴. De esta manera, entre los retos clave que deben afrontar los

sistemas sanitarios para la salud de la población post COVID, se encuentra la gestión del impacto de la pandemia en el bienestar mental de la sociedad⁴.

En noviembre de 2020, una encuesta realizada en Europa puso de relieve este impacto, observándose que, en todos los países, más del 40% de los encuestados afirmó que la COVID-19 ha tenido un impacto negativo en el estado de su Salud Mental. En general, las consecuencias de la pandemia en la Salud Mental afectan a todas las edades, desde los más jóvenes (ej. Efectos negativos asociados a la interrupción de la escolarización), a los adultos (ej. Desempleo, dificultades económicas) y a las personas de mayor edad (ej. Aislamiento), siendo especialmente preocupantes las repercusiones de la pandemia en la Salud Mental de **poblaciones específicas**^{4,15}:

- Profesionales de la salud.
- Niños y adolescentes. Antes del estallido de la pandemia, el riesgo de depresión en los jóvenes era de aproximadamente el 15%, y, durante esta, ha alcanzado un máximo del 64%. La Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (Fundación ANAR) atendió un 145% más llamadas de menores con ideas o intentos de suicidio con la llegada de la pandemia¹⁶.
- Mujeres.
- Personas de menor nivel socioeconómico.

Otra población vulnerable ante el impacto de la pandemia de la COVID-19 corresponde a las personas que ya estaban afectadas por un trastorno mental, debido a⁴:

- Interrupción de la atención sanitaria en materia de Salud Mental, tanto en centros sanitarios como en los servicios disponibles en colegios y espacios de trabajo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la pandemia de la COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de Salud Mental esenciales en el 93% de los países del mundo, a la vez que se ha producido un aumento de la demanda^{4,17}.
- Dificultad en el acceso al tratamiento.
- Aumento de la demanda de los servicios, por la mayor prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en comparación con los niveles prepandemia.

Así, la pandemia de la COVID-19 ha evidenciado la **necesidad existente en los Sistemas Nacionales de Salud** de optimizar los recursos, servicios y políticas dirigidos a la atención de la Salud Mental, en el contexto del incremento de los trastornos de la Salud Mental¹⁷. Además, en los Estados miembros de la UE, el consumo de alcohol se incrementó entre un 10 y un 40% durante la pandemia de la COVID-19⁴, con un potencial impacto significativo en el desarrollo de trastornos mentales.

En el contexto actual, se destaca la importancia de cambiar la perspectiva hacia una verdadera integración entre los ecosistemas sanitario, social y económico. Se ha evidenciado cómo los servicios de Salud Mental deben ser capaces de adaptarse rápidamente a las circunstancias y entornos cambiantes para mantener su continuidad, garantizando un adecuado apoyo en el entorno comunitario, laboral, escolar y social.

Si bien esta situación es un reto para los países, también puede suponer una **oportunidad** para priorizar la Salud Mental en la agenda de Salud Pública de la UE y los Estados Miembro.

La pandemia de la COVID-19 ha resaltado como la salud en general, y la Salud Mental en particular, repercute significativamente en todos los sectores económicos y sociales. De manera general, las autoridades han priorizado la Salud Mental como parte de sus planes de respuesta a la COVID-19.

Adicionalmente, en relación con la **especialidad de Psiquiatría**, la pandemia podría ser una oportunidad para reforzar la colaboración entre psiquiatras y psicólogos clínicos, junto con enfermería y trabajo social¹⁸. Los psiquiatras han jugado y juegan, además, un papel esencial en el apoyo psiquiátrico a los profesionales sanitarios y en el abordaje del *burnout*, por lo que se recomienda la participación de Psiquiatría en la implementación de intervenciones en las distintas entidades sanitarias¹⁹.

Por su parte, en la pandemia se ha reforzado la telepsiquiatría, entendida como la aplicación de técnicas de telemedicina en la especialidad de Psiquiatría, prestando atención psiquiátrica de forma remota a través de herramientas y tecnologías de comunicación, para brindar apoyo crítico en materia de Salud Mental a nuevos pacientes y a pacientes prevalentes, tanto adultos, como niños y adolescentes^{18,20-22}. Si bien, se han reconocido barreras para la implementación eficaz de la telepsiquiatría, fundamentalmente relacionadas con la relación paciente – médico, la privacidad y seguridad y las posibles limitaciones tecnológicas²¹.

Se ha observado, además, un mayor peso de la atención y hospitalización domiciliaria, que han jugado un papel clave en la pandemia para evitar los ingresos hospitalarios por trastornos mentales y garantizar una adecuada atención a los pacientes no candidatos a la telemedicina¹⁸.

Como respuesta a los desafíos actuales derivados del impacto de la COVID-19, y como **marco coherente** para alcanzar una adecuada adaptación de los sistemas a la situación post-pandemia, la OMS ha desarrollado un Marco Europeo de Acción para la Salud Mental 2021-2025²³, que cubre las siguientes áreas de trabajo:

- Avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y transformación de los servicios de Salud Mental, incluyendo la prestación de servicios de Salud Mental, la financiación de la Salud Mental, la digitalización y el personal laboral de Salud Mental.
- Proteger mejor a las personas ante las emergencias sanitarias: integración de la Salud Mental en la preparación, respuesta y recuperación ante crisis y emergencias, integrando tanto la acción política como la acción técnica.
- Garantizar una vida sana y el bienestar para todos en todas las edades: promoción y protección de la Salud Mental a lo largo de la vida, incluyendo la Salud Mental de niños y jóvenes, la sensibilización y alfabetización en Salud Mental, la Salud Mental de las personas adultas mayores, la Salud Mental en el ámbito laboral y la prevención del suicidio

Adicionalmente, el Grupo Asesor Técnico sobre el impacto del COVID-19 en la Salud Mental en la región europea de la OMS elaboró en 2021 una propuesta de recomendaciones de acciones a implementar por parte de las autoridades estatales²⁴, en tres **áreas clave**: población general, grupos vulnerables y Servicios Públicos de Salud Mental. Entre otras, establece que:

- Los países deben fortalecer y desarrollar los servicios de Salud Mental y apoyo psicosocial como un componente integral de la preparación, respuesta y recuperación del COVID-19 y otras emergencias de salud pública.
- Los países deben garantizar que los servicios de Salud Mental estén legal, operativa y financieramente apoyados, potenciando las prestaciones de atención comunitaria centrada en la persona e incluyendo modelos asistenciales innovadores.

Como iniciativa promovida por la OMS en materia de Salud Mental, cabe destacar, por último, la organización del Día Mundial de la Salud Mental (*World Mental Health Day*)²⁵, con el objetivo de concienciar sobre los trastornos de Salud Mental a nivel global y movilizar esfuerzos para mejorar la atención en este ámbito.

- Con motivo del Día Mundial de la Salud Mental 2020, se definieron áreas prioritarias de inversión para mejorar la atención a la Salud Mental en un contexto postpandemia.
- En 2021, se compartieron los esfuerzos realizados por algunos países y las buenas prácticas identificadas.
- En 2022, el Día Mundial de la Salud Mental centró sus esfuerzos en que la Salud Mental sea una prioridad global en todos los países.

1.4. Atención a la Salud Mental. Contexto internacional y estatal.

La atención a la Salud Mental puede diferir en función de los países y de los sistemas sanitarios, en términos de^{11,26}:

- **Servicios y recursos para la atención a la Salud Mental. Tipos, disponibilidad y utilización.**
- **Políticas de Salud Mental.**
- **Legislación y financiación.**
- **Formación de la especialidad.**

Estas diferencias contextuales en la provisión de servicios de salud pueden tener un impacto significativo en la práctica clínica, en las políticas de salud estatales, en la armonización y la equidad de la atención y en el análisis de la efectividad y transferibilidad de las nuevas intervenciones en salud²⁶.

Además, el estigma asociado a los trastornos mentales existente en cada país puede determinar los **recursos** dirigidos a la Salud Mental, influyendo, así, en la atención y en el acceso al tratamiento²⁷. Según la OMS, la mediana mundial del gasto público en salud que se destina a la Salud Mental es inferior al 2%¹¹.

En la UE + Reino Unido, el gasto medio en Salud Mental con respecto al gasto sanitario total es del 5,5%. España se encuentra por debajo de esta media, con un gasto medio del 5,0%, si bien algunos países invierten más o casi el doble que la media de la UE, como Alemania (11,3%), Suecia (10,0%) y el Reino Unido (9,5%), que superan ampliamente el promedio general⁴.

Como marco común para abordar las posibles diferencias, y con objeto de garantizar una **atención óptima a la Salud Mental en todos los países**, la OMS definió, con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020, determinadas metas para cumplir comunes a todas las regiones (Ej. Adopción de políticas y planes, desarrollo de programas de prevención, reducción de tasa de suicidio, descentralización sistemática de la atención de Salud Mental a los entornos comunitarios, etc.).

El informe “Atlas de Salud Mental 2020”¹¹, de la OMS, pone de manifiesto que las **metas fijadas para 2020** en materia de liderazgo y gobernanza, prestación de servicios de Salud Mental en entornos comunitarios, promoción y prevención de la Salud Mental y fortalecimiento de los sistemas de información no han sido alcanzadas por los países:

- En 2020, solo el 51% de los 194 Estados Miembros de la OMS informaron de que su política o plan de Salud Mental estaba en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, porcentaje que es muy inferior a la meta del 80%.
- El 52% de los países cumplieron la meta relativa a los programas de promoción y prevención de la Salud Mental, porcentaje también muy inferior a la meta del 80%. Si bien se ha producido un aumento de la implementación de programas de promoción y prevención de la Salud Mental con respecto a años anteriores, un 31% de estos no contaban con recursos humanos y financieros específicos, y un 27% no tenían un plan definido.
- Aunque se han observado progresos constantes en la adopción de políticas, planes y leyes de Salud Mental, el porcentaje de los presupuestos públicos de salud que se destina a la Salud Mental sigue manteniéndose alrededor del 2%, con limitada variación en los últimos años.
- La transferencia de la atención al ámbito comunitario se produce de manera lenta y heterogénea. Sólo el 25% de los países afirmaron cumplir todos los criterios para la integración de la Salud Mental en la Atención Primaria.

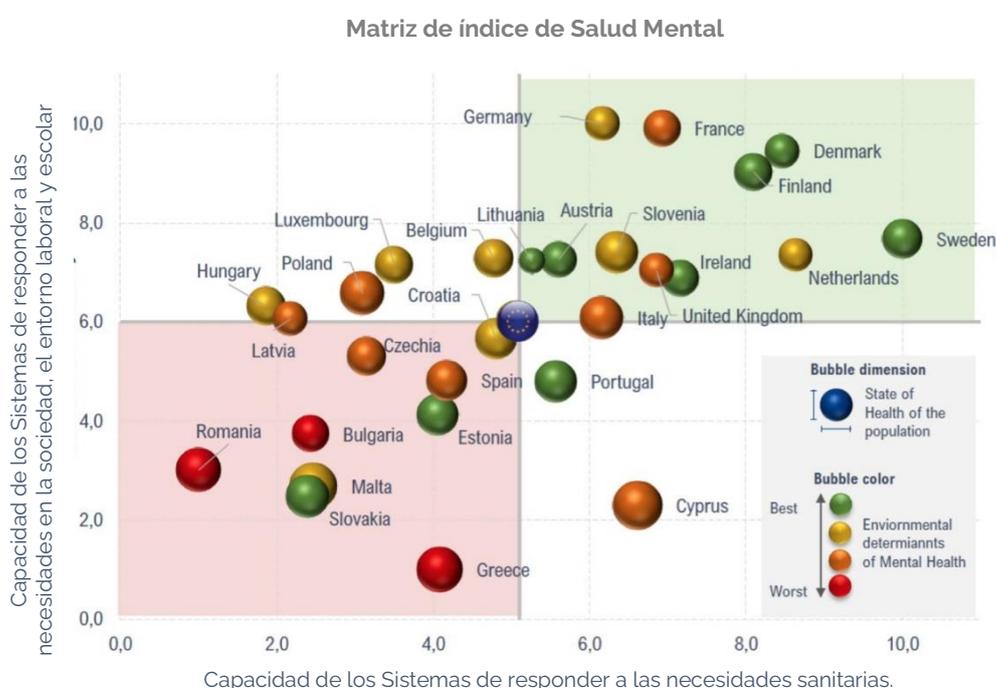
La única meta para 2020 que se cumplió fue la reducción de la tasa de suicidio en un 10%, pero solo 35 países afirmaron disponer de una estrategia, política o plan de prevención independiente. Como una nueva oportunidad para avanzar en este sentido y alcanzar las metas mundiales propuestas, la OMS ha ampliado el **Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2030**²⁸ (basado en el anterior Plan Integral 2013 – 2020), con el objetivo de reforzar un liderazgo y gobernanza eficaces en el ámbito de la Salud Mental y facilitar servicios de asistencia sanitaria y social integrales, integrados y adaptables a entornos comunitarios, garantizando la cobertura universal de la atención a la Salud Mental. Este Plan propone acciones específicas para los Estados Miembro y asociados nacionales e internacionales. Su implementación efectiva debe contar con el

compromiso de los organismos de desarrollo, las instituciones académicas y de investigación y la sociedad civil.

Se han definido ciertos estándares u objetivos para la atención a la Salud Mental a nivel mundial. Si bien, pese a que las necesidades en la atención a la Salud Mental son significativas, las respuestas de los países no son suficientes¹⁷.

El estudio "Headaway 2023 – Mental Health Index" pone de manifiesto, de igual manera, la heterogeneidad entre países europeos en cuanto a la capacidad de respuesta en el ámbito de la Salud Mental. En la matriz definida en este estudio (en la que se ilustra la capacidad de los sistemas de responder a las necesidades en la sociedad, entorno laboral y escolar, frente a la capacidad de los sistemas de responder a las necesidades sanitarias), España recibe una puntuación global que se sitúa en cuadrantes inferiores a la media de la UE+Reino Unido (Fig. 3).

Figura 3. Matriz de índice de Salud Mental (arriba) y resultados en España (abajo).



Resultados en España: puntuación global y por indicador.

Indicador	Índice
Estado de Salud Mental	55%
Capacidad del sistema de responder a las necesidades sanitarias	33%
Capacidad del sistema de responder a las necesidades en la sociedad, entorno laboral y escolar	49%

Fuente: Estudio Headaway 2023 – Mental Health Index. A new roadmap in Mental Health⁴.

Cabe destacar que, en España, aun compartiendo un Sistema Nacional de Salud universal, **coexisten diferentes modelos y estructuras de atención psiquiátrica**, pues las competencias sanitarias están transferidas a las diecisiete CC. AA.

1.5. Contexto de la especialidad de Psiquiatría en España

En España, la reforma del sistema de Salud Mental se inició en 1983, con el establecimiento de la Comisión Ministerial de "Reforma Psiquiátrica", que definió una nueva estructura organizativa de la atención, la integración de los pacientes psiquiátricos en el sistema general de salud y la creación de una extensa red comunitaria de centros de Salud Mental. Supuso, así, un cambio de un paradigma en el abordaje de los trastornos mentales, desde el concepto centrado en el hospital al desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria.

La reforma psiquiátrica y, por tanto, la implantación del modelo comunitario inició su andadura en nuestro país en un marco que garantizaba el aseguramiento público y universal de todos los ciudadanos en los servicios sanitarios y sociales. Un modelo que descansa en el Área de Salud como espacio ordenador de la red sanitaria y con la Atención Primaria como puerta de entrada del sistema²⁹. Así, desde la aplicación de la reforma, ha cambiado el modelo asistencial, el número y calidad de los recursos y la concienciación y visibilidad social en cuanto a la enfermedad mental y los servicios dirigidos a su atención²⁹.

Sin embargo, la aplicación de la reforma ha seguido un **curso desigual** en el conjunto de España, con marcadas diferencias entre las distintas CC. AA., debido a las características del mapa autonómico español y a las propias de la organización de la atención a Salud Mental (competencias, calendario de transferencias, voluntades políticas regionales, etc.), además de contar con ciertos aspectos de mejora durante los primeros años de su implantación, tanto a nivel normativo como de definiciones de términos básicos para llevar a cabo la reforma²⁹.

Desde 2007, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud enfatiza la importancia de promover la salud general en las personas con trastornos mentales graves y definen una serie de líneas de actuación a ser incorporadas y aplicadas por las CC. AA.

En cuanto a la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, hasta 2021, en España no se contaba con formación ni titulación específica sobre la Salud Mental de los menores y los trastornos propios asociados, pese a lo establecido en la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo³⁰ y las recomendaciones de la comunidad científica y la *European Union of Medical Specialists* (UEMS)³¹. Además, entre las recomendaciones resultantes del Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España³² (elaborado en 2014 bajo el patrocinio de la Fundación Alicia Koplowitz) se encontraba la constitución y acreditación de la especialidad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente, considerada entonces como el principal reto al que se enfrentaba todo el colectivo de este campo de conocimiento. Finalmente, en España, se aprobó en agosto de 2021 el Real Decreto por el que se establece el título de especialista en Ciencias de la Salud, la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de especialista en Psiquiatría³³ (consultar más adelante).

1.6. Elaboración del Libro Blanco de la Psiquiatría en España

Objetivos y metodología

El Libro Blanco de la Psiquiatría en España surge con el objetivo principal de recoger la situación actual de la especialidad en un contexto post-pandemia, identificar las principales necesidades y oportunidades de mejora y emitir recomendaciones basadas en las mismas.

El Libro Blanco de Psiquiatría en España ha sido elaborado desde una visión holística, en diferentes dimensiones de análisis, con los siguientes **objetivos específicos**:

1. Conocer la situación actual de la Psiquiatría en España y su posicionamiento en el contexto internacional en un contexto post-pandemia, incluyendo aspectos legislativos y normativos, marco estratégico y políticas, aspectos asistenciales, mapa de recursos (humanos y de atención), actividad de Psiquiatría, formación y docencia, actividades de investigación e innovación y asociaciones de profesionales y de pacientes y familiares.
2. Conocer el grado de desarrollo de las CC. AA. en relación con los aspectos comentados.
3. Identificar y consensuar necesidades y oportunidades de futuro, abordando los temas y líneas de trabajo que deben acometerse.
4. Consensuar recomendaciones de futuro, para contribuir a la mejora de la especialidad.

Para ello, se ha llevado a cabo una **metodología** constituida por **4 fases de trabajo** (Fig. 4), en la que se han llevado a cabo diferentes actividades para lograr la correcta consecución de los objetivos descritos. Los resultados obtenidos en cada una de las fases fueron revisados en sendos talleres de trabajo con el Comité Asesor del Libro Blanco.

Figura 4. Metodología desarrollada para la elaboración del Libro Blanco de la Psiquiatría en España.



Fuente: Elaboración propia.

Fase 0: Organización y planificación.

Se constituyó el Comité Asesor del proyecto (Tabla 2), se definió el mapa de participación (perfiles y agentes implicados) y se estableció el Plan de Trabajo a seguir para el desarrollo del Libro Blanco.

Fase 1: Diagnóstico.

Se realizó, en primer lugar, una contextualización de la especialidad de la Psiquiatría y de este campo de conocimiento, a nivel internacional y estatal, a partir de la revisión de la información pública disponible y de entrevistas individuales con el Comité Asesor del presente Libro Blanco. El modelo general del cuestionario utilizado se puede encontrar en el Anexo II de este documento.

El **diagnóstico de situación** de la Psiquiatría en España y en las CC. AA. se acometió a través de distintas actividades:

- Revisión y análisis de las principales políticas, estrategias y normativas relacionadas con la Psiquiatría.
- Revisión de los modelos de atención y organización asistencial de la Psiquiatría en las diferentes CC. AA.
- Análisis de la situación actual referente a la formación e investigación en Psiquiatría.

- Descripción del mapa de recursos y actividad asistencial de Psiquiatría en las distintas CC. AA., incluyendo una descripción de los recursos humanos, materiales y de planificación sanitaria disponibles y una revisión de los principales indicadores de actividad de Salud Mental.
- Descripción de las principales asociaciones y sociedades científicas que ejercen su labor en este campo.

Para la **recogida de la información a nivel autonómico sobre el estado actual de la Psiquiatría**, se contactó con los responsables autonómicos en materia de Salud Mental de las CC. AA. (Tabla 2), realizándose una entrevista individual con cada uno de ellos y recopilando la información cualitativa y cuantitativa objeto de análisis, a través de un cuestionario estandarizado desarrollado a tal efecto (Anexo II).

Como resultado de este proceso, se elaboró una ficha resumen para cada Comunidad, que fue validada por los responsables autonómicos y que sirvió de base para la integración y síntesis de los datos (Fig. 5).

Figura 5. Metodología empleada para el trabajo de campo.



Fuente: Elaboración propia.

- **Fase 2: Identificación de retos y áreas de mejora.**

En base al análisis realizado en la Fase 1 y a las consideraciones del Comité Asesor del Libro Blanco, se recogieron los principales retos, áreas y oportunidades de mejora en todas las dimensiones de análisis.

- **Fase 3: Conclusiones y recomendaciones.**

Finalmente, se definieron las principales conclusiones y recomendaciones consensuadas por el colectivo de la Psiquiatría para los próximos años, con la finalidad de que puedan servir de base para la definición de líneas de trabajo en nuestro país. Se integró la información obtenida en las distintas fases para la elaboración del Libro Blanco de la Psiquiatría en España.

Participantes

Como se comentaba, el Libro Blanco de la Psiquiatría ha contado con un **Comité Científico Asesor** integrado por miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (Tabla 2), que han aportado sus conocimientos y experiencia a lo largo de todo el desarrollo del Libro Blanco.

Los miembros del Comité Asesor han participado en entrevistas individuales, en los talleres de trabajo en cada una de las fases y en las sucesivas reuniones de planificación y seguimiento, así como en la validación de los resultados.

Adicionalmente, para la recopilación pormenorizada de los indicadores cuantitativos e información cualitativa a nivel autonómico, se ha contado con la implicación de los **responsables autonómicos en materia de Salud Mental** (Tabla 2), con los que se ha realizado una entrevista individual y se han recopilado y validado los indicadores clave en materia de recursos humanos, recursos de atención y actividad en Psiquiatría en cada una de las CC. AA.¹

Tabla 2. Miembros del Comité Científico Asesor y responsables autonómicos en Salud Mental implicados en la recogida de información cualitativa y cuantitativa.

Miembros del Comité Científico Asesor		
Nombre	C. Autónoma	Hospital / filiación
D. Víctor Pérez Solá	Cataluña	Hospital del Mar
D. Manuel Martín Carrasco	C. F. Navarra	Centros Hermanas Hospitalarias
D. Guillermo Lahera Forteza	C. Madrid	Hospital Universitario Príncipe de Asturias
D ^a . Llanos Conesa Burguet	C. Valenciana	Hospital General Universitario de Valencia
D. Celso Arango López	C. Madrid	Hospital Universitario Gregorio Marañón
D ^a . Iria Grande i Fullana	Cataluña	Hospital Clínic de Barcelona
D ^a . Marina Díaz Marsá	C. Madrid	Hospital Universitario Clínico San Carlos
D ^a . Pilar Saiz Martínez	P. Asturias	Hospital Universitario Central de Asturias
D ^a . Pino Alonso Ortega	Cataluña	Hospital Universitari de Bellvitge
D. José Luis Carrasco Perera	C. Madrid	Hospital Universitario Clínico San Carlos
D. Iñaki Zorrilla Martínez	País Vasco	Hospital Universitario de Álava
D. Luis Agüera Ortiz	C. Madrid	Hospital Universitario 12 de Octubre
D. Luis Gutiérrez Rojas	Andalucía	Hospital Clínico San Cecilio de Granada
D ^a . Ana Catalán Alcántara	País Vasco	Hospital Universitario Basurto
D ^a . Ana González-Pinto	País Vasco	OSI Araba (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud)

Responsables autonómicos en Salud Mental implicados		
C. Autónoma	Responsable	Cargo
Andalucía	D. Javier Romero	Jefe del Servicio de Psiquiatría del H. Virgen de las Nieves de Granada.
	D. Benedicto Crespo	Director del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

¹ No se ha obtenido la información detallada de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Responsables autonómicos en Salud Mental implicados		
C. Autónoma	Responsable	Cargo
Aragón	D. José Manuel Granada	Coordinador autonómico de Salud Mental de Aragón.
I. Baleares	D. José Oriol Lafau	Coordinador autonómico de Salud Mental de las Islas Baleares.
I. Canarias	D ^a . Natalia González	Responsable del Servicio de Salud Mental del Servicio Canario de la Salud.
Cantabria	D. Amador Priede	Coordinador del Plan de Salud Mental del Servicio Cántabro de Salud.
Castilla-La Mancha	D ^a . Teresa Rodríguez	Coordinadora Regional de Salud Mental del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
Castilla y León	D ^a . María Ángeles de Álvaro	Jefa de servicio de planificación sanitaria, coordinación sociosanitaria y salud mental.
Cataluña	D. Joan Vegué	Director del Plan Director de Salud Mental y Adicciones.
C. Madrid	D ^a . Mercedes Navío	Coordinadora de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
C. F. Navarra	D. Iñaki Arrizabalaga	Responsable de la Gerencia de Salud Mental de Navarra.
C. Valenciana	D. Mikel Munarriz	Coordinador de la Oficina de Salud Mental de la C. Valenciana.
Extremadura	D ^a . Beatriz Martín	Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales de Extremadura.
Galicia	D ^a . María Tajés	Jefa del Servicio de Salud Mental y Drogodependencias de Galicia.
País Vasco	D. José Antonio de la Rica	Director de Atención Sociosanitaria del Dpto. de Salud del País Vasco.
P. de Asturias	D. Ángel López	Jefe de Servicio de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental del P. de Asturias.
R. de Murcia	D ^a . María José Lozano	Responsable de la Gerencia de Salud Mental de la Región de Murcia.
La Rioja	D. Miguel Ángel Ortega	Jefe del Departamento de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Además, se realizaron tres entrevistas adicionales a miembros de la Junta de Dirección de la Sociedad Española de Psiquiatría (D. Francisco Javier de Diego Adeliño, D^a. Margarita Sáenz-Herrero y José Manuel Olivares Diez). Por otra parte, la versión final del Libro Blanco fue revisada por los miembros del Comité Ejecutivo de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental 2023.

2. CONDICIONANTES LEGISLATIVOS EN PSIQUIATRÍA

La especialidad de Psiquiatría y el desarrollo de marcos legales presentan numerosos interfaces, cada uno de los cuales puede tener un impacto considerable en la práctica clínica³⁴.

Se revisan, a continuación, los principales condicionantes legislativos que mayor implicación tienen en el desarrollo de la Psiquiatría en España y en la actuación de los especialistas a nivel autonómico, incluyendo las normativas generales relacionadas con la Salud Mental y las actuaciones concretas relativas a distintos ámbitos considerados de interés para la actividad de Psiquiatría.

2.1. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto de 2021, por el que se establece el título de médico/a especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.

A nivel estatal

El Real Decreto 689/2021³³ establece la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y actualiza determinados aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría, definiendo su perfil profesional, ámbito de actuación (Tabla 3) y modelo formativo, permitiendo así una mejora de la formación y de las competencias de estos especialistas en Ciencias de la Salud. Estas dos especialidades médicas se integran en los equipos multidisciplinares de las redes de Salud Mental en las que intervienen otros profesionales sanitarios, como Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental.

Tabla 3. Perfil profesional y ámbito de actuación de los especialistas en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Especialidad	Perfil	Ámbito de actuación
Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Profesional sanitario con competencia para la promoción de la Salud Mental y la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, incluidos los trastornos del neurodesarrollo, y del comportamiento que afectan a los niños, a los adolescentes y a sus familias.	Redes de Salud Mental en las unidades de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia autorizadas
Especialista en Psiquiatría	Profesional sanitario con competencia para la promoción de la Salud Mental y la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y del comportamiento de los adultos.	Redes de Salud Mental en las unidades de Psiquiatría autorizadas

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto 689/2021³³.

Se establece que las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia tendrán una duración mínima de cinco años y compartirán las competencias a adquirir durante los dos primeros años de formación, que serán

determinadas por la Comisión Delegada de Psiquiatría. El Real Decreto crea, también, la Comisión Nacional de Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Para acceder al título de especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, se define una vía de acceso extraordinaria, produciéndose el acceso directo para los especialistas en Psiquiatría que acrediten una prestación de servicios vinculada con el perfil de la especialidad durante, al menos, cuatro años dentro de los siete anteriores a la entrada en vigor de este Real Decreto; y el acceso mediante la acreditación de trayecto formativo y superación de una prueba práctica para los especialistas que no cumplan lo dispuesto en el supuesto anterior.

Desde el colectivo de psiquiatras, se acoge esta nueva especialidad como un **avance necesario** en el abordaje diferenciado e individualizado de los pacientes niños y adolescentes, así como en la homogenización de la formación y capacitación de los profesionales (ej. Programas docentes específicos, convalidación con otros países del entorno, etc.) y en la captación de nuevos recursos, incrementando también la visibilidad en este ámbito en el sector sanitario y en la sociedad en general.

Si bien, hasta que se convoquen y formen los primeros especialistas de la nueva especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, se valoran posibles discrepancias dado la heterogeneidad en la formación recibida y la posible inequidad en el acceso a las plazas. Además, se resalta la necesidad de garantizar los recursos necesarios para la formación y tutoría de los estudiantes y residentes, en términos de especialistas en Psiquiatría con experiencia y especialización en el ámbito infanto - juvenil y de recursos y espacios específicos (ej. Unidades de Hospitalización Infanto-Juvenil) para la formación y tutoría de los estudiantes y residentes.

Impacto en la especialidad:

- Facultativos especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia acreditados.
- Posible heterogeneidad en el acceso a las plazas por vía extraordinaria.
- Creación de la Comisión Nacional de Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
- Necesidad de garantizar los recursos necesarios para la formación de los nuevos especialistas (humanos e infraestructuras). Acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales.
- Modificaciones en la organización asistencial de la atención psiquiátrica y en la reorganización de las plantillas.

A nivel autonómico

Se considera clave **analizar los recursos disponibles en el ámbito de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**, así como las **necesidades existentes**, con la finalidad de garantizar una **adecuada organización** de la especialidad y poder planificar un **periodo transitorio** de adaptación e incremento de medios para acoger adecuadamente a los nuevos residentes y especialistas.

De manera general, las CC. AA. están trabajando en el proceso de acceso al título de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia por vía extraordinaria, según lo definido en el Real Decreto 689, de 3 de agosto de 2021; así como en la acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDMP).

En este sentido, se destaca la acreditación de las UDMP y los recursos necesarios para formación de los residentes como uno de los aspectos prioritarios a abordar con la creación de la nueva especialidad. Se destaca que, en algunos centros, actualmente no se dispone de camas exclusivas de infanto-juvenil ni de atención específica a este tipo de pacientes.

Como medidas adicionales, se está trabajando en la definición de perfiles en este ámbito, con el objetivo de garantizar la disponibilidad de profesionales especializados para la formación de los futuros residentes de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Desde las CC. AA., se hace referencia a la incertidumbre a la hora de definir el perfil asistencial de los especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, por ejemplo, en relación con las guardias, la atención en Urgencias, etc.

2.2. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

A nivel estatal

El objetivo de la Ley Orgánica 3/2021³⁵, de regulación de la eutanasia, es dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista al proceso de eutanasia, definiendo el procedimiento que ha de seguirse, las garantías que han de observarse y los deberes del personal sanitario que atienda a estas personas.

Para la aplicación de la eutanasia, la Ley define la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las CC. AA. de composición multidisciplinar y con un mínimo de siete miembros, entre los que se incluirán personal médico, de Enfermería y juristas. En cuanto a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, se establece la creación de registros de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar este proceso, por parte de las administraciones sanitarias.

Desde la anterior Sociedad Española de Psiquiatría, a través de su grupo de trabajo de Bioética, se definió un **posicionamiento**³⁶, ante la complejidad de este ámbito en las personas con trastorno mental. El texto de la Sociedad reflexiona sobre la repercusión que puede tener esta iniciativa legislativa sobre las personas que padecen de trastornos mentales. Según este documento, la aplicación de la eutanasia/suicidio asistido por médicos (ESAM) a personas con trastornos mentales representa entre el 1% y el 3% del total de los casos en los países en los que ya hay leyes aprobadas; presentando unos problemas de índole ética que deberían ser debatidos y aclarados antes de la implantación de la Ley en España. El documento analiza de manera detallada los requisitos para la aplicación de la ESAM que son relevantes para la Psiquiatría y pone de relevancia que el trastorno mental, a diferencia de la patología física o somática, incide en numerosas ocasiones en la libertad de la persona, durante un determinado tiempo

que puede ser más o menos prolongado. Además, las personas con trastornos mentales pueden encontrarse en situación de desigualdad en distintas áreas con respecto a la población general, en un contexto de estigma hacia los trastornos mentales. Así, el documento establece una serie de conclusiones que, en consideración de la Sociedad, deberían tenerse en cuenta en la aplicación definitiva de la ley, considerando imprescindible una extrema prudencia en la aplicación de la ESAM a personas con trastorno psiquiátrico.

Impacto en la especialidad:

- La aplicación de la eutanasia debido a un trastorno psiquiátrico es compleja en una serie de aspectos, como la determinación de voluntariedad, el carácter incurable o crónico e invalidante, el sufrimiento incoercible o la evaluación de la competencia para prestar un consentimiento informado.
- Por ello, se considera favorable la implicación de especialistas en Psiquiatría / otros profesionales de la Salud Mental en las Comisiones Consultivas y de Garantía.

A nivel autonómico

En aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, todas las CC. AA. disponen de una Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.

En la **mayoría de las CC. AA.**, el ámbito de la **Salud Mental está presente en las Comisiones de Garantía y Evaluación de la eutanasia**, pudiendo participar especialistas de Psiquiatría, profesionales de Psicología Clínica y de Enfermería de Salud Mental. El grado de implicación y los perfiles profesionales que participan es variable en función de la Comunidad Autónoma.

Se identifican 11 CC. AA. en las que **Psiquiatría** forma parte de las Comisiones de Garantía y Evaluación (Fig. 6).

Figura 6. Implicación de profesionales de la Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental) en las Comisiones de Evaluación y Garantía de la eutanasia.



Fuente: Elaboración propia. En el Principado de Asturias, no se identifica entre la documentación pública los perfiles de los miembros de la Comisión.

2.3. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

A nivel estatal

La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, supone un profundo cambio en el sistema, pues queda suprimida la incapacitación y la sustitución en la toma de decisiones que afectan a las personas con discapacidad. Se reconoce un modelo basado en el respeto a la voluntad y preferencias de la persona, quien, de manera general, será la responsable de tomar sus propias decisiones. Esta ley tiene un especial impacto en las personas afectadas por un trastorno de la Salud Mental, pues gran parte de las personas con trastorno mental grave (TMG) están incluidas en la condición de discapacidad.

Las **principales modificaciones** que establece esta ley son las siguientes:

- Según el artículo 12, las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida.
- El sistema de incapacitación judicial se sustituye por un procedimiento de provisión de medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica en condiciones de igualdad. Se opta por la jurisdicción voluntaria de manera preferente.
- Se modifican los regímenes de protección de la persona con discapacidad (guarda de hecho, curatela y defensor judicial) y se enfatiza en su capacidad de autotutela. Se eliminan del ámbito de la discapacidad la tutela, la patria potestad prorrogada y la patria potestad rehabilitada. La tutela, con su tradicional connotación representativa, queda reservada para los menores de edad que no estén protegidos a través de la patria potestad.

Así, con la entrada en vigor de la reforma del Código Civil ninguna persona mayor de edad puede ser incapacitada, sino que "las personas con discapacidad son titulares del derecho a la toma de sus propias decisiones, derecho que ha de ser respetado". En el campo de la Salud Mental, en caso de que una persona con problemas de Salud Mental presente dificultades para expresar su voluntad, la respuesta es la adopción de medidas de apoyo, en aquellas situaciones en que sea pertinente el nombramiento del curador.

Si bien, algunos síntomas de patologías mentales graves pueden afectar a la toma de decisiones, lo que puede dificultar o imposibilitar la toma de decisiones libre y sopesada por parte de la persona afectada, aunque cuente con apoyos³⁷.

Otro aspecto para valorar con impacto en la especialidad de Psiquiatría es la valoración periódica de las medidas de apoyo adoptadas judicialmente, que podría plantear la derivación de parte de este trabajo a los profesionales de Salud Mental, lo que aumentaría considerablemente su carga laboral. Se considera relevante potenciar la implicación y recursos humanos de la Psiquiatría Forense para la realización de estas actividades.

Impacto en la especialidad:

- Algunas personas con trastorno mental (Ej. TMG) pueden estar incluidas en la condición de discapacidad.
- Determinados trastornos mentales pueden dificultar o imposibilitar la toma de decisiones libre y sopesada por parte de la persona afectada.
- La evaluación de casos para la adaptación a la nueva ley supone un aumento de la carga de trabajo para los especialistas en Psiquiatría.

A nivel autonómico

De manera general, **las CC. AA. están trabajando en la implementación de la Ley 8/2021**, a través de distintos **desarrollos normativos** y **actividades de formación**.

En línea con la nueva normativa estatal, a nivel autonómico se han identificado distintas iniciativas relacionadas con la Ley 8/2021, dirigidas a consolidar la implantación de la norma en las CC. AA. y la formación de los profesionales en este sentido.

Se destacan como **iniciativas autonómicas** de mayor relevancia en este ámbito:

- Desarrollos normativos propios de adaptación de la legislación estatal al contexto autonómico, con la participación de profesionales de Salud Mental.
- Oferta formativa en este ámbito ofrecida a nivel autonómico, en relación con los aspectos ético-legales de la Ley 8/2021.
- Articulación de voluntades anticipadas o compartidas.
- Refuerzo de la disponibilidad de recursos para ejercer el apoyo definido en la ley.
- Organización de jornadas entre los diferentes agentes implicados (Ej. Salud, Servicios Sociales, Fiscalía, etc.).

2.4. 122/000158 Proposición de Ley General de Salud Mental.

A nivel estatal

En 2019, se anunció una propuesta de Ley General de Salud Mental³⁸, que fue presentada como Anteproyecto de Ley en septiembre de 2021. En términos generales, tiene por objeto "garantizar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas y regular un acceso a una atención sanitaria y social de calidad".

Como **aspectos más relevantes de esta propuesta de Ley** destacan:

- Se debe garantizar una ratio mínima de profesionales de Salud Mental en el sistema sanitario público. El Consejo Interterritorial deberá garantizar que el SNS cuente con un mínimo de 18 psiquiatras, 18 psicólogos clínicos y 23 enfermeras especialistas de Salud Mental por cada 100.000 habitantes.

- Elaboración de un protocolo de prevención del suicidio, por el Ministerio de Sanidad y consensuado en el seno del Consejo Interterritorial del SNS. Este protocolo incluirá prevención de grupos vulnerables, identificación de señales de alarma, acceso a atención psicológica a personas con ideaciones suicidas, seguimiento a quienes hayan realizado un intento de suicidio, atención a familiares, y campañas de educación para la Salud Mental. También propone formar en prevención del suicidio a sanitarios, bomberos, policías, profesores y medios de comunicación. Finalmente, se ha propuesto la creación de un teléfono gratuito y la creación de un registro de datos a nivel estatal para evaluar y valorar la epidemiología del suicidio.
- Todos los centros de salud deberán tender a la eliminación de las contenciones mecánicas y otras formas de coerción, farmacológicas o de otro tipo. Además, no procederá el internamiento u hospitalización en contra de la voluntad del o la paciente, salvo los supuestos restringidos y tasados en que lo determine una ley orgánica y siempre previa autorización judicial.
- Establecimiento de medidas relacionadas con el abordaje psicológico y psiquiátrico de los pacientes. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente requerirá el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada, debiendo recibir la información suficiente.
- Definición de la estructura de gobernanza: Estrategia Española de Salud Mental, creación del Centro Estatal de Salud Mental y del Consejo de Participación de Salud Mental. Cada Comunidad Autónoma creará la figura de la Defensoría de la persona con problemas de Salud Mental.
- Respecto a la Planificación Anticipada de Decisiones Compartidas, las diferentes CC. AA. deberán elaborar un plan de implementación de acuerdo con los estándares de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Definición de medidas de atención a las personas afectadas por la crisis de COVID-19.
- Definición de medidas de protección a la Salud Mental en el ámbito laboral.

Desde el colectivo de psiquiatras se han identificado ciertas áreas de mejora con respecto a esta Proposición de Ley, incluyendo³⁹:

- Necesidad de una mayor concordancia con la práctica clínica habitual y las necesidades reales de las personas con trastorno mental.
- Necesidad de incluir personas afines a esta práctica médica en la redacción de la Ley.
- No se distingue claramente entre síntomas y trastornos mentales.
- No se mencionan los trastornos mentales graves. En la Proposición de Ley, se citan los "malestares psicosociales y malestares de la vida cotidiana", sin mencionar condiciones específicas como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno del espectro autista, las demencias o los trastornos obsesivos – compulsivos.

- Necesidad de mayor énfasis en iniciativas para la prevención y el mejor tratamiento y cuidado de las personas con trastorno mental. El texto define límites a la utilización preventiva de la medicación neuroléptica o antipsicótica, que supedita a la aprobación del Defensor del Paciente, y elimina la posibilidad del internamiento u hospitalización involuntario, salvo los supuestos restringidos y tasados en que lo determine una ley orgánica y siempre previa autorización judicial.

Impacto en la especialidad:

En caso de aprobación:

- La propuesta de ley define distintas medidas que impactan significativamente en el abordaje integral del paciente y en la práctica clínica habitual de la Psiquiatría.
- Las ratios definidas podrían tener impacto en la planificación de las plantillas de Psiquiatría.

A nivel autonómico

De manera general, en las CC. AA. no se identifican leyes específicas de Salud Mental, siendo **La Rioja la primera y única C. Autónoma** con una ley específica en este ámbito, aprobada en marzo de 2023 (Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias - Boletín Oficial de La Rioja de 24 de marzo de 2023).

→ Se definen, entre otros aspectos, las garantías de atención a la Salud Mental (Capítulo I), incluyendo garantías de tiempos y ratios mínimas de profesionales: **18 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, 18 psicólogos y 23 enfermeras especialistas en Salud Mental por cada 100.000 habitantes, así como un terapeuta ocupacional o trabajador social sanitario por Unidad de Salud Mental (artículo 14).**

2.5. Anteproyecto de Ley para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans y para la Garantía de los derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI)

Este Anteproyecto de Ley tiene, como objetivo general, garantizar y promover el derecho a la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI, así como de sus familias⁴⁰.

Entre los principales aspectos establecidos en este Anteproyecto, se incluye la regulación del procedimiento de rectificación registral de la mención relativa al sexo, estableciéndose la posibilidad de que toda persona de nacionalidad española mayor de dieciséis años pueda solicitarla ante el Registro Civil. Así, según define el Anteproyecto de Ley, el ejercicio del derecho a la rectificación registral de la mención relativa al sexo en ningún caso podrá estar condicionado a la previa exhibición de informe médico o psicológico relativo a la disconformidad con el sexo mencionado en la inscripción de nacimiento; ni a procedimientos previos médicos quirúrgicos, médicos o de otra índole que modifiquen la apariencia o función corporal de la persona.

Impacto en la especialidad:

- El Anteproyecto de Ley define que el ejercicio del derecho a la rectificación registral de la mención relativa al sexo no estará, en ningún caso, sujeta a la previa exhibición de un informe médico o psicológico.
- De esta manera, los profesionales de la Salud Mental, incluyendo la Psiquiatría, no intervendrían en este proceso.

2.6. Otros desarrollos normativos de interés a nivel autonómico

Las CC. AA. disponen de **otros desarrollos normativos propios de interés para la especialidad**, en distintos ámbitos de actuación.

Como **ámbitos más comunes** en los que se han desarrollado condicionantes normativos o legislativos, destacan:

- Regulación de la atención a la Salud Mental y de los dispositivos y recursos en este ámbito (ej. Organización y funcionamiento de la atención a la Salud Mental, regulación de la atención sociosanitaria, etc.).
- Creación y regulación de estructuras específicas en Salud Mental (ej. Consejo Asesor de Salud Mental).
- Regulación de la coordinación entre distintos ámbitos (ej. Acuerdos Marcos de Colaboración, creación de Comisiones Interdepartamentales, etc.).
- Defensa de los derechos de las personas con trastorno mental, incluyendo la regulación de los consentimientos informados, del ingreso involuntario, del uso de medidas coercitivas, de las voluntades anticipadas, etc.

3. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS

Se ha realizado una revisión de las principales políticas, estrategias y herramientas de planificación a nivel estatal y autonómico **con impacto en la especialidad de Psiquiatría**, incluyendo el ámbito de la Salud Mental, las adicciones, el suicidio y la humanización.

Tras el traspaso de las competencias en salud, las **CC. AA.** son las responsables de definir las estrategias concretas en cada uno de estos ámbitos, por lo que se ha analizado el grado de desarrollo e implementación de las diferentes estrategias en las CC. AA., para detectar así las posibles diferencias existentes.

En cada ámbito analizado, se incluye un ilustrativo que posiciona a cada Comunidad Autónoma en base al grado de desarrollo y actualización de las estrategias en el campo de la Psiquiatría, realizándose, de manera general, una clasificación estructural en cuatro apartados: estrategia vigente y actualizada post-COVID (2020 en adelante); estrategia vigente y actualizada pre-COVID; estrategia en proceso de actualización; y no se identifican estrategias vigentes a nivel autonómico.

3.1. Estrategias en Salud Mental

A nivel estatal

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026

El 2 de diciembre de 2021, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó el documento "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026"⁴¹. Esta Estrategia supone la actualización del Acuerdo del CISNS de 21 de junio de 2017 que reorientaba la Estrategia de Salud Mental desarrollada en 2006.

Para la elaboración de la Estrategia, se constituyó un Comité Asesor, en el que participaron representantes de los principales agentes implicados con el abordaje de la Salud Mental: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería especialista en Salud Mental, Trabajo Social y Asociación de Pacientes. Además, participaron representantes autonómicos en materia de Salud Mental de las 17 CC. AA, Sociedades Científicas, asociaciones y organizaciones; habiéndose consultado también a otros expertos y Comisiones Nacionales de Especialidad (Psiquiatría, Enfermería de Salud Mental y Psicología Clínica). La Estrategia fue desarrollada de manera interdisciplinar entre el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Consumo y el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

En este contexto, la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), tuvo acceso a todas las versiones de la nueva Estrategia Nacional, habiéndose realizado revisiones al texto, de modo que recoja, no solo el enfoque social sino también la perspectiva biológica y psicológica de estas patologías y la incorporación de indicadores, una demanda de los especialistas que no estaba presente en los borradores iniciales.

Como se define en el propio documento, el objetivo general de la Estrategia es mejorar la Salud Mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del SNS. Para la consecución de este objetivo principal, la Estrategia se basa en una misión, visión, valores y principios concretos, que deben guiar todas las actuaciones descritas.

- **Visión:** ser un elemento de referencia para la mejora de la Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud, desde la equidad, la sostenibilidad del sistema y el discurso de los derechos humanos, teniendo en cuenta las mejores evidencias disponibles, las recomendaciones efectuadas y la factibilidad de su implementación.
- **Misión:** establecer objetivos y recomendaciones orientados a la mejora de la Salud Mental de la población, detección precoz y atender de forma efectiva a las personas con problemas de Salud Mental, desde el momento en que se presentan, independientemente de su edad o nivel de desarrollo, y desde el respeto a sus decisiones y sus derechos apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la recuperación y la inclusión social.
- **Valores:** esta estrategia se basa en la importancia de la promoción de la Salud Mental y en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con problemas de Salud Mental buscando la equidad, la sostenibilidad y la calidad en la atención a las personas con problemas de Salud Mental, basada en el modelo de recuperación y en su entorno, incorporando la participación ciudadana y todo ello desde una perspectiva de género y de eliminación de las inequidades sociales en salud.
- **Principios:** la persona con problemas de Salud Mental como sujeto de derecho, enfoque de género, participación de la persona con problemas de Salud Mental y familiares, diálogo y escucha activa, recuperación personal, atención personalizada y segura, continuidad asistencial y de cuidados, y las personas como parte de una sociedad con derechos y obligaciones.

Con todo ello, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026 recoge **10 líneas estratégicas** (Tabla 4), cada una de ellas constituida por diferentes objetivos generales y específicos, así como por recomendaciones con respecto a las áreas de mejora.

Tabla 4. Líneas estratégicas y objetivos generales de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

Línea estratégica		Objetivos generales
1	Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.	Garantizar el ejercicio de los derechos de autonomía y vida independiente.
		Erradicar la discriminación y favorecer la inclusión social con perspectiva de género.
		Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con problemas de Salud Mental garantizando el respeto a la dignidad de las personas.

Línea estratégica	Objetivos generales
<p>2</p> <p>Promoción de la Salud Mental de la población y prevención de los problemas de Salud Mental.</p>	<p>Promover la Salud Mental de la comunidad y de grupos específicos.</p> <p>Prevenir la aparición de problemas de Salud Mental, trastornos por uso de sustancias y adicciones en la comunidad.</p>
<p>3</p> <p>Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.</p>	<p>Detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas.</p> <p>Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida.</p>
<p>4</p> <p>Atención a las personas con problemas de Salud Mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.</p>	<p>Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de Salud Mental.</p> <p>Disponer de servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario.</p> <p>Promover y desarrollar líneas de intervención novedosas relacionadas con factores generadores de problemas de Salud Mental: violencia sexual, adicciones, acoso en sus diferentes formas o el mal uso de las nuevas tecnologías.</p>
<p>5</p> <p>Salud mental en la infancia y en la adolescencia.</p>	<p>Promoción de la Salud Mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de Salud Mental a estas edades</p> <p>Atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de Salud Mental.</p> <p>Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de Salud Mental.</p>
<p>6</p> <p>Atención e intervención familiar</p>	<p>Atención y relación con las familias.</p> <p>Fortalecimiento de la red de recursos públicos especializados en la atención a las familias de personas con problemas de Salud Mental.</p>
<p>7</p> <p>Coordinación.</p>	<p>Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial.</p> <p>Desarrollar la coordinación en el sistema de Salud Mental y las redes asociativas en Salud Mental.</p> <p>Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de Salud Mental.</p>
<p>8</p> <p>Participación de la ciudadanía.</p>	<p>Promover la participación colectiva a través de grupos organizados de la sociedad civil.</p> <p>Incorporar a las personas con experiencia propia en problemas de Salud Mental como agentes activos de salud</p> <p>Fomentar las buenas prácticas de participación.</p>
<p>9</p> <p>Formación.</p>	<p>Promover la formación en Salud Mental desde las administraciones públicas.</p> <p>Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en Salud Mental.</p> <p>Establecer planes formativos en relación a la atención de las personas con riesgo suicida para los diferentes sectores implicados.</p>

Línea estratégica	Objetivos generales
10 Investigación, innovación y conocimiento.	<p>Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la Salud Mental.</p> <p>Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en Salud Mental.</p> <p>Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación.</p> <p>Desarrollar investigaciones sobre los factores socio-familiares de las personas con problemas de Salud Mental.</p> <p>Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la Salud Mental en relación con la futura Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026⁴¹.

Pese a que se ha considerado favorable la inclusión de indicadores, se sigue identificando la **necesidad** de:

- Dotar a la Estrategia de un carácter más operativo, incluyendo objetivos medibles (Ej. Ratio mínima de profesionales, de lista de espera o de número de camas) y el presupuesto estimado.
- Se considera que hubiese sido conveniente incluir la Psicogeriatría como línea estratégica, dado el envejecimiento de la población en España y la mayor prevalencia de ciertos trastornos mentales en esta población.

Se considera clave el despliegue de la Estrategia estatal en los Planes de Acción autonómicos, para una acción realmente efectiva de las líneas estratégicas definidas¹¹².

Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024

Los principios de la nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026, descritos en el apartado anterior, son la base sobre la que se sustenta el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024⁴². Este Plan de Acción se presenta como una herramienta que facilite la implantación, en el SNS, de las recomendaciones que se han emitido en materia de Salud Mental, especialmente las recogidas en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026. De la misma manera, el Plan de Acción ha contado con la participación y consenso de las CC. AA.

Así, el **objetivo principal** del Plan de Acción de Salud Mental es contribuir a la mejora de la Salud Mental de la población mediante el desarrollo de acciones priorizadas de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026, en todos los ámbitos del SNS, de forma que permita afrontar los efectos en la Salud Mental de la crisis sanitaria y social generada por la pandemia de COVID-19 y los efectos de otros factores de distinta índole que afectan a la Salud Mental en la actualidad. Para ello, el Plan de Acción se desarrolla mediante:

- Las **acciones** a desarrollar a través de sus líneas estratégicas, que, debido al reparto de competencias en materia sanitaria, deberán ser consensuadas con las CC. AA y sometidas al CISNS para la aprobación de su financiación.
- **Dotación presupuestaria**, por cofinanciación entre las CC. AA. y el Ministerio de Sanidad, mediante un presupuesto inicial de 100 millones de euros, a través de los Presupuestos Generales del Estado (PGE). Aproximadamente el 80% de los fondos se distribuirán a las CC. AA. entre 2022 – 2024. En 2022, la dotación se proyectó en 30 millones de euros, de los cuales 24 millones se transferirán a las CC. AA. utilizando, entre otros, criterios de población para definir su distribución territorial.

En 2023, la dotación proyectada del Plan de Acción supera los 43 millones de euros, destinados a transferencias a las CC. AA., para impulsar el refuerzo de los servicios de salud autonómicos. Del importe total, 3,32 millones de euros están dirigidos a consolidar la línea 024 de atención a la conducta suicida⁴³.

El Plan de Acción está constituido por **6 líneas estratégicas**:

1. Refuerzo de los recursos humanos en Salud Mental.
2. Optimización de la atención integral a la Salud Mental en todos los ámbitos del SNS.
3. Sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de Salud Mental.
4. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
5. Abordaje de problemas de Salud Mental en contextos de mayor vulnerabilidad.
6. Prevención de conductas adictivas con y sin sustancia.

Estas 6 líneas desarrollan 45 acciones totales, de las cuales 20 han sido consideradas prioritarias para ser implementadas.

- Línea 1: Refuerzo de los recursos humanos en Salud Mental.
 - 1.3. Creación de las vacantes necesarias y fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, en los centros sanitarios o unidades de Salud Mental tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.
 - 1.4. Evaluación y adecuación de las necesidades de los recursos humanos en Salud Mental, en todos los ámbitos asistenciales, en base prioritariamente, a criterios poblacionales y epidemiológicos, la cartera de servicios y la presión asistencial en las distintas comunidades autónomas.
 - 1.5. Desarrollo y refuerzo de los servicios de atención en Salud Mental a nivel comunitario.
 - 1.6. Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de la especialidad de psiquiatría, psiquiatría infantil y de la adolescencia, psicología clínica y enfermería de Salud Mental, teniendo en cuenta las nuevas necesidades consensuadas con las CC. AA.

- Línea 2: Optimización de la atención integral a la Salud Mental en todos los ámbitos del SNS.
 - 2.2.** Disposición de un presupuesto finalista en las Consejerías de Salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para la implantación efectiva del presente Plan.
 - 2.3.** Disposición de un presupuesto finalista en el Ministerio de Sanidad para impulsar la implantación efectiva del presente Plan.
 - 2.4.** Mejora del acceso a los servicios de Salud Mental desde Atención Primaria, impulsando la implementación del Marco Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC).
 - 2.7.** En el marco de ejecución de la Estrategia de Salud Digital, impulsar la transformación digital de los servicios de Salud Mental, tanto para la atención a los pacientes como para apoyo a profesionales.
 - 2.8.** Valorar en la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación (CPAF) la necesidad de abordar la actualización de la cartera común de servicios de Salud Mental.
 - 2.10.** Implementación de las recomendaciones de "no hacer" en Salud mental, en el marco del proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad.
- Línea 3. Sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de Salud Mental.
 - 3.1.** Realización de campañas para la promoción de la Salud Mental, especialmente referente a la lucha contra el estigma y a la prevención de la conducta suicida.
 - 3.3.** Desarrollo de mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Salud Mental y Atención Primaria, en las diferentes CC. AA.
 - 3.5.** Establecimiento de mecanismos para prevenir las restricciones involuntarias en pacientes con problemas de Salud Mental.
- Línea 4. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
 - 4.1.** Creación de un teléfono de información 24/7, gratuito y confidencial, para ofrecer atención profesional y apoyo ante la conducta suicida a personas afectadas y familiares, con capacidad de derivación rápida a los servicios de emergencia, ante una situación de crisis.
 - 4.2.** Desarrollo del código de riesgo de suicidio en las CC. AA.
 - 4.3.** Establecimiento de mecanismos y circuitos ágiles para la mejora del acceso a los servicios de Salud Mental de las personas con conducta suicida.

4.7. Desarrollo de iniciativa para la prevención de la conducta suicida en personas en situación de vulnerabilidad como: personas mayores, población infanto-juvenil, entre otros.

- Línea 5. Abordaje de problemas de Salud Mental en contextos de mayor vulnerabilidad.

5.1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar e intersectorial de personas expertas, a nivel nacional, para identificar acciones prioritarias a desarrollar para la Promoción de la Salud Mental, prevención y detección precoz de los problemas de Salud Mental en la infancia y adolescencia.

5.8. Desarrollo de programas específicos para la ayuda y apoyo a los profesionales sanitarios y socio sanitarios con problemas de Salud Mental relacionados con su labor asistencial: cuidar al cuidador.

- Línea 6. Prevención de conductas adictivas con y sin sustancia.

6.1. Desarrollo de acciones con las CC. AA. para priorizar la implantación de programas de prevención de adicciones con y sin sustancias que hayan demostrado efectividad y para evaluar la efectividad de los ya existentes.

Para cada una de las acciones incluidas en el Plan, se establecen resultados esperados, como objetivos operativos para garantizar su seguimiento y evaluación. En relación con la especialidad, se subrayan los siguientes:

- Totalidad de las CC. AA. con publicación de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 para todas las categorías de Salud Mental.
- Totalidad de las CC. AA. han elaborado un documento de evaluación de las necesidades de recursos humanos en Salud Mental.
- Totalidad de las CC. AA. han dedicado recursos para la atención a la Salud Mental comunitaria.
- Totalidad de las CC. AA. ha desarrollado un Plan de Acción de Salud Mental para el periodo 2022-2024.
- Totalidad de las CC. AA. ha mejorado la interoperabilidad entre Atención Primaria y Salud Mental.
- En el marco de la planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de la especialidad de Psiquiatría, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental, 80% plazas ofertadas en Salud Mental sobre las acreditadas.

Por último, se espera que las acciones definidas faciliten en el avance de la consecución de los Objetivos de la Agenda 2030, especialmente del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar (meta 3.4. en la que se incluye la promoción de la Salud Mental y el bienestar y meta 3.5. en la que se aborda la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas).

II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016.

El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) 2013-2016⁴⁴, aprobado por el Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 abril de 2013, se desarrolló con el objetivo de avanzar al máximo en el cumplimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia en España, a través de un abordaje transversal y multidisciplinar y mediante la coordinación y coordinación efectiva, eficiente y eficaz de los distintos agentes implicados en la atención a la infancia y la adolescencia.

Tras la evaluación del I PENIA (2006 – 2009), se identificaron áreas de mejora y ámbitos en los que la actuación era prioritaria, en el marco de la evolución de la situación de la infancia en España. Así, el II PENIA 2013 – 2016 define **objetivos estratégicos**:

1. Promover el conocimiento de la situación de la infancia y la Adolescencia, el impacto de las políticas de infancia, sensibilizar a la población general y movilizar a los agentes sociales.
2. Avanzar en la promoción de políticas de apoyo a las familias en el ejercicio de sus responsabilidades en el cuidado, la educación y el desarrollo integral de los niños, y facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar.
3. Impulsar los derechos y la protección de la infancia con relación a los medios de comunicación y a las tecnologías de la información en general.
4. Potenciar la atención e intervención social a la infancia y adolescencia en situación de riesgo, desprotección, discapacidad y/o en situación de exclusión social, estableciendo criterios compartidos de calidad y prácticas susceptibles de evaluación.
5. Intensificar las actuaciones preventivas y de rehabilitación en los colectivos de infancia y adolescencia ante situaciones de conflicto social.
6. Garantizar una educación de calidad para todos caracterizada por la formación en valores, la atención a la diversidad, el avance en la igualdad de oportunidades, la interculturalidad, el respeto a las minorías, la promoción de la equidad y la compensación de desigualdades, favoreciendo, mediante una atención continuada, el desarrollo de las potencialidades de la infancia desde los primeros años de vida.
7. Promover acciones para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud de la infancia y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables.
8. Promover la participación infantil, favoreciendo entornos medioambientales y sociales apropiados que permitan el desarrollo adecuado de sus capacidades, defendiendo el derecho al juego, al ocio, al tiempo libre en igualdad de oportunidades, en entornos seguros y promoviendo el consumo responsable, tanto en las zonas urbanas como en las rurales en aras de un desarrollo sostenible.

En el ámbito de la Psiquiatría y Salud Mental, en el II PENIA se incluyen las acciones que en ese momento se estaban realizando, fundamentalmente relacionadas con la elaboración de programas específicos para niños y adolescentes a nivel autonómico y el desarrollo de Guías de Práctica Clínica a nivel estatal. También **se preveía la creación**

de la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el proyecto de Real Decreto de troncalidad, que en el momento de elaboración del Plan estaba en tramitación. En este sentido, se incluyeron como **medidas**, entre otras:

- Creación de equipos multidisciplinares especializados en Salud Mental infanto-juvenil dotados con los recursos adecuados.
- Diseñar un Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil que incida en la promoción de la Salud Mental positiva, la prevención de problemas de Salud Mental en la escuela y en los servicios de Atención Primaria.
- Mejorar y ampliar los servicios y programas orientados a la Salud Mental y de orientación psicológica para los niños y adolescentes, con especial atención a aquellos con especial vulnerabilidad.
- En relación con el cáncer y los pacientes oncológicos, potenciar la atención psicológica y educativa desde el momento del diagnóstico y hasta su curación, incluyendo la rehabilitación en su caso.

A nivel autonómico

El Plan de Acción de Salud Mental 2022 – 2024 del SNS establece, como acción en el marco de la optimización de la atención integral a la Salud Mental en todos los ámbitos del SNS, la disposición de un Plan de Acción Regional de Salud Mental para el ejercicio 2022 – 2024 en el 100% de las CC. AA (resultado esperado). La situación actual en las CC. AA. se recoge en la Figura 7.

Las CC. AA. disponen de Estrategias o Planes en Salud Mental, en su mayoría vigentes y/o en proceso de actualización.

ASPECTOS CLAVE

En las Estrategias actualizadas, y en el contexto de la pandemia de la COVID-19, se observa una **tendencia** a la inclusión de los siguientes ámbitos como líneas prioritarias de actuación:

- **Humanización** de la asistencia y **atención centrada en la persona.**
- **Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos de la Salud Mental.**
- **Detección precoz y Atención Temprana.**
- **Atención comunitaria y modelos de atención basados en la recuperación.**
- **Prevención y abordaje de las conductas suicidas**, especialmente en el **ámbito infanto – juvenil.**
- Abordaje integral de la **Salud Mental en la infancia y adolescencia.**
- Atención de los **trastornos de la conducta alimentaria.**

- Atención al **trastorno mental grave**.
- **Atención del trastorno mental común**, por su mayor prevalencia tras la pandemia.
- Atención a la **Salud Mental de los profesionales sanitarios**.
- **Psicogeriatría**.
- Abordaje de las **adicciones**, especialmente **sin sustancia**.
- Abordaje integral de las **víctimas de violencia de género**.
- **Atención a la Salud Mental en Atención Primaria** y definición de **circuitos adecuados de derivación**.
- **Transformación digital de los Servicios de Salud mental y sistemas compartidos de información**.
- **Coordinación** entre todos los agentes y recursos implicados en el abordaje del paciente.
- **Formación e I+D+i**.

Figura 7. Planes y estrategias en Salud Mental a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.



C. A.	Estrategia en Salud Mental	Vigente	Estado
Andalucía	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020	Sí	
Aragón	Plan de Salud Mental 2017 - 2021	No	
I. Baleares	Plan de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022.	Sí	
I. Canarias	Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.	Sí	
Cantabria	Plan de Salud Mental de Cantabria 2022 - 2026	Sí	
Castilla-La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025	Sí	

C. A.	Estrategia en Salud Mental	Vigente	Estado
Castilla y León	Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007.	Sí	
Cataluña	Plan director de Salud Mental y Adicciones 2017-2020.	Sí	
C. Madrid	Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024	Sí	
C. F. Navarra	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2019-2023.	Sí	
C. Valenciana	Estrategia autonómica de Salud Mental 2016-2020	No	
Extremadura	III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.	Sí	
Galicia	Plan de Salud Mental de Galicia post COVID-19 2022-2024.	Sí	
País Vasco	Estrategia en Salud Mental de la CAPV (2010).	Sí	
P. de Asturias	Plan de Salud Mental 2015-2020	Sí	
R. de Murcia	Programa de Acción para el Impulso y la Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022.	Sí	
La Rioja	IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2021-2025	Sí	

Fuente: Elaboración propia

3.2. Estrategias en materia de adicciones

A nivel estatal

Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024

La Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024⁴⁵ se configura como un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las Sociedades Científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas, creado en julio de 1985.

Como **objetivos generales**, la ENA plantea:

1. Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
2. Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
3. Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

El campo de actuación de la ENA 2017-2024 abarca **4 ejes** fundamentales: drogas legales (tabaco, alcohol), fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo, drogas ilegales (incluidas las nuevas sustancias psicoactivas) y adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y online), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías.

En este contexto, define **2 metas**, constituidas por distintas áreas de actuación:

1. Meta 1: Hacia una sociedad más saludable e informada, que plantea las siguientes áreas de actuación:
 - 1.1. Prevención y reducción del riesgo.
 - 1.2. Atención integral y multidisciplinar.
 - 1.3. Reducción de daños.
 - 1.4. Incorporación social.
2. Meta 2: Hacia una sociedad más segura, que define las siguientes áreas de actuación:
 - 2.1. Reducción y control de la oferta.
 - 2.2. Revisión normativa.
 - 2.3. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional.

Como **áreas transversales**, plantea:

- Coordinación.
- Gestión del conocimiento: sistemas de información, investigación y formación.
- Legislación.
- Cooperación internacional.
- Comunicación y difusión.
- Evaluación y calidad.

En relación con la **Psiquiatría y la Salud Mental**, la Estrategia define como objetivo mejorar la coordinación con la Atención Primaria de Salud y Salud Mental para detección de trastornos mentales e intervención temprana.

La Estrategia se llevará a cabo a través de dos Planes de Acción consecutivos, de periodicidad cuatrienal, de 2017 a 2020 y de 2021 a 2024. El Plan de Acción 2021-2024 fue aprobado en Conferencia Sectorial el 25 de enero de 2022⁴⁶, y su proceso de elaboración se enmarca en la estrategia europea sobre drogas y en la Estrategia Nacional vigente, en sus valores y principios. Define las acciones a desarrollar en el periodo 2021-2024 (un total de 46, con 135 actividades), junto con sus indicadores de seguimiento y cumplimiento, centrándose en la prevención y reducción de los daños asociados a sustancias⁴⁶. La situación actual se recoge en la Figura 8.

A nivel autonómico

La mayoría de CC. AA. disponen de Estrategias o Planes específicos en materia de Adicciones; además de otros documentos en este ámbito.

ASPECTOS CLAVE

En las Estrategias actualizadas, y en el contexto de la pandemia de la COVID-19, se observa una **tendencia a la inclusión de las adicciones sin sustancia y a la patología dual como ámbitos prioritarios a abordar.**

Figura 8. Planes y estrategias en materia de adicciones a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.



C. A.	Estrategia en Adicciones	Vigente	Estado
Andalucía	III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021)	Sí	
Aragón	III Plan de Adicciones 2018 – 2024	Sí	
I. Baleares	Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears (PADIB) (2007-2011)	No	
I. Canarias	IV Plan Canario sobre adicciones 2020-2024	Sí	
Cantabria	Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2014 – 2018	Sí	
Castilla-La Mancha	Plan Regional de Adicciones de Castilla-La Mancha 2022-2025	Sí	
Castilla y León	VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021	Sí	
Cataluña	Plan de Drogas y Adicciones Comportamentales 2019-2023	Sí	
C. Madrid	Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021	Sí	
C. F. Navarra	III Plan de Prevención Drogas y Adicciones 2018-2023	Sí	
C. Valenciana	III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana 2014 – 2015	No	
Extremadura	Plan de Adicciones Extremadura 2018-2023.	Sí	
Galicia	Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016	Sí	
Pais Vasco	VII Plan de Adicciones Euskadi (2017-2021)	Sí	
P. de Asturias	Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016	Sí	

C. A.	Estrategia en Adicciones	Vigente	Estado
R. de Murcia	Plan Regional sobre Adicciones 2021-2026	Sí	
La Rioja	Plan de prevención de adicciones 2018 – 2024.	Sí	

Fuente: Elaboración propia

3.3. Estrategias en materia de suicidio

A nivel estatal

En España no existe ningún plan o programa específico de prevención del suicidio.

En 2021 en España se alcanzó el mayor número de suicidios registrado, alcanzando un máximo histórico en los casos de suicidio infantil (menores de 15 años): 22 defunciones, frente a 14 en 2021. Además, 999 personas mayores de 70 años fallecieron también en 2021 por este motivo^{13,14}. Especialmente, se destaca el incremento de suicidios consumados e intentos de suicidio en niños y adolescentes a raíz de la pandemia.

La OECDE define, como enfoques eficaces para disminuir el número de fallecimientos por suicidio, un adecuado acceso a la atención de Salud Mental, la formación en prevención del suicidio para los profesionales sanitarios, la comunicación responsable en medios de comunicación y el desarrollo de campañas de sensibilización y contra el estigma. Algunos países de la UE incluyen la prevención del suicidio en sus políticas generales de Salud Mental, mientras que otros (como Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos y Suiza), tienen planes específicos para la prevención del suicidio¹⁵.

En este contexto, distintas entidades en España han manifestado la **importancia de desarrollar un programa o plan integral para la prevención y abordaje del suicidio** a nivel estatal:

- La Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental manifiesta la importancia de elaborar un plan nacional de prevención del suicidio, dado el incremento de suicidios consumados e intentos autolíticos, tanto en población infantil como en adultos.
- Desde la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME) se recomienda la elaboración de una Estrategia de Prevención del Suicidio en el Sistema Nacional de Salud, facilitando una propuesta con 5 objetivos y 30 acciones⁴⁷. Desde el Observatorio del Suicidio en España, se destaca la falta de planes o estrategias específicas de prevención del suicidio que puedan disminuir la mortalidad por esta causa, al igual que parece haber ocurrido con las políticas preventivas en materia de seguridad vial o violencia de género¹³.
- En esta misma línea, la Confederación Salud Mental España identifica como aspecto prioritario la elaboración de un Plan nacional de Prevención del Suicidio, ante la mayor vulnerabilidad de la Salud Mental de la población debido a la

pandemia, que abarque desde la formación de los profesionales sanitarios a la elaboración de campañas de sensibilización.⁴⁸

- La Asociación Española de Pediatría (AEP) destaca la relevancia de crear una estrategia unificada de prevención del suicidio en la población pediátrica, ante el incremento de casos de síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas en niños y adolescentes desde los últimos dos años de pandemia¹⁶.

En la nueva **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026**, la conducta suicida se incluye como un problema de salud pública. Consecuentemente, y como se indicaba anteriormente, una de sus líneas estratégicas está dirigida a la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, definiendo los siguientes objetivos específicos:

- Sensibilizar, concienciar y mejorar la información a la población general a través de acciones de sensibilización, concienciación e información promovidas por instituciones públicas, medios de comunicación y entidades sociales dedicadas a la causa.
- Detectar precozmente y prevenir el riesgo suicida.
- Promover la elaboración de procesos asistenciales integrados de atención a las personas con riesgo suicida.
- Apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre supervivientes de tentativa de suicidio y personas con ideaciones suicidas.
- Apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre familiares en la comunidad para personas en duelo por suicidio.
- Establecer asesoramiento y apoyo a los profesionales que han sufrido un suicidio en su ámbito de trabajo.
- Facilitar y promover el acceso directo para los adolescentes con problemas de Salud Mental que desarrollen programas específicos para aquellos que manifiesten ideación suicida.
- Desarrollar una red de atención telefónica eficiente, coordinada e integrada para mejorar el abordaje a la persona con riesgo suicida.

Además, se incluyen recomendaciones en este ámbito, fundamentalmente dirigidas a la continuidad de cuidados, la coordinación intersectorial, la formación de los profesionales, la disminución del estigma y la prevención en el ámbito escolar.

Actualmente, en España, pese a que no se dispone de una Estrategia integral a nivel estatal para la prevención y abordaje de la conducta suicida, se cuenta con distintas iniciativas o recursos en este ámbito, tales como:

- El Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha la **Línea 024 de atención a la conducta suicida**⁴⁹, que se basa en la contención emocional por medio de la escucha activa, la recomendación de contacto con los servicios sanitarios del SNS o la derivación al 112 en situación de emergencia.
- **Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida**⁵⁰, revisada en septiembre de 2020, que incluye los siguientes ámbitos de actuación:

- Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida.
 - Evaluación y manejo de la ideación y conductas suicidas en Atención primaria.
 - Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias.
 - Tratamiento de la conducta suicida en Atención Especializada (Salud Mental).
 - Medidas generales de prevención de la conducta suicida.
 - El cribado del riesgo de suicidio.
 - La conducta suicida en grupos de riesgo.
 - Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio.
 - Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España.
 - Estrategias diagnósticas y terapéuticas.
- Se está llevando a cabo el **Consortio SURVIVE⁵¹**, formado por profesionales de la Salud Mental y personal investigador de distintos hospitales, universidades y centros de investigación de España, con el objetivo de estudiar la conducta suicida y desarrollar programas eficaces de prevención y tratamiento. Este proyecto cuenta con financiación del ISCIII. El Consorcio SURVIVE incluye la realización de un ensayo clínico pionero en España, liderado por ocho hospitales del SNS, para diseñar el primer plan para prevenir y reducir el intento de suicidio en adolescentes de 13 a 18 años.

A nivel autonómico

A falta de un marco o plan estratégico estatal, las CC. AA. han desarrollado diferentes documentos, iniciativas y planes, heterogéneas en su grado de implantación. El desarrollo de Estrategias y Planes relativos a la prevención del suicidio se recogen en la Figura 9.

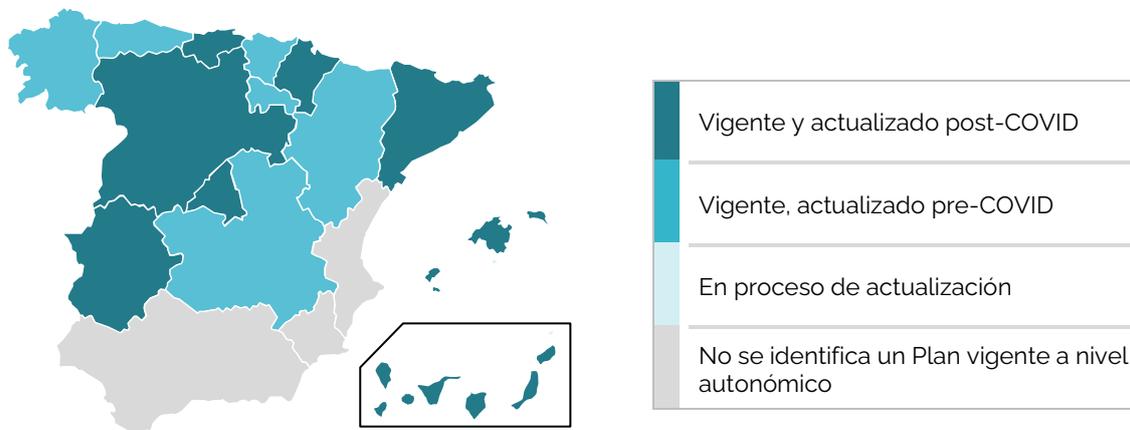
La mayoría de las CC. AA. disponen de Estrategias o Planes específicos vigentes en materia de suicidio; además de otros **documentos en este ámbito**

ASPECTOS CLAVE

En las Estrategias actualizadas, y en el contexto de la pandemia de la COVID-19, se observa una **tendencia** a la **prevención y abordaje de la conducta suicida en el ámbito infanto-juvenil y en el educativo** como uno de los aspectos prioritarios a desarrollar, así como la implementación del **Código Suicidio**.

Además de las estrategias desarrolladas a nivel autonómico, todas las CC. AA. han desarrollado otros protocolos y documentos en relación con la conducta suicida, generalmente de manera multidisciplinar entre los principales agentes implicados.

Figura 9. Planes y estrategias en materia de suicidio a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.



C. A.	Estrategia en Suicidio	Vigente	Estado
Andalucía	Se prevé el futuro desarrollo de una Estrategia autonómica en Intervención del Suicidio.	-	
Aragón	Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón. Documento Marco 2020 (ExPreSA)	Sí	
I. Baleares	Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida de las Islas Baleares (2022).	Sí	
I. Canarias	Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias. 2021.	Sí	
Cantabria	Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS) de Santander	Sí	
C. La Mancha	Guía para la prevención de la conducta suicida 2020.	Sí	
Castilla y León	Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.	Sí	
Cataluña	Plan de prevención del suicidio de Cataluña 2021-2025	Sí	
C. Madrid	Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid 2022 - 2026	Sí	
C. F. Navarra	Plan de Atención a las personas con conductas suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra. 2021.	Sí	
C. Valenciana	Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida (2017-2019)	No	

C. A.	Estrategia en Suicidio	Vigente	Estado
Extremadura	II Plan de Acción para la prevención y abordaje de las conductas suicidas en Extremadura (2021)	Sí	
Galicia	Plan de prevención del suicidio en Galicia. 2017	Sí	
País Vasco	Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (2019)	Sí	
P. de Asturias	Protocolo de detección y manejo en caso de personas con riesgo de suicidio 2018 - 2021	Sí	
R. de Murcia	La prevención del suicidio es una de las líneas estratégicas del Programa de Acción 2021-2025.	-	
La Rioja	Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja 2018	Sí	

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Estrategias en materia de humanización

A nivel estatal

Al igual que ocurre con el ámbito del suicidio, **no se dispone de una Estrategia a nivel estatal para la humanización de la asistencia sanitaria en SNS.**

Si bien, la humanización es un aspecto transversal en las Estrategias y Planes estatales desarrollados, en ámbitos como la desestigmatización, el fomento de la participación del paciente, la atención basada en la recuperación, la atención comunitaria, la valoración de las necesidades biopsicosociales, etc. Se considera clave que la humanización sea un elemento troncal en todas las estrategias y planes.

En este contexto, la Fundación Humans elaboró el documento "Humanización en Salud Mental"⁵², que analiza las estrategias de Salud Mental vigentes en las diferentes CC. AA., para extraer puntos clave comunes y prioritarios a la hora de diseñar e implementar una estrategia común y homogénea de Salud Mental de calidad y sostenible, que proporcione los recursos necesarios y más adecuados para la promoción de la recuperación de las personas con problemas de Salud Mental. Este documento identifica la necesidad de establecer una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social a los retos relativos a la humanización del área de Salud Mental, prestando especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación de las personas con problemas de Salud Mental y apoyo a los cuidadores.

A nivel autonómico

A nivel autonómico, se identifican esfuerzos orientados a la humanización de la atención de las personas con problemas de Salud Mental y cuidadores en el ámbito de la Salud Mental (Fig. 10).

Siete de las CC. AA. disponen de Estrategias o Planes específicos vigentes en materia de Humanización; además de otros documentos y protocolos en este ámbito.

ASPECTOS CLAVE

En este ámbito, se identifica una tendencia a la **priorización de la humanización de la asistencia en Salud Mental**, incluyéndose medidas dirigidas, fundamentalmente, a la **atención centrada en la persona**:

- Aumento de la **participación de pacientes y familiares**.
- Desarrollo de **espacios amables** que respondan a las necesidades de las personas, incluyendo hospitalización y ambulatorios.
- Fomento de la **atención asertivo – comunitaria**.
- Medidas de **concienciación y sensibilización**, para reducir el estigma y la discriminación.
- **Reducción de medidas coercitivas**.
- Iniciativas para la **defensa de los derechos humanos en Salud Mental**.
- Reforzar la **atención y humanización de los cuidados en poblaciones especialmente vulnerables**.
- Fomento de la figura del **Paciente Experto o usuario en primera persona**.

Figura 10. Planes y estrategias en materia de humanización a nivel autonómico. Vigencia y proceso de actualización.



C. A.	Estrategia en Humanización	Vigente	Estado
Andalucía	La humanización de la asistencia a la Salud Mental se lleva a cabo de manera transversal con el resto de las especialidades.	-	
Aragón	En el nuevo Plan de Salud Mental 2022-2025, se ha definido una línea de actuación específica de Humanización.	-	
I. Baleares	Plan Estratégico de Humanización (2022-2027)	Sí	
I. Canarias	Plan de Humanización de los Servicios Sanitarios de Canarias (2007)	Sí	
Cantabria	La humanización es uno de los valores principales del nuevo Plan de Salud Mental 2022-2026 de Cantabria.	-	
Castilla-La Mancha	Plan de Humanización del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha	Sí	
Castilla y León	Plan de Humanización de Salud Mental	En proceso	
	Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti (2021)	Sí	
Cataluña	Se prevé la creación de un Grupo de Trabajo de Humanización en Salud Mental.	-	
C. Madrid	II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025	Sí	
C. F. Navarra	Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra 2017	Sí	
C. Valenciana	Plan de humanización de la Atención Sanitaria de la Comunidad Valenciana 2000.	No	
Extremadura	Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013	No	
Galicia	Estrategia de Humanización de la Asistencia Sanitaria "Preto de Ti	Sí	
País Vasco	Humanización. Recomendaciones del Consejo Asesor de Salud Mental (2019).	Sí	
P. de Asturias	En proceso de elaboración el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias.	-	
R. de Murcia	La prevención del suicidio es una de las líneas estratégicas del Programa de Acción 2021-2025.	-	
La Rioja	La humanización es un aspecto transversal en el IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2021-2025.	-	

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Otros protocolos y documentos de interés

Las CC. AA. disponen de otros protocolos y documentos de interés a nivel autonómico, desarrollados en los últimos años con el objetivo de mejorar la atención a los pacientes con trastornos de la Salud Mental.

ASPECTOS CLAVE

En el desarrollo de protocolos, destaca la **tendencia hacia un mayor peso** de los **Procesos de Atención Integral / Procesos Asistenciales Integrados** y los **Protocolos de Acción Conjunta / Protocolos de Coordinación** entre diferentes agentes y los Servicios de Salud Mental (ej. Servicios Sociales, Atención Primaria, Educación, etc.).

4. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

En España, el modelo de atención a las personas con trastorno mental se basa en la orientación comunitaria y en la recuperación centrada en el paciente.

Si bien, los modelos asistenciales y de estructuración de la atención a la Salud Mental pueden **diferir según la C. Autónoma**, en función de:

- Consejería u órgano de organización sanitaria del que dependa la gestión de dispositivos de atención a la Salud Mental (incluyendo sanitarios, de apoyo social y atención a las adicciones).
- Figuras autonómicas específicas para la coordinación de la atención a la Salud Mental.
- Niveles en los que se estructure la atención a la Salud Mental y circuitos de derivación establecidos.
- Disponibilidad de recursos y líneas estratégicas, grado de desarrollo de los dispositivos de Salud Mental, asistencia privada y mecanismos de concierto definidos, etc.

En este apartado, se analiza la organización de la Psiquiatría a nivel asistencial en las distintas CC. AA., abarcando aspectos a nivel de gestión y de la organización de los dispositivos asistenciales presentes en cada Comunidad Autónoma.

En los últimos años, la organización y coordinación del sistema de atención de la Salud Mental es una de las iniciativas más relevantes incluidas en las estrategias y políticas en este ámbito.

4.1. Responsables autonómicos en materia de Salud Mental

En las diferentes CC. AA., se dispone, de manera general, de figuras o estructuras específicas que coordinan todas las áreas de la red de atención a la Salud Mental.

Además, entre otras funciones, son responsables de abordar y evaluar las estrategias en Salud Mental, garantizar la coordinación con otras organizaciones o departamentos implicados en la asistencia a la Salud Mental y promover la difusión y participación de la ciudadanía. La naturaleza jurídica y dependencia de estas figuras o estructuras de coordinación en Salud Mental es variable según la Comunidad Autónoma (Tabla 5).

Las CC. AA. disponen de figuras para la coordinación de la atención de la Salud Mental a nivel autonómico.

Tabla 5. Responsables autonómicos en materia de Salud Mental.

C. A.	Figura de coordinación
Andalucía	Coordinadores del del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA), de la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo (Consejería de Salud y Consumo)
Aragón	Unidad de Coordinación Autonómica de Salud Mental, adscrita a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Departamento de Sanidad).
I. Baleares	Coordinación Autonómica de Salud Mental de las Islas Baleares, dependiente de la Dirección de Asistencia Sanitaria (Consejería de Salud y Consumo).
I. Canarias	Servicio de Salud Mental, de la Dirección General de Programas Asistenciales (Servicio Canario de Salud).
Cantabria	Coordinación del Plan de Salud Mental de Cantabria, de la Consejería de Sanidad - Servicio Cántabro de Salud
Castilla-La Mancha	Coordinación Regional de Salud Mental, departamento funcional dependiente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Consejería de Sanidad)
Castilla y León	Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización (Gerencia Regional de Salud).
Cataluña	Dirección del Plan Director de Salud Mental y Adicciones, de la Dirección General de Planificación en Salud (Departamento de Salud).
C. Madrid	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento (Consejería de Sanidad).
C. F. Navarra	Gerencia de Salud Mental de Navarra, del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.
C. Valenciana	Oficina de Salut Mental, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Extremadura	Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Servicio Extremeño de Salud).
Galicia	Servicio de Salud Mental, de la Subdirección General de Atención Primaria (Consejería de Sanidad)
País Vasco	El Director de Atención Sociosanitaria del País Vasco (Departamento de Salud (actúa como coordinador de la atención sociosanitaria y de Salud Mental en Euskadi).
P. de Asturias	Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental, de la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria (Servicio de Salud).
R. de Murcia	Gerencia de Salud Mental, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Consejería de Salud).
La Rioja	En el IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2021-2025 está prevista la creación y desarrollo de una figura de coordinación en el ámbito de la Salud mental y una estructura técnica y de gestión dependiente y adscrita a la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Riojano de Salud.

Fuente: Elaboración propia

4.2. Coordinación sociosanitaria. Servicios Sociales y Salud Mental.

La coordinación entre servicios sanitarios y sociales es un elemento clave en la atención a las personas que padecen trastornos mentales. El proceso de evolución hacia una atención comunitaria con objetivos de recuperación hace necesario esa coordinación intersectorial, como un pilar básico de una atención holística orientada al paciente que valore todas sus necesidades⁵³.

Los mecanismos establecidos para la coordinación sociosanitaria son variables entre las distintas CC. AA., en función de la organización asistencial y estructural y de la Consejería o Dirección General de la que dependan tanto Servicios Sociales como Salud Mental.

A nivel autonómico, se está trabajando en la coordinación entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales, para garantizar la continuidad asistencial, la accesibilidad y la equidad en el caso de que se requiera una intervención coordinada entre el ámbito social y sanitario.

Los **recursos** de coordinación sociosanitaria más comunes desarrollados por las CC. AA. engloban:

- Planes y Estrategias de coordinación sociosanitaria.
- Estructuras formalizadas de coordinación (Comisiones interdepartamentales, Grupos de Trabajo, reuniones periódicas).

4.3. Integración de la Red de Drogodependencias con la Red de Salud Mental

La coexistencia de trastornos adictivos y psiquiátricos define una población de pacientes clínicamente compleja y heterogénea, tradicionalmente asociada a peores resultados en salud y a mayores costes⁵⁴⁻⁵⁶. Estos pacientes requieren una evaluación, diagnóstico y tratamiento específicos, de acuerdo con las guías de práctica clínica establecidas, a través de un enfoque biopsicosocial en el que se valoren de forma holística las necesidades de este perfil de pacientes.

Se considera clave que el abordaje de estos pacientes sea realizado por profesionales, equipos y programas especializados en trastornos de la Salud Mental y conductas adictivas, promoviendo un abordaje individualizado y la continuidad en la atención, así como la integración de la historia clínica del paciente⁵⁴.

Diferentes estudios respaldan la eficacia, coste-efectividad y mejora de los resultados clínicos al establecer un modelo integrado de atención a las personas que padecen trastorno mental y de la conducta adictiva, incluyendo adolescentes. La atención integrada de la Salud Mental y los trastornos adictivos se asocia a una menor incidencia de episodios agudos e ingresos, a un mayor cumplimiento terapéutico, a una disminución del consumo de sustancias y a una mayor remisión, así como a mayores niveles de satisfacción con respecto a la atención recibida y a una mayor coherencia general del abordaje global del paciente⁵⁵⁻⁶².

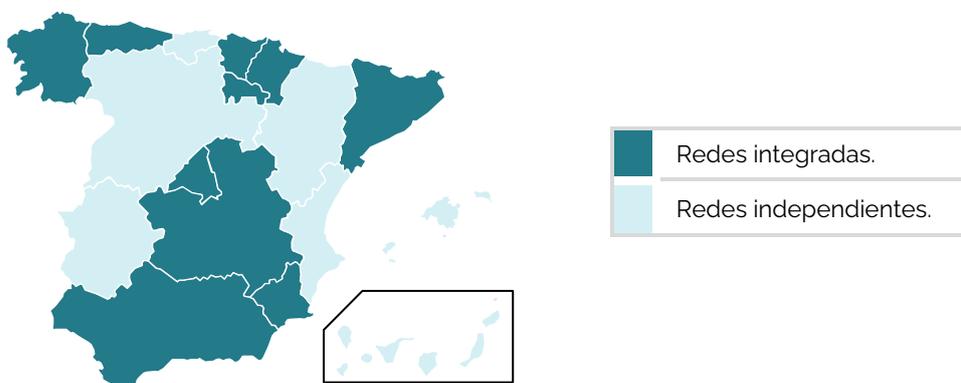
La atención a las adicciones y Salud Mental requiere de un modelo de atención integrado, coordinado y continuado, capaz de mejorar la capacidad de los sistemas sanitarios de abordar las necesidades de estos pacientes de manera eficiente. A pesar de ello, la implementación de un abordaje integrado ha sido heterogénea y lenta a nivel global.

En **España**, se ha detectado variabilidad en cuanto a la integración y coordinación de la Red de Salud Mental y la Red de Drogodependencias, ya que depende de factores relacionados con la macrogestión (organización estructural y funciones de las estructuras con competencias en este ámbito), con la organización asistencial de cada Comunidad y con la disponibilidad de recursos, tanto humanos como de infraestructuras. De esta manera, la integración eficaz de ambas redes puede ser compleja y heterogénea en la práctica real.

- **A nivel autonómico, la integración de la Red de Drogodependencias y de la Red de Salud Mental es variable en las CC. AA., en función de la organización estructural, asistencial y competencial definida** (Fig. 11).
- En general, se observa una **tendencia a la integración de ambas redes**.

En algunas CC. AA., a pesar de disponer un modelo de integración teórico, se detecta amplio margen de mejora en la convergencia real y efectiva de la Red de Salud Mental y la Red de Drogodependencias, identificándose la necesidad de seguir avanzando en la implementación de servicios integrados para mejorar los resultados en salud de los pacientes.

Figura 11. Integración de la Red de Drogodependencias con la Red de Salud Mental.



Fuente: Elaboración propia. Nota: En Galicia, la integración de ambas redes es funcional.

5. FORMACIÓN Y DOCENCIA

La formación y docencia en Psiquiatría es un aspecto clave para el desarrollo de la especialidad y sus competencias, así como para asegurar el relevo generacional de los especialistas y poder seguir ofreciendo una atención de calidad a la población.

Se ha realizado una revisión de la situación actual de la formación en Psiquiatría, incluyendo el contexto internacional y estatal, la evolución de plazas de residencia ofertadas y diferentes aspectos relativos a la actividad docente y a la contratación y formación de los especialistas.

5.1. Contexto internacional

En Europa, existe variabilidad en los diferentes países en cuanto a la formación y especialidad en Psiquiatría, tanto en términos de contenido y duración de la formación como en las competencias, acceso y reconocimiento⁶³⁻⁶⁷.

Actualmente, la formación en Psiquiatría tiene una distribución heterogénea si se analiza la oferta formativa entre países. Por ejemplo, según se observó en un estudio realizado en 2021 en distintos países de la UE, únicamente el 40% indicó realizar una rotación de un mes en la asistencia a drogodependencias y abuso de sustancias, y un 15% en psicogeriatría⁶⁵. En otro análisis desarrollado en 2019, se observó una duración mínima de la formación en la UE entre 4 – 7 años, identificándose diferencias en el contenido (por ejemplo, en la posición de la psicoterapia)⁶⁶.

Además, la Psiquiatría es una especialidad compleja, con múltiples posibilidades de subespecialización y capacitación, cuya acreditación es variable en función de la región (ej. Psiquiatría de adultos, Psiquiatría social y comunitaria, Psicogeriatría, Psiquiatría Infanto-Juvenil, Psiquiatría de enlace, Psiquiatría forense, Psiquiatría de adicciones, Psicoterapia, Trastornos Adictivos, Neuropsiquiatría, Discapacidad Intelectual, Perinatal, etc.)^{68,69}.

La brecha existente entre el número de psiquiatras, sus responsabilidades y funciones, junto con la creciente carga de los trastornos de la Salud Mental en Europa, ha consolidado la necesidad de promover una armonización de la especialidad entre los distintos países europeos, con objeto de reafirmar una identidad unificada de la Psiquiatría^{65,70}.

En este sentido, a nivel europeo, se han identificado conceptos básicos que describen el papel y los valores de la Psiquiatría en el siglo XXI⁷⁰.

5.2. A nivel estatal

En España, la especialidad de Psiquiatría se rige por lo establecido en el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría, que define, entre otros aspectos, su perfil profesional, ámbito de actuación (Tabla 4) y programas formativos.

La especialidad de Psiquiatría tiene, según lo definido en el Real Decreto, una duración mínima de cinco años, compartiendo las competencias a adquirir durante los dos primeros años de formación con la nueva especialidad Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Plazas de FSE de la especialidad de Psiquiatría

En los últimos 9 años (desde la convocatoria 2014 - 2015 a la convocatoria 2022 - 2023), el **número de plazas en formación en la especialidad de Psiquiatría** ha aumentado un 40,5%, con un promedio de 256 plazas MIR en el periodo 2015 - 2021.

El mayor crecimiento de plazas ofertadas se observa en la convocatoria 2019 - 2020, siendo el número de plazas un 9,3% mayor que en la convocatoria anterior (Fig. 12).

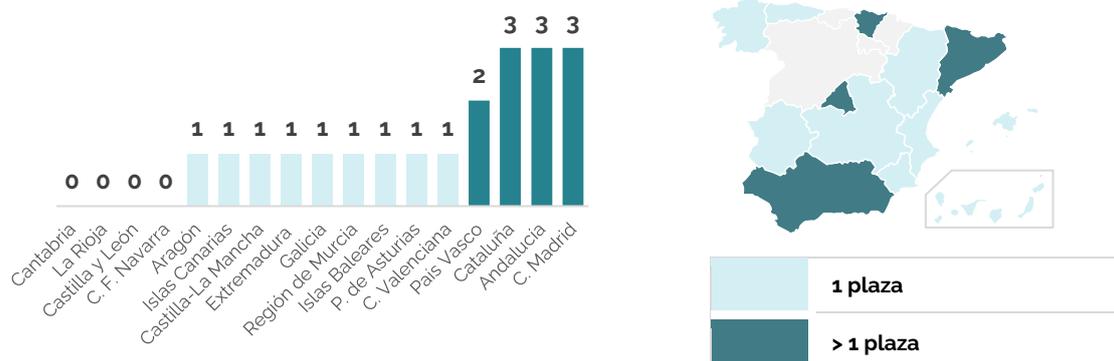
Figura 12. Psiquiatría: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación, por convocatoria.



Fuente: Boletín Oficial del Estado⁷¹, Orden SND/840/2022, de 26 de agosto⁷². Nota: En la convocatoria 2022 - 2023, el dato indicado se corresponde con las plazas ofertadas y financiadas, según la Orden SND/840/2022.

La convocatoria 2022 - 2023 es la primera en la que se ofertan y financian plazas de **Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** (un total de 20), distribuidas en trece CC. AA. (Fig. 13).

Figura 13. Número de plazas ofertadas y financiadas de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, por Comunidad Autónoma (arriba) y hospital (abajo).



Comunidad Autónoma	Hospital
Aragón	Hospital Royo Villanova
Islas Canarias	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil
Castilla-La Mancha	Hospital General Universitario de Ciudad Real
Extremadura	Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
Galicia	Hospital Clínico Universitario de Santiago
Región de Murcia	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Islas Baleares	Hospital Universitario Son Espases
Principado de Asturias	Hospital Universitario Central de Asturias
Comunidad Valenciana	Consortio Hospitalario Provincial de Castellón
Cataluña	Corporación Sanitària Parc Taulí Parc Sanitari Sant Joan de Déu Hospital Clínic de Barcelona
País Vasco	Hospital Universitario Cruces de Araba Hospital Universitario Basurto
Andalucía	Hospital Regional Universitario de Málaga Hospital Universitario Virgen del Rocío Hospital Universitario Virgen Macarena
Comunidad de Madrid	Hospital Universitario Clínico San Carlos Hospital General Universitario Gregorio Marañón Hospital Universitario Puerta de Hierro

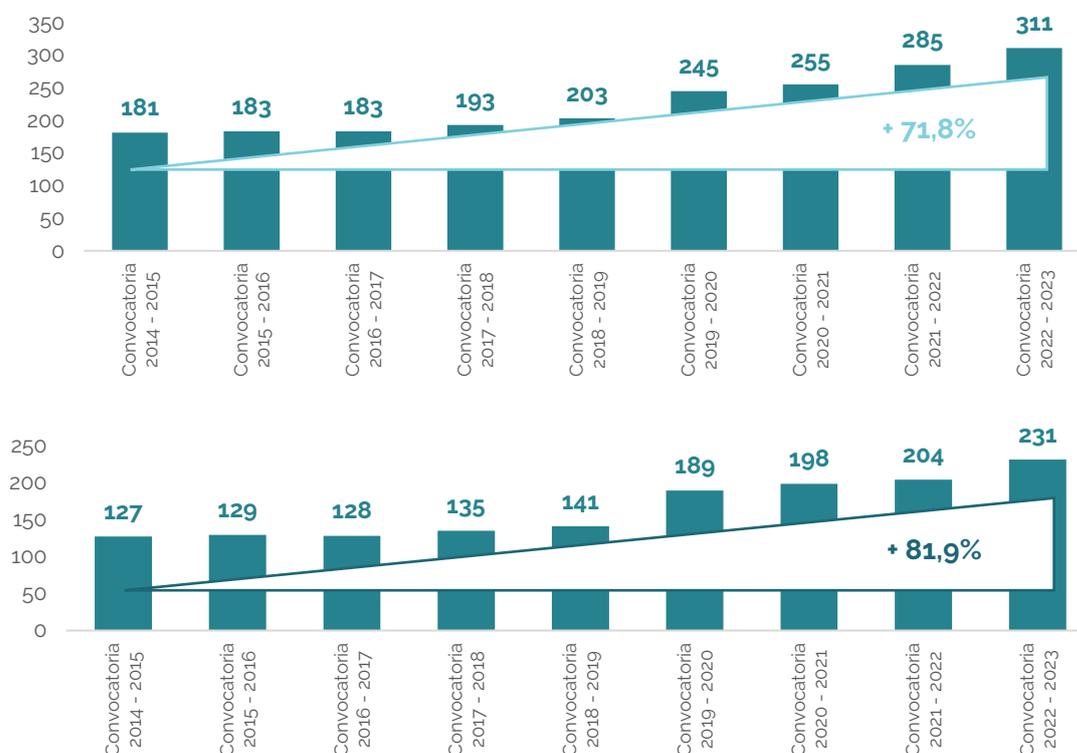
Fuente: Orden SND/840/2022, de 26 de agosto⁷².

Además, en Psiquiatría, han ido apareciendo **otras áreas de conocimiento** con su propio campo de desarrollo, que requieren su abordaje en la formación, entre ellas: psicoterapia, neuropsicología, abuso de sustancias, psicogeriatría, etc. Para el desarrollo de competencias especializadas en la atención a la Salud Mental, resulta prioritario reforzar la cualificación profesional en este ámbito, así como la categorización de los puestos de trabajo⁴¹.

Plazas de especialidad: Enfermería de Salud Mental y Psicología Clínica

En los últimos 9 años (desde la convocatoria 2014 - 2015 a la convocatoria 2022 -2023), el **número de plazas en formación en Enfermería de Salud Mental** ha aumentado un 71,8% (Fig. 14, arriba). En **Psicología Clínica**, este incremento es del 81,9% (Fig. 14, abajo).

Figura 14. Enfermería de Salud Menta (arriba) y Psicología Clínica (abajo): Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación, por convocatoria.



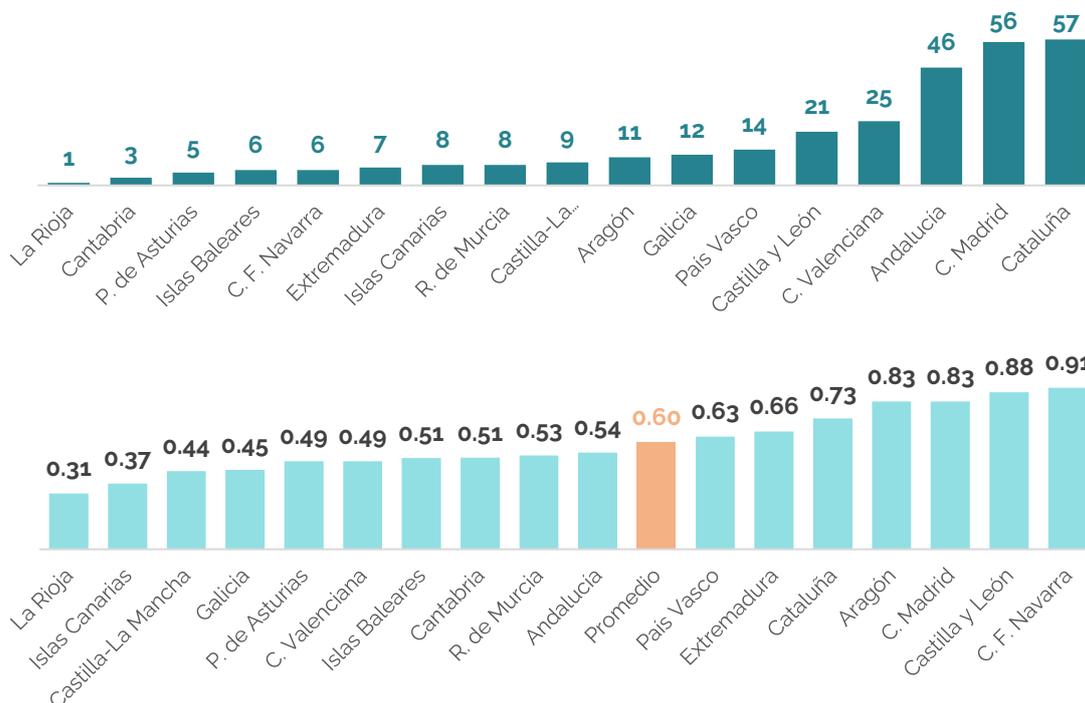
Fuente: Boletín Oficial del Estado⁷¹, Orden SND/840/2022, de 26 de agosto⁷². Nota: En la convocatoria 2022 - 2023, el dato indicado se corresponde con las plazas ofertadas y financiadas, según la Orden SND/840/2022.

5.3. A nivel autonómico

Plazas de especialidad: Psiquiatría

En la **especialidad de Psiquiatría**, la **C. F. de Navarra, Castilla y León y la Comunidad de Madrid** son las **CC. AA. con mayor número máximo de plazas en formación ofertadas por cada 100.000 habitantes** en la convocatoria 2021-2022.

Figura 15. Psiquiatría: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación (arriba) y por cada 100.000 habitantes (abajo) en 2021, por Comunidad Autónoma.



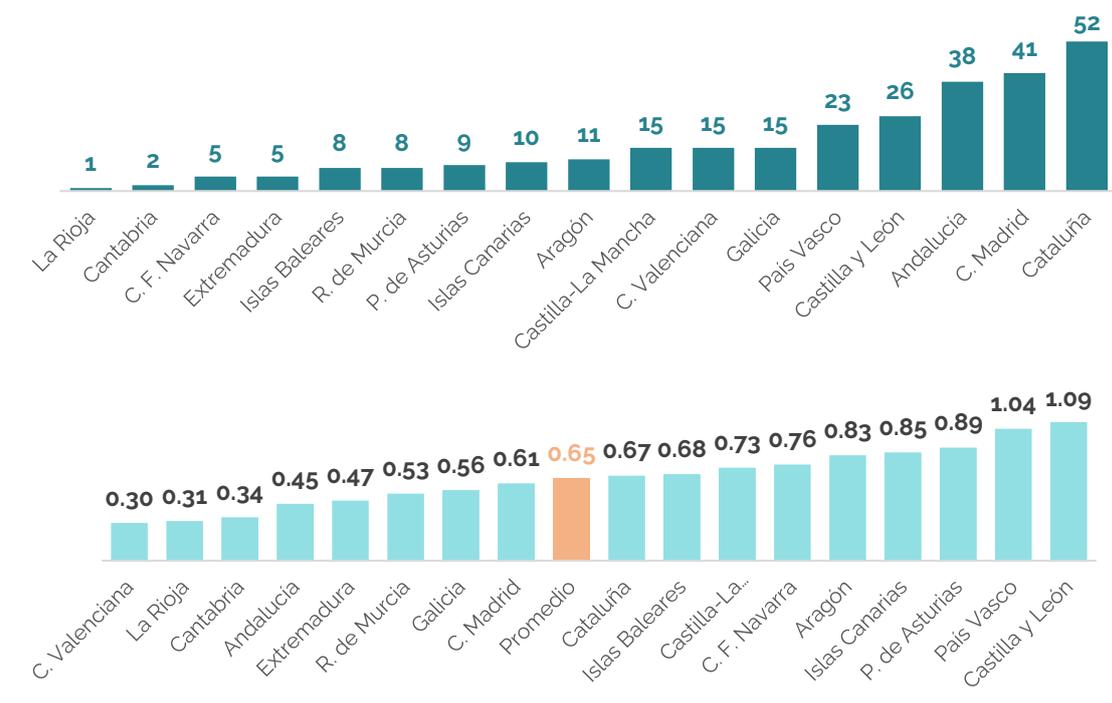
Fuente: Boletín Oficial del Estado⁷¹ e INE. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Total 2021⁷³.

Plazas de especialidad: Enfermería de Salud Mental y Psicología Clínica

- En **Enfermería de Salud Mental**, Castilla y León, País Vasco y P. de Asturias son las CC. AA. con mayor número máximo de plazas en formación ofertadas por cada 100.000 habitantes en la convocatoria 2021-2022.
- En **Psicología Clínica**, son la C. F. de Navarra, el P. de Asturias y Cataluña.

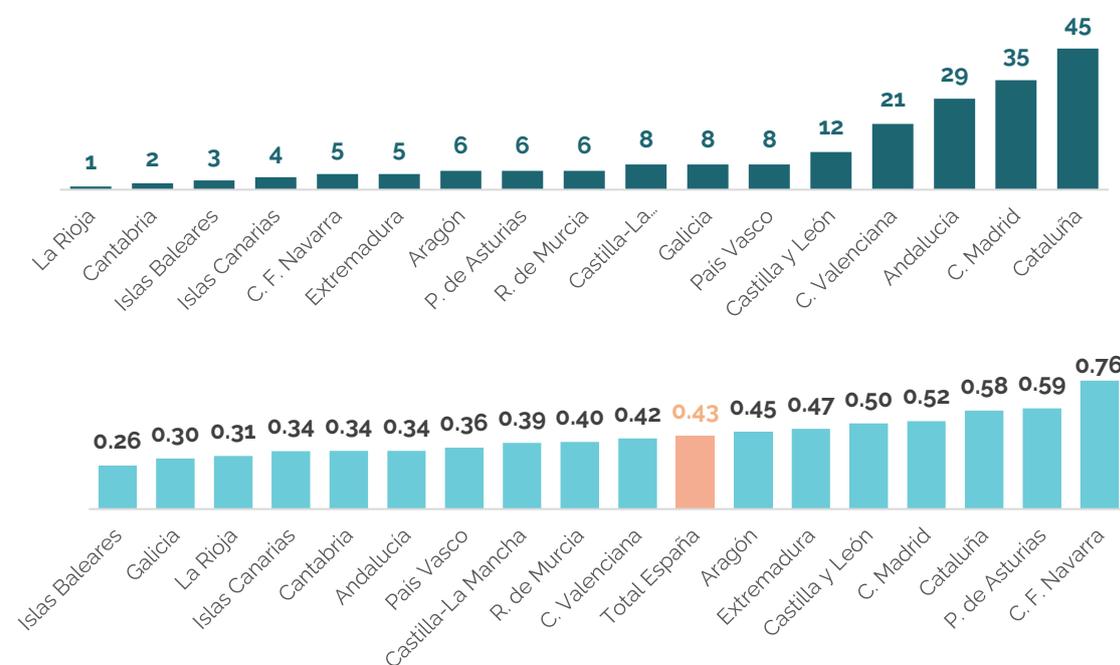
El número y ratio de plazas en formación en Enfermería de Salud Mental y Psicología Clínica se indican en las figuras 16 y 17, respectivamente.

Figura 16. Enfermería de Salud Mental: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación (arriba) y por cada 100.000 habitantes (abajo) en 2021, por Comunidad Autónoma.



Fuente: Boletín Oficial del Estado⁷¹ e INE. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Total 2021⁷³.

Figura 17. Psicología Clínica: Evolución del número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación (arriba) y por cada 100.000 habitantes (abajo) en 2021, por Comunidad Autónoma.



Fuente: Boletín Oficial del Estado⁷¹ e INE. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Total 2021⁷³.

Unidades Docentes Multiprofesionales

Las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) de Salud Mental y los requisitos para su acreditación fueron aprobados por Resolución conjunta de los Ministerios de Educación y Sanidad y Política Social, de 4 de mayo de 2010. Estas Unidades son responsables de la formación continuada de las enfermeras especialistas en Salud Mental, de los psicólogos clínicos y de los psiquiatras.

Según se establece, la UDM de Salud Mental debe contar, como **mínimo**, con los siguientes dispositivos:

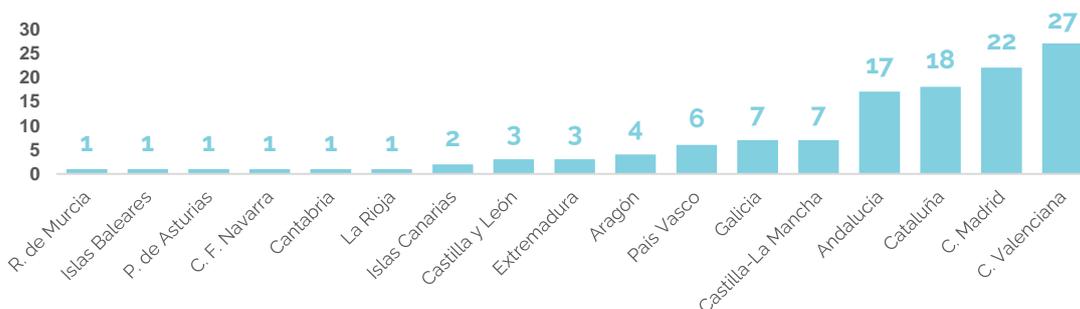
- Unidad/Centro/Equipo de Salud Mental Comunitario.
- Unidad de Hospitalización breve.
- Unidad de Rehabilitación de Media y/o Larga estancia.
- Centro de día/Unidad de Rehabilitación Comunitaria.
- Unidad/Centro/Equipo/Programa de Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Unidad/Centro/Equipo/Programa de Salud Mental de personas de edad avanzada.
- Unidad/Centro/Equipo/Programa para la atención a las adicciones.

La acreditación de las Unidades Docentes debe responder a las necesidades formativas reales y actualizadas de los profesionales⁴¹.

Según el Real Decreto de creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, la formación de esta nueva especialidad se realizará en las UDM de Salud Mental³³. A mediados de 2022, comenzó la **acreditación**, por vía rápida, de las unidades docentes necesarias para poder ofertar la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en la convocatoria de formación especializada de 2023, habiéndose definido unos requisitos mínimos⁷⁴.

Todas las CC. AA. cuentan con, al menos, una Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, que integra a residentes de Psiquiatría, Enfermería de Salud Mental y Psicología Clínica.

Figura 18. Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental, por Comunidad Autónoma.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información proporcionada por los responsables autonómicos.

Oferta Pública de Empleo. Plazas de Psiquiatría Adultos e Infanto-Juvenil

En la mayoría de las CC. AA, actualmente las plazas de Psiquiatría no están diferenciadas en Adultos e Infanto-Juvenil en las Ofertas Públicas de Empleo (OPE). Globalmente, se prevé la diferenciación de las plazas de Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia a partir de 2023.

En las diferentes especialidades del ámbito de la Salud Mental, según lo indicado en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026, se debe reforzar la cualificación profesional y la categorización de los puestos de trabajo⁴¹.

En algunas CC. AA, las plazas de Psiquiatría Infanto-Juvenil están diferenciadas en plantilla orgánica, o son los propios de equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil quienes definen y perfilan sus plazas. Además, es habitual valorar la experiencia en la contratación de profesionales en el ámbito Infanto-Juvenil.

Iniciativas autonómicas de contratación y formación

En las CC. AA. se están llevando a cabo iniciativas autonómicas para fomentar la atracción y estabilización de psiquiatras en la red pública, a través de diferentes instrumentos. En ocasiones, las contrataciones de profesionales están asociadas a la creación de nuevos recursos y dispositivos.

En algunas CC. AA. se destacan las **dificultades** existentes en la atracción y fidelización de especialistas, especialmente en los núcleos urbanos periféricos y de menor tamaño.

Algunas de las **iniciativas autonómicas de contratación y estabilización** identificadas son:

- Programa de fidelización de los residentes de Psiquiatría (ej. Contratación de todos los residentes de Psiquiatría que finalizan su período formativo).
- Estabilización de plazas y consolidación de las plazas de nueva creación (incluyendo contratos COVID).
- Contratación de especialistas de Psiquiatría y/o de otros profesionales de Salud Mental (ej. Enfermería, Psicología Clínica, Terapia Ocupacional, etc.) asociado a la creación de recursos.
- Ampliación de plazas / Incremento de la plantilla.
- Legislación específica para impulsar la incorporación de personal a puestos de difícil cobertura, incluyendo Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental.

6. RECURSOS HUMANOS EN PSIQUIATRÍA

La actualización del censo de psiquiatras, las ratios por población y actividad y la estimación de necesidades es uno de los objetivos prioritarios que se ha querido abordar con la elaboración de este Libro Blanco. Así, en este apartado se analiza el contexto internacional y los recursos humanos de Psiquiatría disponibles a nivel estatal y autonómico.

6.1. Contexto y comparación internacional

El Atlas de Salud Mental 2020 de la OMS⁴¹ detalla la fuerza laboral de los profesionales de Salud Mental de las distintas regiones, incluyendo psiquiatras, psiquiatras de infanto-juvenil, otros especialistas médicos, enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y otros trabajadores del ámbito de la Salud Mental.

En la **región europea de la OMS**, se observó una mediana de 44,8 trabajadores de Salud Mental por cada 100.000 habitantes. En los países de altos ingresos[†], la mediana de trabajadores de Salud Mental se situó en 62,2. En general, la distribución de las diferentes categorías de personal fue coherente en todas las regiones y grupos de ingresos: enfermería de Salud Mental representaba el grupo más numeroso (44% de la fuerza laboral global de Salud Mental), seguido de psiquiatras y psicólogos.

En cuanto a **especialistas en Psiquiatría**, en la región europea de la OMS se observa una mediana de psiquiatras por cada 100.000 habitantes de 9,7 (Tabla 6), significativamente superior a las observadas en el resto de las regiones de la OMS. Por niveles de ingresos, los países de altos ingresos presentan una mediana de 8,6 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. En **España**, la ratio de psiquiatras se definió en 8,61 psiquiatras por cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la **psiquiatría infanto-juvenil**, en el mismo informe se indica una mediana de 3,4 psiquiatras de infanto-juvenil por cada 100.000 habitantes en la región europea de la OMS. Por nivel de ingresos, esta mediana es del 5,5 en países de altos ingresos (Tabla 6). Así, en contraste con la creciente prevalencia de los trastornos mentales entre la población infanto-juvenil, el número de psiquiatras de niños y adolescentes se mantiene en valores bastante limitados⁷⁵.

⁴¹ En este informe, se define como "psiquiatra" a aquel médico especialista con al menos dos años de formación postgrado en Psiquiatría, lo que podría incluir cualquier subespecialidad de la Psiquiatría.

[†] Según la clasificación del Banco Mundial.

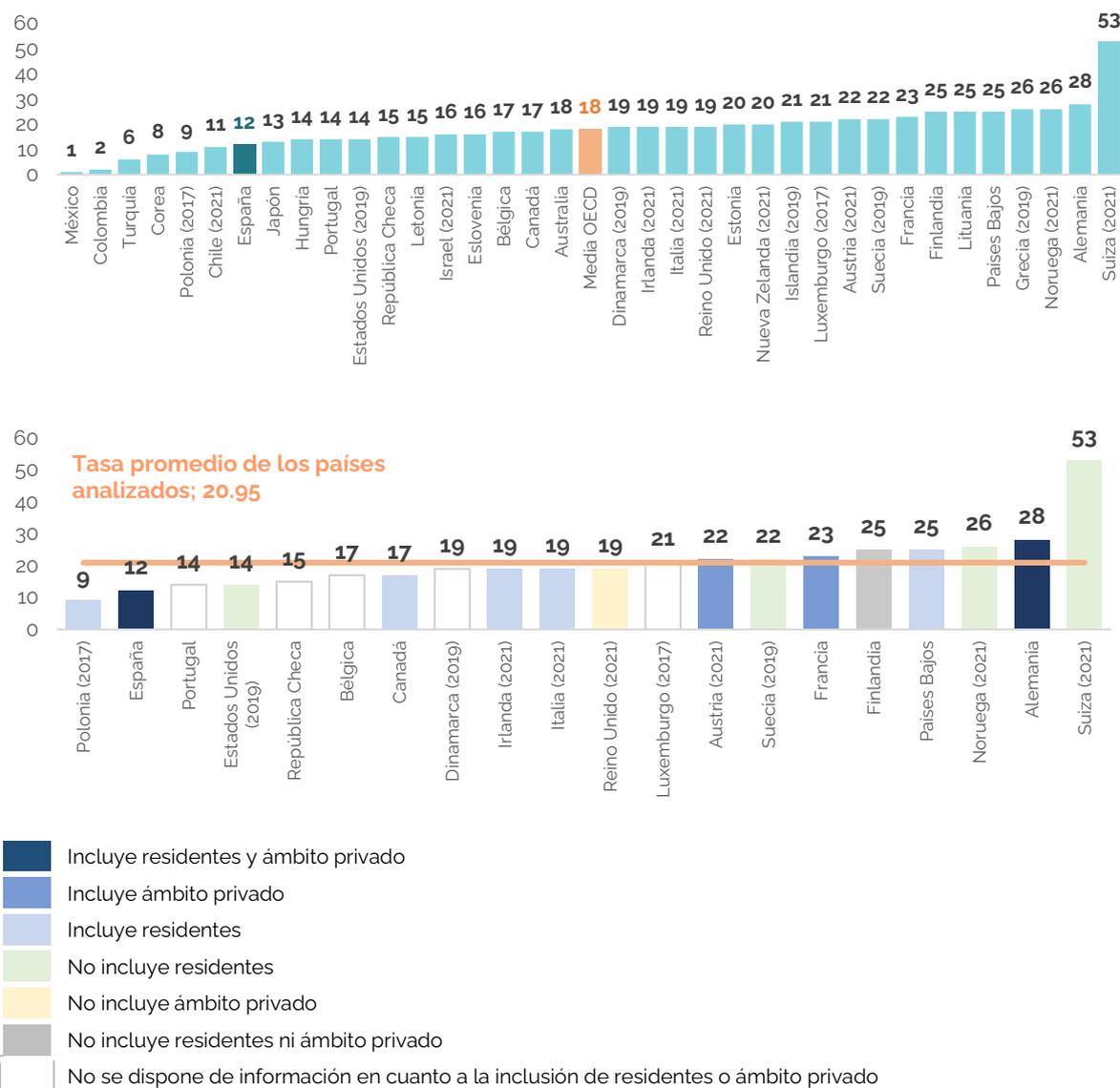
Tabla 6. Fuerza laboral en Salud Mental de adultos (arriba) e infanto-juvenil (abajo), en la OMS, en la región europea de la OMS y en los países de altos ingresos

Fuerza laboral en Salud Mental					
	Psiquiatras	Enfermería de Salud Mental	Psicología	Trabajo Social	Otras categorías de personal de Salud Mental
Mediana por cada 100.000 habitantes OMS	1,7	3,8	1,4	0,7	0,5
Mediana por cada 100.000 habitantes en la región europea de la OMS	9,7	25,2	5,4	2	3,2
Mediana por cada 100.000 habitantes en los países de altos ingresos	8,6	29	10,7	2,9	4,1
Fuerza laboral en Salud Mental infanto-juvenil					
	Psiquiatras	Enfermería de Salud Mental	Psicología	Trabajo Social	Otras categorías de personal de Salud Mental
Mediana por cada 100.000 habitantes OMS	0,3	0,2	0,1	0,1	0,005
Mediana por cada 100.000 habitantes en la región europea de la OMS	3,4	5,3	6,3	1,1	3,9
Mediana por cada 100.000 habitantes en los países de altos ingresos	5,5	3,0	4,3	1,2	4,4

Fuente: Atlas de Salud Mental 2020 de la Organización Mundial de la Salud.

Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), España es uno de los países con menor ratio de especialistas de Psiquiatría / 100.000 habitantes (12 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, siendo el promedio de la OECD de 18 psiquiatras por cada 100.000 habitantes). (Fig. 19).

Figura 19. Ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes, según datos de la OECD, todos los países (arriba) y en países seleccionados de características similares a España (abajo).

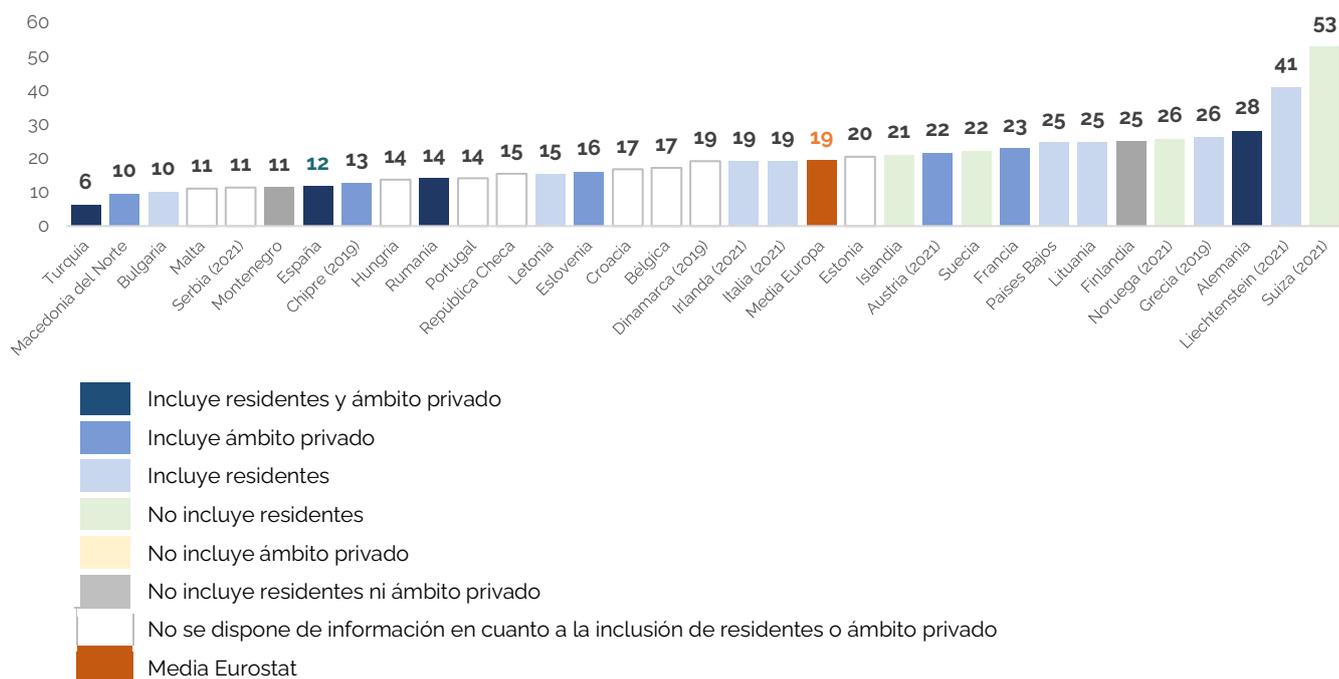


Nota: La ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes se corresponde con el último dato disponible en cada país. En caso de que no se indique el año entre paréntesis, los datos corresponden a 2020. Se incluyen en las estadísticas: Psiquiatría, Neuropsiquiatría, Psiquiatría de adultos y gerontológica, Psiquiatría infantil, Psiquiatría, Trastornos / enfermedades adictivas, Psiquiatría social, Rehabilitación psiquiátrica y médicos internos o residentes en formación en estas especialidades psiquiátricas. Se excluyen los psicólogos. Consultar: OECD Health Statistics 2022 (Fuente).

Fuente: OECD. Stat⁷⁶.

En línea con estos resultados, según datos de **Eurostat**, la media europea de psiquiatras por 100.000 habitantes se encuentra en 19,13⁷⁷ y España se encuentra por debajo de esta, con una ratio de 12 psiquiatras por cada 100.000 habitantes (Fig. 20).

Figura 20. Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en países de Europa, según datos de Eurostat.



Nota: La ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes corresponde al último dato disponible en cada país. En caso de que no se indique el año entre paréntesis, los datos corresponden a 2020. La metodología para contabilizar los recursos humanos en psiquiatría es la misma que la empleada en la OECD.

Fuente: Eurostat⁷⁷.

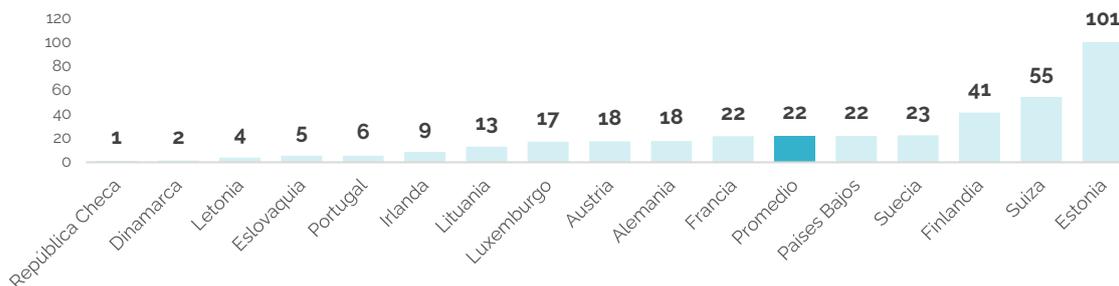
Con datos de la OECD y Eurostat, España presenta una de las menores ratios de psiquiatras / 100.000 habitantes en comparación con otros países.

Cabe destacar que la contabilización y estimación del número de especialistas de Psiquiatría puede diferir entre estudios en función de la metodología empleada. En este sentido, en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026, se indica que el número de psiquiatras en España en 2018 era de 8,57 psiquiatras / 100.000 habitantes, correspondientes a los psiquiatras vinculados a centros públicos del Sistema Nacional de Salud⁴¹. A pesar de estas variaciones, estas cifras nos dan una idea aproximada de la **situación de España** respecto a países europeos y/o miembros de la OECD.

Con respecto a la **Psiquiatría infanto – juvenil**, se identifican limitados estudios comparativos entre países, probablemente asociado con la heterogeneidad en los procesos de especialización y dedicación. Además, la ratio de psiquiatras de niños y adolescentes varía según la fuente consultada, asociado a la variabilidad en la metodología en el registro y contabilización de los profesionales y a los diferentes modelos asistenciales existentes.

Según datos de la OMS (año 2016)⁷⁸, existe una elevada variabilidad en las ratios de psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes de entre 0 y 14 años (Fig. 21), heterogeneidad que se recalca también en otros estudios internacionales⁷⁹.

Figura 21. Ratio de psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes de entre 0 y 14 años (2016), en diferentes países.

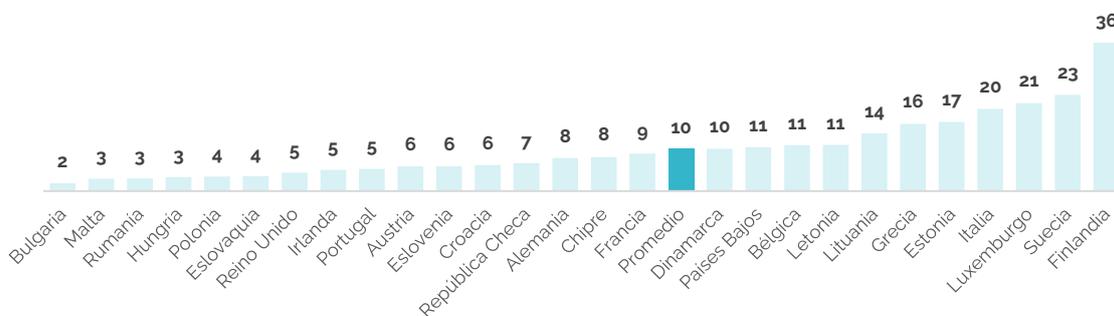


Fuente: European Health Information Gateway (OMS), consultado en diciembre de 2022.

Nota: No se dispone de los datos de los siguientes países: Albania, Andorra, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia, Grecia, Islandia, Italia, Mónaco, Noruega, Polonia, San Marino, Serbia, Eslovenia, España, Turquía y Reino Unido. Los datos presentados corresponden con los recopilados en el Programa "Child and Adolescent Health Programme at the Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life course", de la Oficina Regional Europea de la OMS. El conjunto de datos se basa en aspectos seleccionados notificados por los Estados miembros de la encuesta sobre la implementación de la estrategia europea de Salud de niños y adolescentes 2015 – 2020. El indicador responde a la pregunta 3.10ª de la encuesta: "¿Cuántos psiquiatras infantiles ejercen actualmente en su país?".

Según otro estudio internacional realizado en 2018⁸⁰, la ratio de psiquiatras infantiles y de la adolescencia por cada 100.000 habitantes menores es, de igual manera, variable en los distintos países europeos (Fig. 22). En este estudio, no se dispone de los datos de España.

Figura 22. Ratio de psiquiatras de infanto – juvenil por cada 100.000 jóvenes de la población de referencia, en diferentes países (2014 - 2015).



Fuente: Signorini, G. et al. (2018)⁸⁰. Los datos se corresponden con los recopilados entre octubre de 2014 y marzo de 2015.

Nota: El número de profesionales en cada uno de los países se indicó a través de una encuesta estandarizada (adaptación de la European CAMHS Mapping Questionnaire) enviada a los distintos países.

Además, determinados estudios internacionales definen una **ratio óptima de psiquiatras** (Tabla 7), que puede actuar como orientación para la estimación de necesidades y planificación de la fuerza laboral de Psiquiatría en nuestro país.

Tabla 7. Ratio óptima de psiquiatras por población, en distintos estudios internacionales.

Estudio	Área	Año	Ratio óptima definida
Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health and Human Services. Pub no 81-651 ⁸¹ .	Estados Unidos	1983	Se necesitan 15,4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, incluyendo adultos y niños. Se necesitan 14,4 psiquiatras por 100.000 menores para ofrecer una óptima asistencia a la población infantil y juvenil.
Child and Adolescent Psychiatry in Europe ⁸²	Europa	1999	Ratios para ofrecer una correcta cobertura de servicios en Psiquiatría del Niño y el Adolescente: - Finlandia: un psiquiatra por cada 6.000 menores (16,67 por 100.000 menores). - Suecia: un psiquiatra por cada 7.000 menores (14,29 por 100.000 menores) - Francia: un psiquiatra por cada 7.500 menores (13,33 por 100.000 menores). - Noruega: un psiquiatra por cada 8.700 menores (11,49 por 100.000 menores). - Irlanda: un psiquiatra por cada 16.150 menores (6,19 por 100.000 menores).
Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos técnicos 4. Asociación Española de Neuropsiquiatría ⁸³ .	España	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio mínima: 9 psiquiatras / 100.000 habitantes. • Ratio óptima: 12 psiquiatras / 100.000 habitantes.
A vision for Change. Report of the expert group on Mental Health Policy ⁸⁴ .	Irlanda	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Dos equipos comunitarios de SM para niños y adolescentes por cada 100.000 habitantes. Cada equipo debe estar constituido, entre otros, por un psiquiatra. • Un equipo comunitario de SM para adultos por cada 50.000 habitantes. Cada equipo debe estar constituido, entre otros, por dos psiquiatras.
Los equipos de Salud Mental infanto – juvenil: estructura y definición de actividades	España	2008	El número de profesionales recomendados por número de personas susceptibles de atención se recomienda sea de 1 por 35.000 para el psiquiatra y de 1 por 50.000 para el resto de los profesionales del Equipo de Salud Mental Infanto Juvenil.
County-level estimates of need for mental health professionals in the United States ⁸⁵ .	Estados Unidos	2009	Se requieren 15,9 psiquiatras por cada 100.000 adultos.
Royal College of Psychiatrists. Building and sustaining specialist CAMHS to improve outcomes for children and young people: update of guidance on workforce, capacity and functions of CAMHS in the UK ⁸⁶ .	Reino Unido	2013	Se requieren 3,6 – 4,8 ETC de Psiquiatría Infanto-Juvenil por cada 100.000 habitantes.
A needs-based method for estimating the behavioral health staff needs of community health centers ⁸⁷	Estados Unidos	2018	Se requieren 0,1 ETC psiquiatras por cada 2.500 pacientes y 0,3 ETC de proveedores de asistencia a las adicciones.
The Silent Shortage. A White Paper Examining Supply, Demand and Recruitment Trends in Psychiatry ⁸⁸ .	Estados Unidos	2018	Se requieren 14,7 psiquiatras / 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía indicada. ETC: Equivalente a tiempo completo. SM: Salud Mental.

6.2. Número de psiquiatras en el sistema público y ratios a nivel estatal

En este Libro Blanco, a partir de los indicadores recogidos, se ha estimado el número de psiquiatras en el SNS, así como su distribución por sexo y edad^{*}.

Según los datos recogidos en el presente Libro Blanco de Psiquiatría, España cuenta con 4.393 psiquiatras en el sistema público, lo que equivale a una ratio de 9,27 psiquiatras / 100.000 habitantes.

En términos de equivalentes a tiempo completo (ETC), según los datos recogidos en este Libro Blanco, en 2022 se cuenta con 4.287 ETC de Psiquiatría, lo que equivale a 9,05 ETC psiquiatras / 100.000 habitantes.

Si se incluye el número de especialistas de Psiquiatría en formación (1.036 en 2021¹³³), la ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes en España sería de 11,5.

⚠ Es necesario tener en cuenta que no todos los residentes de Psiquiatría terminan la formación, así como los especialistas que ejercen su actividad profesional en ámbitos distintos a la Psiquiatría o se marchan fuera de España tras terminar la residencia.

Según la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026, la ratio de psiquiatras en España habría aumentado desde el 8,07 en 2015 hasta el 8,57 en 2018, año en el que el personal vinculado con la especialidad de Psiquiatría en centros sanitarios públicos del SNS fue de 3.999 psiquiatras, junto con 898 MIR formándose en la especialidad⁴¹.

Figura 23. Evolución de la ratio de psiquiatras en España por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estrategia en Salud Mental 2022 – 2026⁴¹ (ratio de psiquiatras vinculados a centros públicos del Sistema Nacional de Salud por 100.000 habitantes, periodo 2015 – 2018), y de los datos obtenidos en el Libro Blanco de Psiquiatría (número de psiquiatras en 2021).

^{*} Equivalente a tiempo completo (ETC): se ha calculado como el cociente (número de horas efectivamente trabajadas / número de días laborales del periodo de referencia) / horas de la jornada completa. Se ha considerado que la jornada completa es de 40 horas (5 días a la semana y 8 horas al día). Las proporciones del tipo de jornada parcial se han estimado a partir de los datos recogidos por los responsables autonómicos, siendo la más frecuente la jornada al 50%.

El número de psiquiatras en Ceuta y Melilla se ha estimado a partir de la proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del Sistema Nacional de Salud por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., año 2018, de la Estrategia en Salud Mental 2022 – 2026.

Se ha considerado una población española de 47.389.261 personas.

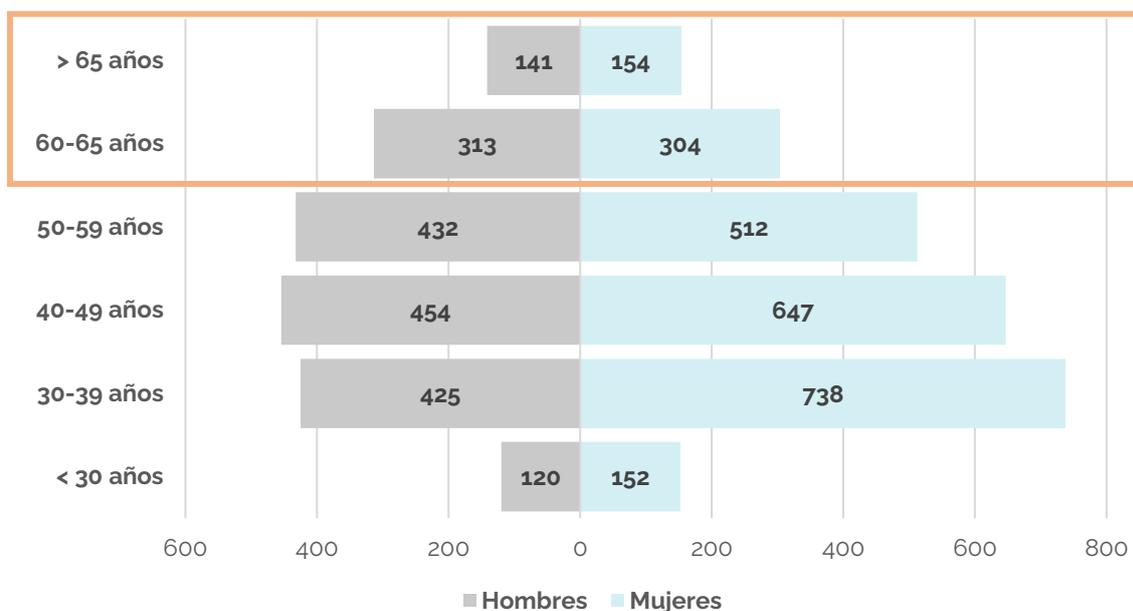
Según la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros de internamiento (año 2019), España cuenta con 4.381 especialistas en Psiquiatría vinculados a los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, destaca un mayor porcentaje de mujeres (57,07%), así como la elevada proporción de psiquiatras con edades superiores a los 60 años (20,77%) (Fig. 24).



Según datos de este Libro Blanco, el 20,77% (913) de los psiquiatras tiene más de 60 años, y el 6,73% (296) más de 65 años, por lo que se espera un elevado número de jubilaciones en los próximos años.

Figura 24. Distribución por edad y sexo de los psiquiatras en España: pirámide de edad (arriba) y tabla resumen (abajo).



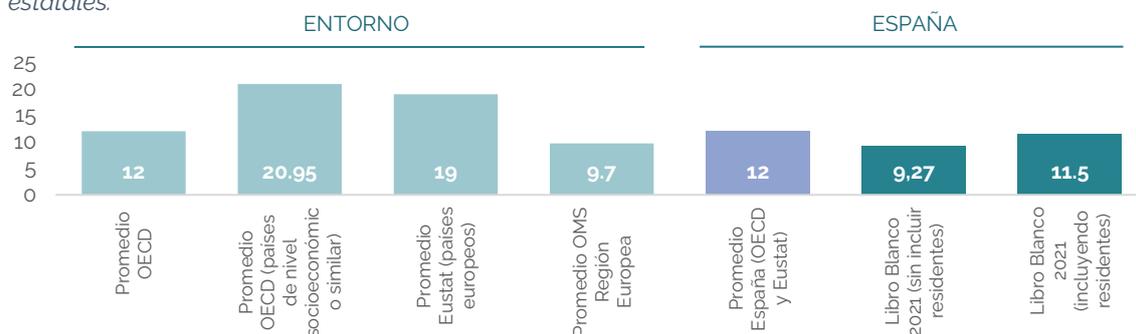
	Hombres	Mujeres	Total
>65 años	141	154	296
60 - 65 años	313	304	617
50 - 59 años	432	512	944
40 - 49 años	454	647	1.101
30 - 39 años	425	738	1.163
<30 años	120	152	272
	1.886	2.507	

	Hombres	Mujeres	Total
>65 años	2,73%	3,47%	6,73%
60 - 65 años	9,67%	16,80%	14,05%
50 - 59 años	10,34%	14,72%	21,50%
40 - 49 años	9,84%	11,66%	25,06%
30 - 39 años	7,14%	6,91%	26,47%
<30 años	3,22%	3,51%	6,20%
	42,93%	57,07%	

Fuente: Elaboración propia a partir de: 1) Indicadores proporcionados por los responsables autonómicos. 2) INE. Población por nacionalidad, edad (grupos quinquenales) y sexo. Total 2021. 3) El número de psiquiatras en Ceuta y Melilla se ha estimado a partir de la proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del Sistema Nacional de Salud por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., año 2018, de la Estrategia en Salud Mental 2022 - 2026. Nota: (1) La metodología para la contabilización de los psiquiatras puede diferir según la C. Autónoma (ver Fig. 28 y Anexo I). (2) Para la estimación de la pirámide de edad de La Rioja, Comunidad de Madrid, Principado de Asturias, Islas Canarias, Ceuta y Melilla se ha empleado como base las proporciones por edad y sexo en cada una de las CC. AA. (a partir de INE), y se han aplicado al número total de psiquiatras. En el caso de la Región de Murcia, Castilla-La Mancha, Galicia, Comunidad Valenciana y Aragón, no se dispone de los datos de edad y sexo de todos los especialistas de Psiquiatría, por lo que se han empleado los datos de edad y sexo autonómicos disponibles y se han aplicado las proporciones por edad y sexo estimadas.

Con estos datos, y como se introducía en el apartado anterior, España se encuentra muy por debajo de los ratios internacionales de psiquiatras / 100.000 habitantes (Fig. 25).

Figura 25. Ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Comparación de ratios internacionales y estatales.



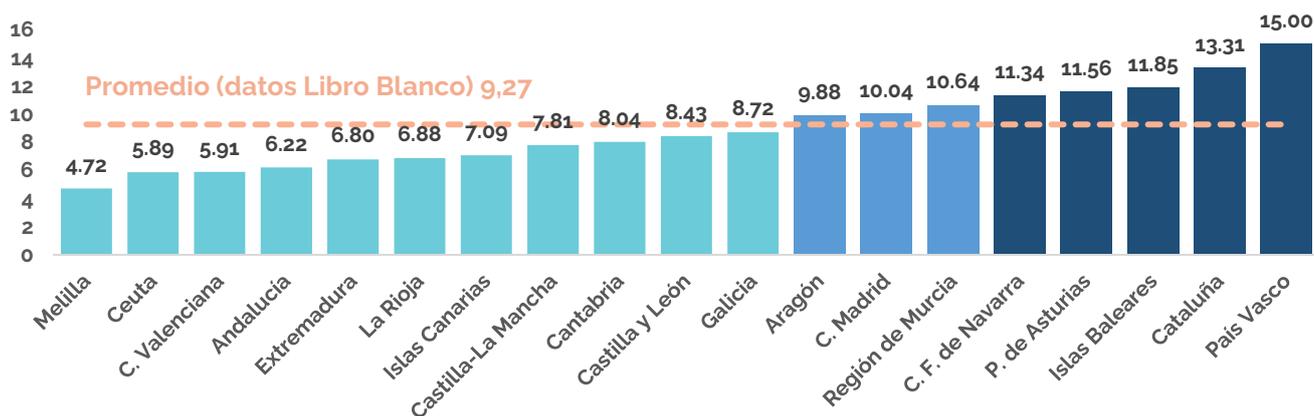
Fuente: OECD Stat⁷⁶, Eustat⁷⁷, Mental Health Atlas 2020³¹, Informe Monográfico Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema nacional de Salud, 2020 - 2021⁸⁹ y datos del Libro Blanco de Psiquiatría.

Notas: (1) Promedio OECD incluye todos los países de la OECD. (2) Promedio OECD (países de nivel socioeconómico similar) incluye Polonia, Portugal, Estados Unidos, República Checa, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Irlanda, Italia, Reino Unido, Luxemburgo, Austria, Suecia, Francia, Finlandia, Países Bajos, Noruega, Alemania y Suiza. (3) Promedio Eustat incluye los países europeos. (4) Promedio OMS Región Europea incluye 53 Estados miembros de la OMS/Europa.

6.3. Número de psiquiatras en el sistema público y ratios a nivel autonómico

La disponibilidad de especialistas en Psiquiatría es variable entre CC. AA., observándose una elevada dispersión.

Figura 26. Ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes, por Comunidad Autónoma.



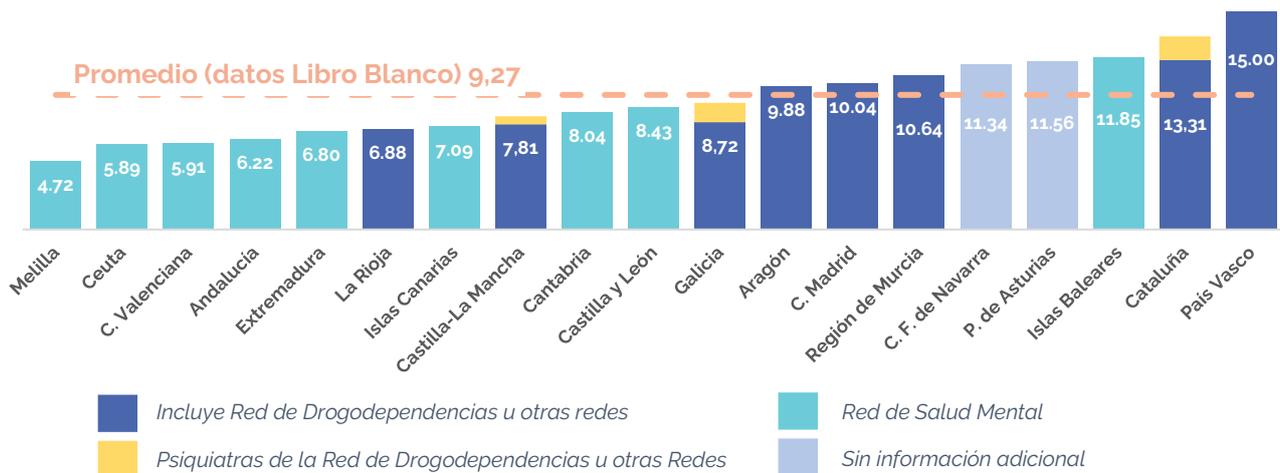
Fuente: Elaboración propia a partir de: 1) Indicadores proporcionados por los responsables autonómicos. 2) INE. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Total 2021. 3) El número de psiquiatras en Ceuta y Melilla se ha estimado a partir de la proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., año 2018, de la Estrategia en Salud Mental 2022 - 2026. Se incluyen todos los psiquiatras.



Sólo cinco CC. AA. están por encima de la ratio de 11 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. País Vasco, Cataluña y las Islas Baleares se posicionan como las CC. AA. con mayor ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes.

Los psiquiatras incluidos en la contabilización pueden variar en función de la C. Autónoma, debido a la variabilidad en los modelos de organización estructural y asistencial (Fig. 27 y Anexo I).

Figura 27. Ratio de psiquiatras / 100.000 habitantes, por Comunidad Autónoma, estructurada según los especialistas incluidos en la contabilización.



Fuente: Elaboración propia a partir de: 1) Indicadores proporcionados por los responsables autonómicos. 2) INE. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Total 2021. 3) El número de psiquiatras en Ceuta y Melilla se ha estimado a partir de la proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., año 2018, de la Estrategia en Salud Mental 2022 – 2026.

Las ratios indicadas en la gráfica se han calculado a partir del número total de psiquiatras. Se incluyen los psiquiatras gestionados por el Departamento de Recursos Humanos de los Servicios Regionales de Salud.

Comentarios (ver Anexo I para mayor detalle en todas las CC. AA.).

- **C. Valenciana:** se contabilizan los psiquiatras gestionados por los diferentes dispositivos de salud mental.
- **Andalucía:** no incluye psiquiatras de la red de adicciones o psiquiatras del ámbito judicial.
- **Extremadura:** sólo existen psiquiatras en ejercicio público en el Servicio Extremeño de Salud. No se tiene contratado ningún servicio externo con psiquiatras, ni hay psiquiatras en otras redes públicas como Conductas Adictivas o Atención Social.
- **La Rioja:** incluye el Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones. Las ONG con las que se tiene concierto (Proyecto Hombre y Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas) no disponen de psiquiatras. Dicha atención se realiza desde las Unidades de Salud Mental y en sus dispositivos.
- **Islas Canarias:** no hay psiquiatras fuera de la Red de Salud Mental.
- **Castilla-La Mancha:** incluye 6 psiquiatras en Unidades de Conductas Adictivas (señalados en amarillo).
- **Cantabria:** datos proporcionados por las Gerencias de Salud.
- **Castilla y León:** los datos indicados se corresponden únicamente con SACYL, sin incluir los profesionales existentes en la Red de Atención a las adicciones o recursos sociales.
- **Galicia:** incluye 18 psiquiatras en centros de gestión municipal/ONG con dependencia funcional del Servicio Gallego de Salud, para el desarrollo de los programas de asistencia a adicciones (señalados en amarillo).
- **Aragón:** incluye 7 psiquiatras que trabajan en entidades concertadas con el Departamento de Salud.
- **C. Madrid:** incluye la red asistencial de atención a las drogodependencias y los psiquiatras vinculados a proveedores de servicios, tanto de gestión directa como indirecta.
- **R. Murcia:** incluye el Programa de Adicciones.
- **C. F. Navarra:** Incluye los psiquiatras de la red de Salud Mental de Navarra. En relación con otros recursos, las Comunidades Terapéuticas con las que la Gerencia de Salud Mental de Navarra tiene plazas concertadas no incluyen profesionales de psiquiatría en su equipo. Si bien, las redes de atención a Salud Mental y Drogodependencias están integradas.
- **P. Asturias:** No se realizan comentarios. La atención a las drogodependencias está integrada en la Red de Salud Mental
- **Cataluña:** incluye los psiquiatras de adicciones y servicios especializados. En amarillo, se señalan 127 psiquiatras, que incluyen 18,75 psiquiatras dedicados a adicciones en hospitalización (Unidad de Patología Dual, Unidad de Desintoxicación y Atención a la salud mental y las adicciones dirigida a profesionales de la salud), 71,60 psiquiatras dedicados a adicciones en el ámbito ambulatorio (Centro de atención a las drogodependencias y unidad de juego patológico y adicciones comportamentales) y 123,88 psiquiatras dedicados al ámbito penitenciario y residencial (Unidad terapéutica Acompaña, Unidad psiquiátrica de hospitalización penitenciaria, Servicio de Rehabilitación Comunitaria – SRC, equipo de personas sin hogar, apoyo a residencias y atención salud mental en centros penitenciarios).
- **País Vasco:** incluye los psiquiatras del Programa de Adicciones de la Red de Salud Mental. No incluye psiquiatras de la red concertada.

6.4. Actividad de Psiquiatría en España

La mayoría de los psiquiatras en España ejercen su actividad profesional en el ámbito ambulatorio, tienen plaza fija, jornada completa y se dedican a la atención psiquiátrica de adultos.

En cuanto a las características de la actividad de la Psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud, se ha observado lo siguiente (Fig. 28):

- De manera general, la **mayoría de los especialistas en Psiquiatría ejercen su actividad en el ámbito ambulatorio (48 – 81%)**. En menor proporción, en el ámbito hospitalario (13 – 32%), en hospitales o centros de día (0 – 15%) y en hospitales o centros de larga y media estancia (2 – 18%).
- El **tipo de contrato mayoritario** de los especialistas en Psiquiatría **varía según** la Comunidad Autónoma. De manera general, es más habitual la **plaza fija (39 – 64%)**, seguido del contrato interino (0 – 44%) y el contrato eventual (2 – 44%)[†].
- La **jornada laboral más habitual** entre los psiquiatras es la **jornada completa (74, 5 – 100%)[‡]**.
- La **gran mayoría de los especialistas en Psiquiatría (80 – 98%)** ejercen su actividad profesional actual en el **ámbito de la Psiquiatría de Adultos[§]**.

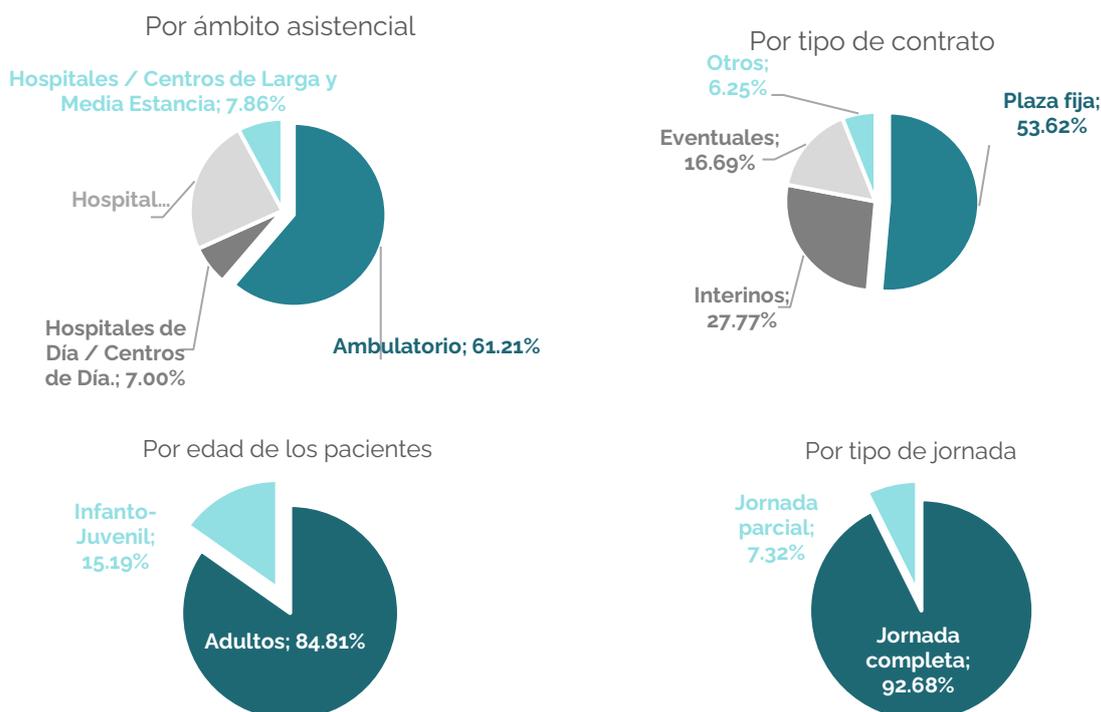
^{*} Clasificación de psiquiatras por ámbito asistencial: se excluye Galicia en la estimación de los rangos, en la que se indica, como ámbito asistencial en el 38% de los psiquiatras, "Indefinido". No se dispone de la información correspondiente a las Islas Baleares y La Rioja.

[†] Tipo de contrato: No se dispone de la información correspondiente a La Rioja, Comunidad de Madrid, Islas Canarias y Cataluña. No se incluyen en contratos eventuales los contratos COVID, sustitución, de investigación u otros contratos temporales.

[‡] Jornada laboral: No se dispone de la información correspondiente a Andalucía, La Rioja, Comunidad de Madrid, Galicia, Islas Canarias y Principado de Asturias.

[§] Atención a adultos / infanto-juvenil: No se dispone de la información correspondiente a las Islas Baleares, País Vasco, Andalucía, Extremadura, La Rioja, Castilla-La Mancha, C. F. de Navarra, Galicia e Islas Canarias.

Figura 28. Caracterización de la Psiquiatría en España, por ámbito asistencial, por tipo de contrato, por edad de los pacientes atendidos y por tipo de jornada.



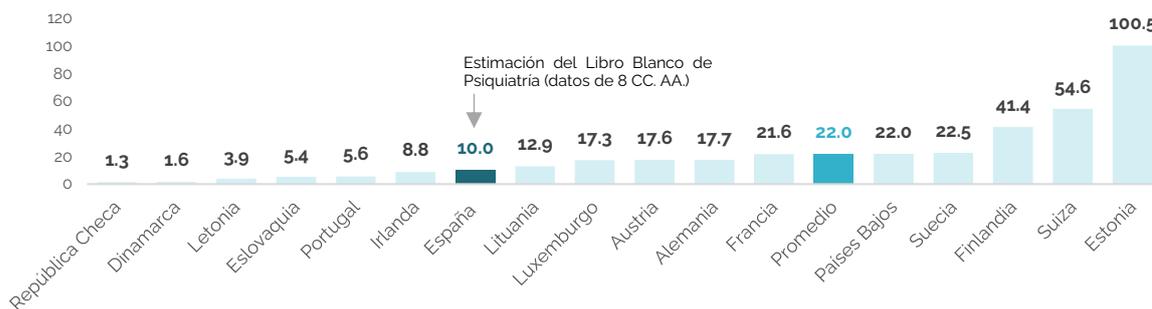
Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores proporcionados por los responsables autonómicos.

Notas: (1) Clasificación de psiquiatras por ámbito asistencial: se excluye Galicia en la estimación de los rangos, en la que se indica, como ámbito asistencial en el 38% de los psiquiatras, "Indefinido". No se dispone de la información correspondiente a las Islas Baleares y La Rioja. (2) Tipo de contrato: No se dispone de la información correspondiente a La Rioja, Comunidad de Madrid, Islas Canarias y Cataluña. No se incluyen en contratos eventuales los contratos COVID, sustitución, de investigación u otros contratos temporales. (3) Atención a adultos / infanto-juvenil: No se dispone de la información correspondiente a las Islas Baleares, País Vasco, Andalucía, Extremadura, La Rioja, Castilla-La Mancha, C. F. de Navarra, Galicia e Islas Canarias. (4) Jornada laboral: No se dispone de la información correspondiente a Andalucía, La Rioja, Comunidad de Madrid, Galicia, Islas Canarias y Principado de Asturias.

Con un promedio del 15,19% de psiquiatras dedicados al ámbito infanto-juvenil, en España se contaría con una **ratio estimada** de 7,7 psiquiatras de infanto-juvenil por cada 100.000 habitantes entre 0 y 18 años (y 10 psiquiatras de infanto – juvenil por cada 100.000 habitantes entre 0 y 14 años)^{*}, lo que nos situaría **significativamente por debajo de las tasas observadas en otros países** (Fig. 29). En esta comparación, es necesario tener en cuenta las posibles diferencias metodológicas en la contabilización de los psiquiatras de infanto – juvenil en los distintos países, así como el hecho de que, en los datos recopilados en este Libro Blanco, no se dispone de la información en este ámbito correspondiente a nueve CC. AA.

^{*} Se ha considerado una población de 0 – 18 años en España de 8.717.727 personas y una población de 0 – 14 años de 6.759.315 personas.

Figura 29. Ratio de psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes de entre 0 y 14 años, en diferentes países.



Fuente: European Health Information Gateway (OMS), consultado en diciembre de 2022, y estimaciones del Libro Blanco de Psiquiatría en España.

Nota: No se dispone de los datos de los siguientes países: Albania, Andorra, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia, Grecia, Islandia, Italia, Mónaco, Noruega, Polonia, San Marino, Serbia, Eslovenia, España, Turquía y Reino Unido. Los datos presentados corresponden con los recopilados en el Programa "Child and Adolescent Health Programme at the Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life course", de la Oficina Regional Europea de la OMS. El conjunto de datos se basa en aspectos seleccionados notificados por los Estados miembros de la encuesta sobre la implementación de la estrategia europea de Salud de niños y adolescentes 2015 – 2020. El indicador responde a la pregunta 3.10a de la encuesta: "¿Cuántos psiquiatras infantiles ejercen actualmente en su país?". Los datos se corresponden con 2016. En España, la ratio indicada se ha estimado en base al porcentaje promedio de psiquiatras que ejercen su actividad en el ámbito infanto – juvenil (2021). Según otro estudio internacional realizado en 2018, la ratio de psiquiatras infantiles y de la adolescencia por cada 100.000 habitantes menores de 14 años en Noruega es de 47,74; y en Grecia, de 22,2⁷⁹.

6.5. Estimación de necesidades de Psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud

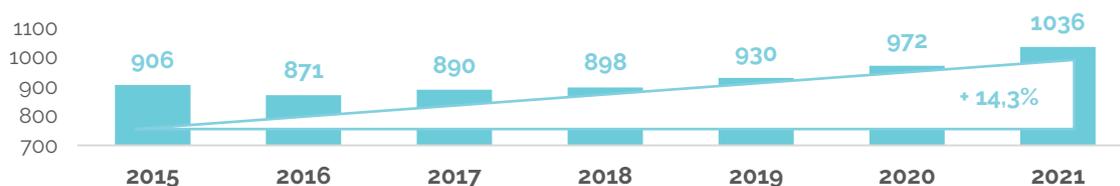
En este apartado, en base al contexto actual, tendencias y necesidades de la especialidad, se realiza una estimación de las necesidades de psiquiatras en España en el sistema público.

Contexto actual y tendencias

Especialistas en Psiquiatría en formación y especialistas que han concluido la formación sanitaria especializada.

Según el Informe Monográfico de Recursos Humanos del SNS 2020 – 2021, a finales de 2021 había en España 1.036 médicos residentes de Psiquiatría (en cualquier año de formación) en el SNS⁹ (Fig. 30).

Figura 30. Evolución del número de especialistas de Psiquiatría en formación en el Sistema Nacional de Salud.



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Monográfico: Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema nacional de Salud, 2020 - 2021⁸⁹.

A pesar de la evolución positiva del número de especialistas en Psiquiatría en formación, se observa una tendencia decreciente en el número de especialistas que finalizan la formación (nuevos especialistas), según datos del mismo Informe (Fig. 31). El promedio de especialistas en Psiquiatría que finaliza su formación es de 224 en el periodo 2015 - 2021.

Figura 31. Evolución del número de especialistas en Psiquiatría que han finalizado la formación sanitaria especializada.



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Monográfico: Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema nacional de Salud, 2020 - 2021⁸⁹.

En los últimos años, se observa una tendencia negativa en el número de especialistas que concluyen su formación.

Edad de los especialistas en Psiquiatría

En España, y como se introducía en apartados anteriores, el 20,77% de los psiquiatras tiene más de 60 años (un total de 913), y el 6,73% más de 65 años (296), por lo que se espera un elevado número de jubilaciones en los próximos años⁷.



En 2026, en España se espera la jubilación de 913 psiquiatras.

Desafíos para la especialidad

Como se ha ido revisando a lo largo de todo el Libro Blanco, la especialidad de Psiquiatría en España se enfrenta a una serie de **retos en el contexto actual y futuro**, relacionados con la evolución de la propia especialidad y de la prevalencia y abordaje de los trastornos de la Salud Mental:

- **Incremento progresivo de la prevalencia de los trastornos mentales**, lo que deriva en un incremento continuado de la demanda sobre los sistemas de salud para atender de forma efectiva a estos pacientes. Esta tendencia previa se ha visto agravada tras la pandemia de la COVID-19, destacándose las elevadas listas de

⁷ Se considera la edad de jubilación en 65 años.

espera tanto para primeras consultas, como para consultas sucesivas, así como las dificultades existentes en el acceso a los recursos de hospitalización.

Especialmente, se destaca el incremento significativo de la **demanda de la población infanto-juvenil**, requiriéndose respuestas específicas.

- **Envejecimiento de la población**, lo que conlleva un aumento de los trastornos mentales asociados a la edad avanzada y un incremento de la demanda de atención psicogeriátrica, derivando en una necesidad significativa de profesionales formados en este campo.
- Otras **realidades sociales** de la población en España, como la inmigración, los patrones de consumo de sustancias, el estrés cotidiano o secundario a situaciones extraordinarias, etc.
- Creación de la **especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**, lo que deriva en cambios sustanciales en la organización de la especialidad y en la dotación de plazas.
- La **complejidad** de la enfermedad mental ha propiciado el desarrollo y reconocimiento de numerosas subespecialidades dentro de la Psiquiatría, así como la creación de nuevos programas específicos, unidades y líneas estratégicas en las CC. AA.
- Tendencia hacia una **mayor transversalidad y multidisciplinariedad** en la atención al paciente.
- **Incremento de actividades no asistenciales** de los psiquiatras, en el ámbito de:
 - Gestión.
 - Asesoramiento e interconsultas.
 - Formación y docencia.
 - Investigación.
 - Evaluación de casos (eutanasia, discapacidad y ejercicio de la capacidad jurídica, etc.).
 - Creciente implicación en el desarrollo de planes, estrategias, normativas, programas de prevención, etc.
- Dependencia generalizada de la **telemedicina** y auge de la **telepsiquiatría**, a raíz de la crisis de la COVID-19^{18,20-22}.
- Necesidad de equiparar la situación de la Psiquiatría en España a **ratios de países de nuestro entorno**, con altos estándares de calidad asistencial en modelos asistenciales próximos al español.

Estimación de necesidades de Psiquiatría 2021 – 2026 en el Sistema Nacional de Salud

En el contexto actual descrito, se ha considerado de relevancia analizar la brecha existente entre la fuerza laboral de Psiquiatría en España y las necesidades existentes, con el objetivo de poder estimar el número de psiquiatras que sería necesario incorporar para alcanzar ratios óptimas similares a las de países del entorno. Para ello, se han tenido en cuenta las siguientes premisas (Tabla 8).

Tabla 8. Premisas valoradas para la estimación de necesidades en Psiquiatría.

Parámetro	Estimación	Fuente
Ratio óptima de especialistas de Psiquiatría	13 – 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes	Bibliografía indicada en la Tabla 9 y consideraciones del Comité Científico Asesor del proyecto.
Número de especialistas de Psiquiatría en formación (año 2021)	1.036 (se asume que permanece constante)	Informe monográfico "Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020 – 2021"
Edad de jubilación	65 años	Para acceder a la jubilación ordinaria por edad, en el régimen general se necesita haber cumplido los 65 años si se tienen cotizados 37 años y 6 meses o más.

Fuente: Elaboración propia.

A pesar de que se ha considerado el número de especialistas de Psiquiatría en formación, es necesario tener en cuenta que no todos los residentes de Psiquiatría se incorporan a la actividad asistencial en este ámbito, pues, o bien no finalizan la residencia, o, al finalizarla, ejercen su actividad profesional en ámbitos distintos a la Psiquiatría o se marchan fuera de España.

Atendiendo a las premisas indicadas en la Tabla 12, y considerando una **ratio óptima entre 13 y 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes**, en España sería necesario incorporar **370 – 565 psiquiatras al año** desde 2021 a 2026 (Tabla 9).

Tabla 9. Estimación de necesidades de psiquiatras en España, 2021 - 2026

2021		2026	
		Ratio óptima 1	Ratio óptima 2
Nº. de psiquiatras / 100.000 habitantes (incluyendo en formación)	11,5	13	15
Nº. de psiquiatras en plantilla	4.493	5.328	6.307
Nº. de psiquiatras en formación	1.036	1.036	1.036
Nº. total de psiquiatras	5.429	6.364	7.343
Jubilaciones estimadas		913	
Incorporaciones totales necesarias		1.848	2.827
Incorporaciones necesarias / año		370	565

Fuente: Elaboración propia.



Para alcanzar una ratio óptima de 13 – 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, habría que incorporar 370 – 565 psiquiatras al año durante los próximos 5 años.

Barreras y retos en la consolidación de especialistas de Psiquiatría

Como se ha indicado, se considera clave dotar a las plantillas de Psiquiatría con un número adecuado de especialistas, para poder hacer frente a la creciente carga de los trastornos de la Salud Mental y a los requerimientos de la especialidad. Si bien, este refuerzo de las ratios de psiquiatras en España puede verse amenazado por diferentes factores, entre los que se encuentran:

- **Falta de visibilidad de la especialidad.**
- **Insuficiente número de especialistas formados** en el sistema MIR / año para alcanzar las ratios óptimas (312 plazas MIR en 2022 – 2023, frente a 370 – 565 especialistas que deberían incorporarse de manera anual para alcanzar una ratio óptima de 13 – 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes).
- La **elevada edad de los especialistas en Psiquiatría**, que puede dificultar garantizar el relevo generacional, pues se espera una tasa elevada de jubilaciones en los próximos años.
- En **2027 no habrá egresados MIR**, según la duración de la formación definida en el Real Decreto 689/2021³³.
- **Porcentaje de psiquiatras** que, una vez acabada su formación en España, ejerce su actividad en otros países o en otros ámbitos profesionales no relacionados con la asistencia psiquiátrica.
- **Condiciones laborales poco atractivas**, incluyendo salarios inferiores a países europeos⁹⁰ e inestabilidad laboral (46,38% de los psiquiatras no tienen una plaza fija, según datos del Libro Blanco).
- **Burnout y desgaste emocional de los especialistas de Psiquiatría**, estimado en el 25,9 – 27,3%⁹¹⁻⁹³.
- **Absentismo laboral**, que puede alcanzar el 11,4% en actividades sanitarias, según datos de 2022⁹⁴.
- **Heterogeneidad** en la organización asistencial y fuerza laboral de Psiquiatría entre CC. AA., lo que dificulta la planificación.

Especialmente en Psiquiatría, la incorporación de nuevos especialistas y el relevo generacional se posicionan como factores prioritarios en la gestión de la especialidad.

6.6. Estimación del número de psiquiatras que no ejerce su actividad en el sistema público

En España, la existencia de especialistas en Psiquiatría que no ejercen su actividad en el sistema público ha permitido reforzar la asistencia a la Salud Mental en el SNS y complementar los servicios ofrecidos y el acceso a la atención.

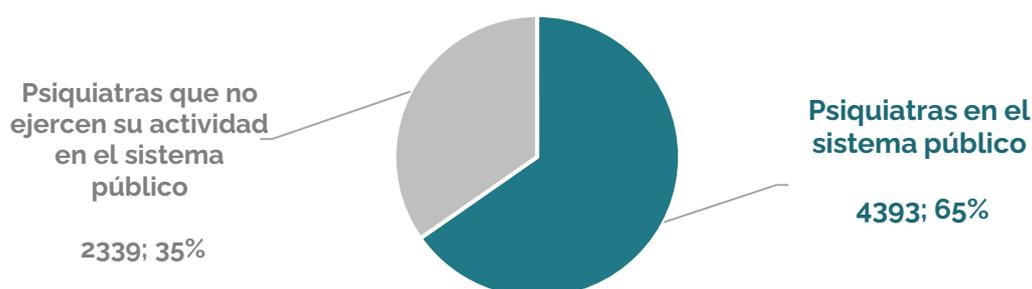
Por ello, se ha considerado de relevancia incluir en el Libro Blanco una aproximación del número de psiquiatras que ejercen su actividad fuera del sistema público.

A partir de los datos del número total de psiquiatras colegiados en cada provincia (proporcionados por la Organización Médica Colegial a través de la Asociación Española de Psiquiatría Privada), y de los datos de psiquiatras del sistema público de salud (correspondientes a los indicados en el presente Libro Blanco), se ha estimado el número de psiquiatras colegiados que no ejercen su actividad profesional en el ámbito público en España y en cada una de las CC. AA. Esta estimación se ha calculado atendiendo a la diferencia del número total de psiquiatras colegiados y el número de psiquiatras trabajando en el sistema público.

En este contexto, según las estimaciones realizadas, en España, el porcentaje del personal facultativo colegiado del área de Psiquiatría que ejerce su actividad fuera del sistema público representaría el **34,7% del total de los psiquiatras**, siendo la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y Andalucía las tres CC. AA. en las que se observa una mayor proporción de psiquiatras que no pertenecen al ámbito público (>45% en los tres casos) (Fig. 32).

Nota metodológica: en el número total de psiquiatras colegiados, se han excluido los psiquiatras en el rango de edad de >70 años (un total de 1.560, según los datos disponibles y las estimaciones realizadas, lo que representa el 18,8% de los psiquiatras colegiados), considerando que su actividad es significativamente menor o que se han retirado de su práctica profesional.

Figura 32. Distribución de los psiquiatras colegiados en España: psiquiatras en el sistema público frente a psiquiatras que no ejercen su actividad en el sistema público.



Comunidad Autónoma	Número de psiquiatras en el sistema público	Número total de psiquiatras colegiados (excluyendo >70 años)	Estimación del número de psiquiatras colegiados que no ejerce su actividad en el sistema público	Estimación del % psiquiatras que no ejercen en el sistema público sobre el total de psiquiatras colegiados	
Fuente de los datos	Libro Blanco de la Psiquiatría en España	Proporcionados por la OMC a través de la AEPP	Diferencia entre el nº. total de psiquiatras colegiados y el nº. de psiquiatras identificados que trabajan en el sistema público	Cociente entre el nº. de psiquiatras que no ejercen en el sistema público y el nº. total de psiquiatras colegiados (excluyendo > 70 años)	
C. Valenciana	299	552	253	45,8%	≥45%
C. Madrid	678	1251	573	45,8%	
Andalucía	527	968	441	45,6%	
La Rioja	22	40	18	45,0%	
C. F. de Navarra	75	135	60	44,4%	35 – 45%
Castilla y León	201	343	142	41,4%	
Aragón	131	222	91	41,0%	
País Vasco	332	540	208	38,5%	
Islas Canarias	154	241	87	36,1%	
Extremadura	72	111	39	35,1%	
Melilla	4	6	2	32,1%	25 – 35%
Ceuta	5	7	2	29,8%	
P. de Asturias	117	160	43	26,9%	
Galicia	235	314	79	25,2%	
Cantabria	47	60	13	21,7%	15 – 25%
Castilla-La Mancha	160	199	39	19,6%	
Región de Murcia	162	201	39	19,4%	
Islas Baleares	139	170	31	18,2%	
Cataluña*		1212	179	14,7%	<15%
TOTAL	4.393	6.732	2.339	34,7%	

AEPP: Asociación Española de Psiquiatría Privada, OMC: Organización Médica Colegial.

Fuente: Libro Blanco de Psiquiatría en España, Organización Médica Colegial y Asociación Española de Psiquiatría Privada. El número de psiquiatras en el sistema público se corresponde con los datos de recursos humanos proporcionados por los responsables autonómicos en el marco del desarrollo del presente Libro Blanco, a excepción de Ceuta y Melilla, donde el número de psiquiatras se ha calculado utilizando la ratio indicada en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026. En el número de psiquiatras colegiados por C. Autónoma se han excluido los psiquiatras de más de 70 años. La estimación del número de psiquiatras que ejercen fuera del sistema público se ha calculado como la diferencia entre el número total de psiquiatras colegiados y el número de psiquiatras pertenecientes al sistema público.

*En el caso de Cataluña, no se han podido obtener datos actualizados con respecto al número de psiquiatras colegiados en la Comunidad. Por ello, se ha utilizado el número de médicos colegiados en Cataluña según datos del INE 2021 (un total de 46.690), y se ha estimado que el 3,31% de los médicos colegiados se corresponden con psiquiatras, aplicando la proporción observada en la Comunidad de Madrid (según datos de INE 2021, la Comunidad de Madrid cuenta con 48.205 médicos colegiados; de los cuales, según los datos recibidos, 1.595 se corresponderían con psiquiatras colegiados, lo que se corresponde con un 3,31% del total).

En cuanto a la distribución por edades, según los datos disponibles, el 28,3% de los psiquiatras colegiados que no ejercen su actividad en el ámbito público se concentra en edades superiores a los 60 años (Fig. 33).

Figura 33. Pirámide de edad y sexo de los psiquiatras colegiados en España: psiquiatras en el sistema público frente a psiquiatras que no ejercen su actividad en el sistema público.

Ámbito	Porcentaje de psiquiatras según edad					
	<30 años	30 – 39 años	40 – 49 años	50 – 59 años	60 – 65 años	>65 años
Psiquiatras en el sistema público	6,2%	26,5%	25,1%	21,5%	14,1%	6,7%
Psiquiatras colegiados que no ejercen en el sistema público	15,4%	20,2%	20,0%	16,0%	9,1%	19,3%

Fuente: Libro Blanco de Psiquiatría en España, Organización Médica Colegial y Asociación Española de Psiquiatría Privada. El número de psiquiatras en el sistema público se corresponde con los datos de recursos humanos proporcionados por los responsables autonómicos en el marco del desarrollo del presente Libro Blanco, a excepción de Ceuta y Melilla, donde el número de psiquiatras se ha calculado utilizando la ratio indicada en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026. En el número de psiquiatras colegiados por C. Autónoma se han excluido los psiquiatras de más de 70 años. La estimación del número de psiquiatras que ejercen fuera del sistema público se ha calculado como la diferencia entre el número total de psiquiatras colegiados y el número de psiquiatras pertenecientes al sistema público.

En el caso de Cataluña, no se han podido obtener datos actualizados con respecto al número de psiquiatras colegiados en la Comunidad. Por ello, se ha utilizado el número de médicos colegiados en Cataluña según datos del INE 2021 (un total de 46.690), y se ha estimado que el 3,31% de los médicos colegiados se corresponden con psiquiatras, aplicando la proporción observada en la Comunidad de Madrid (según datos de INE 2021, la Comunidad de Madrid cuenta con 48.205 médicos colegiados; de los cuales, según los datos recibidos, 1.595 se corresponderían con psiquiatras colegiados, lo que se corresponde con un 3,31% del total). De igual manera, para la estimación de los tramos de edad en Cataluña, se han aplicado las proporciones observadas en la C. Madrid.

En este contexto, la existencia de psiquiatras colegiados mayores de 60 años, jubilados o próximos a la jubilación puede poner en riesgo la capacidad de reforzar la atención pública.

7. RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

En España, existe una distribución heterogénea en la estructuración de los recursos de Psiquiatría en las CC. AA. A continuación, se incluyen las principales conclusiones extraídas del análisis de los recursos disponibles en cada una de las CC. AA. en el campo de la Psiquiatría.

En este análisis, se han considerado:

- Recursos de hospitalización.
- Recursos de hospitales de día.
- Centros de salud mental o unidades ambulatorias.
- Programas específicos.

7.1. Contexto y comparación internacional

Según datos del estudio Headway 2023, la puntuación de la UE+Reino Unido en las cinco dimensiones consideradas para evaluar la disponibilidad de infraestructuras sanitarias para la atención a la Salud Mental es medio-baja⁴.

La puntuación global es especialmente baja (3,4/10) en términos de disponibilidad de camas de hospitalización específicas para niños y adolescentes y en la disponibilidad de centros ambulatorios (3,9/10), lo que podría indicar una falta de apoyo adecuado en la atención a la población infanto-juvenil y un escaso desarrollo de la atención comunitaria en muchos países europeos⁴.

Se muestran, a continuación, las principales ratios de la disponibilidad de recursos de atención a la Salud Mental en la UE+Reino Unido (Tabla 10).

Tabla 10. Infraestructuras de atención a la Salud Mental en la UE+Reino Unido.

	Camas hospitalarias de Psiquiatría	Camas de hospitalización específicas de niños y adolescentes	Hospitales específicos de Psiquiatría	Unidades de Salud Mental en hospitales generales	Recursos ambulatorios de atención a la Salud Mental
Promedio UE + Reino Unido	0,7 por 100.000 habitantes	3,4 por 100.000 habitantes	0,2 por 100.000 habitantes	0,5 por 100.000 habitantes	3,9 por cada 100.000 habitantes

Fuente: Headway 2023 – Mental Health Index⁴

⁴ Se incluyen camas en hospitalarias en Psiquiatría, camas de hospitalización específicas para niños y adolescentes, hospitales psiquiátricos, Unidades de Salud Mental en hospitales generales y recursos ambulatorios para la atención a la Salud Mental.

En 2019, según datos de Eurostat, en los hospitales europeos se contaba con un total de 327.000 camas de atención psiquiátrica, lo que equivale al 13,7% de todas las camas hospitalarias. En este contexto, destaca la **elevada variabilidad en la disponibilidad de camas de Psiquiatría** entre países del entorno europeo y de la OECD (Fig. 34). Esta heterogeneidad puede deberse a distintos factores⁹⁵:

- Niveles de ingresos e inversión dirigida a los recursos de Salud Mental.
- Características demográficas de la población y niveles de morbilidad.
- Disponibilidad de servicios ambulatorios y residenciales y de equipos de tratamiento asertivo comunitario, que pueden reducir la necesidad de hospitalización en los sistemas de atención.
- Disponibilidad de servicios de apoyo social.
- Nivel de estigmatización de la Salud Mental.

Según datos de Eurostat y de la OECD, **España** se encuentra por debajo de la tasa media europea por 100.000 habitantes de camas dedicadas a la especialidad de Psiquiatría (68,6 en 2019 según Eurostat y 62,3 según la OECD) (Fig. 34).

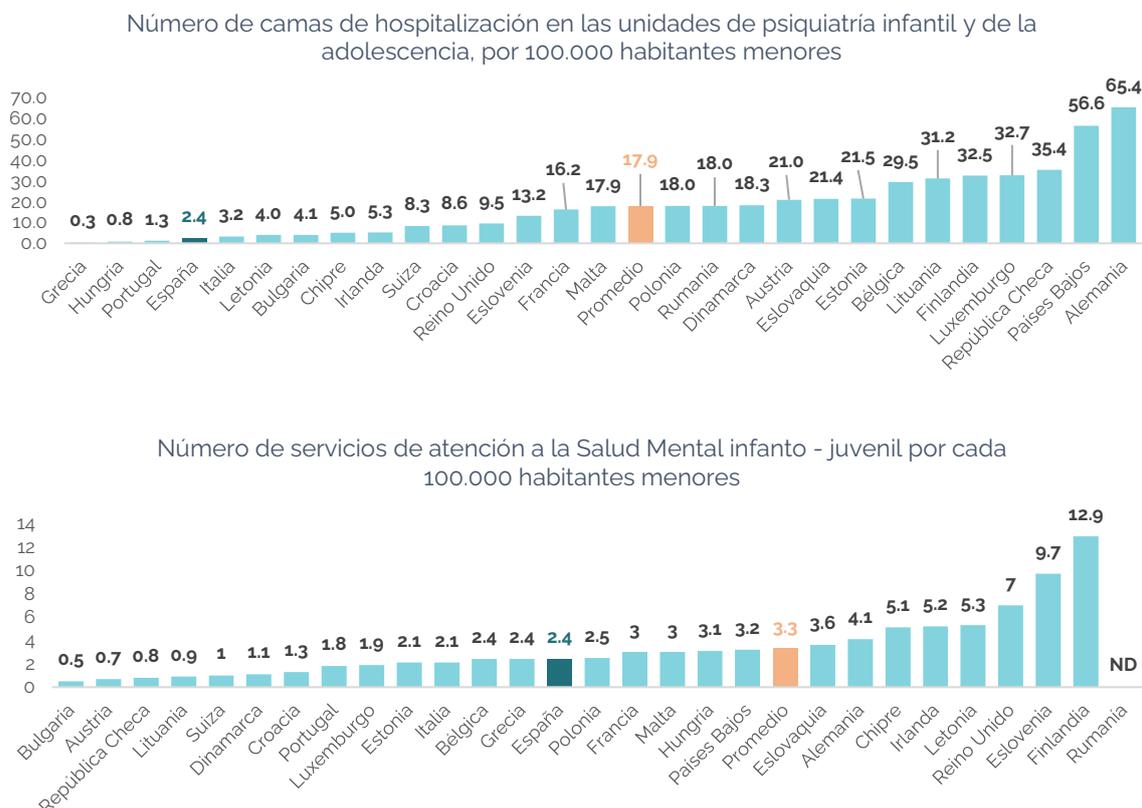
Figura 34. Camas dedicadas a la especialidad de Psiquiatría por 100.000 habitantes, según datos de la OECD (arriba) y de Eurostat (abajo).



Fuente: OECD⁹⁶ y Eurostat⁹⁷. Nota: En los datos de la OECD, el total de camas incluye todas las camas en los hospitales de Salud Mental y las camas de los Servicios de Psiquiatría de los hospitales generales y hospitales especializados (aparte de los hospitales de Salud Mental). En los datos de Eurostat, se incluyen las camas de cuidados psiquiátricos en los hospitales, definidas como camas para pacientes con problemas de Salud Mental, que cuentan con mantenimiento y personal regulares y están disponibles de inmediato para el cuidado de pacientes ingresados.

Con respecto a las camas específicas para la atención a la Salud Mental de **niños y adolescentes**, se observa, de la misma manera, una heterogeneidad sustancial entre países. Según datos de 2015 – 2016. España ocupa una de las últimas posiciones con respecto a países del entorno en cuanto a disponibilidad de camas de hospitalización en las Unidades de Psiquiatría infantil y de la adolescencia (Fig. 35)⁸⁰. Las diferencias entre países en cuanto a disponibilidad de servicios de atención a la Salud Mental infanto – juvenil podrían ser de mayor magnitud que las diferencias en la prevalencia de los trastornos de la Salud Mental en niños y adolescentes, lo que sugiere que la distribución de los recursos no coincide con la carga epidemiológica⁸⁰. La elevada variabilidad entre países, tal y como se introducía anteriormente, puede estar relacionada con las políticas estatales, la distribución de los recursos económicos, factores culturales, la organización general de la atención a la Salud Mental en cada país y la disponibilidad de otros servicios (ej. Equipos de tratamiento asertivo comunitario, modalidades domiciliarias de atención, atención psicoterapéutica, etc.).

Figura 35. Tasa de camas de hospitalización en las Unidades de Psiquiatría infantil y de la adolescencia (arriba) y de servicios de atención a la Salud Mental infanto - juvenil (abajo), por 100.000 habitantes menores.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en Signorini, G. et al. (2017)⁸⁰. Los datos se corresponden con los recopilados entre octubre de 2014 y marzo de 2015.

Nota: Los servicios de atención a la Salud Mental infanto-juvenil (CAMHS, Child and Adolescent Mental Health Services) se definieron como servicios especializados, comunitarios, multidisciplinares, en el ámbito de la Salud Mental, que cuentan con un director o consultor, que llevan a cabo intervenciones clínicas y psicosociales para niños y adolescentes con trastornos de la Salud Mental, neuropsiquiátricos o del desarrollo. Los jóvenes menores se definieron como menores de 18 años o menores de la mayoría de edad en el país en cuestión.

España se encuentra significativamente por debajo de la tasa media europea en cuanto a la dotación de camas dedicadas a la especialidad de Psiquiatría, tanto a nivel general como específicas para niños y adolescentes.

Se identifican, en este contexto, diferentes estudios que definen **ratios óptimas** de camas de Psiquiatría por población, como se indica en la Tabla 11.

Tabla 11. Ratios óptimas de camas de Psiquiatría, según diferentes estudios.

Estudio	Área	Año	Ratio óptima definida
Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos técnicos 4. Asociación Española de Neuropsiquiatría ⁸³ .	España	2000	<p>Hospital de Día (HD):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ratio mínima: 10 plazas HD / 100.000 habitantes. Ratio óptima: 19 plazas HD / 100.000 habitantes. <p>Unidad de Hospitalización Breve (UHB):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ratio mínima: 12 UHB / 100.000 habitantes. Ratio óptima: 15 UHB / 100.000 habitantes. <p>Unidad de Hospitalización Breve Niños (UHBN):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ratio mínima: 1 UHBN / 100.000 habitantes. Ratio óptima: 2 UHBN / 100.000 habitantes. <p>Unidad de Hospitalización Breve Adolescentes (UHBA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ratio mínima: 2 UHBA / 100.000 habitantes. Ratio óptima: 3 UHBA / 100.000 habitantes. <p>Unidad de Rehabilitación hospitalaria / Comunidad Terapéutica (URH/CT):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ratio mínima: 8 URH/CT / 100.000 habitantes. Ratio óptima: 10 URH/CT / 100.000 habitantes.
The Shortage of Public Hospital Beds for Mentally Ill Persons ⁹⁸	Estados Unidos	2005	<ul style="list-style-type: none"> Ratio mínima: 50 camas públicas por cada 100.000 habitantes*. <p>*El objetivo mínimo más citado en la literatura estadounidense, según el <i>Treatment Advocacy Center</i>, es de 40 – 60 camas públicas / 100.000 habitantes.</p>
A vision for change. Report of the expert group on Mental Health Policy ⁸⁴	Irlanda	2006	<ul style="list-style-type: none"> Dos equipos multidisciplinares comunitarios de Salud Mental (CHMT, Community Mental Health Teams) de niños y adolescentes / 100.000 habitantes. Se precisa de un hospital de día / 300.000 personas, aprox.
Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process ⁹⁵ *	Consenso internacional	2022	<ul style="list-style-type: none"> Ratio mínima: 30 camas / 100.000 habitantes. Ratio óptima: 60 camas / 100.000 habitantes. Escasez leve: 25 - 30 camas / 100.000 habitantes. Escasez moderada: 15 - 25 camas / 100.000 habitantes. Escasez grave: 15 camas / 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía indicada.

*El estudio de consenso realizado en 2022 basa el concepto de "cama de Psiquiatría" en la definición proporcionada por la OMS en el Atlas de Salud Mental 2017, que incluye: servicios de hospitalización psiquiátrica a corto y largo plazo en hospitales específicos de Psiquiatría, unidades de Psiquiatría de hospitales generales, unidades de hospitalización psiquiátrica de ámbito comunitario y unidades de hospitalización forense. La definición también incluye instalaciones tanto públicas como privadas sin fines de lucro y con fines de lucro, hospitales de Psiquiatría solo para niños y adolescentes, y para otras poblaciones específicas (ej. Ancianos). La definición excluye los recursos dirigidos al tratamiento específico de personas con trastornos por consumo de alcohol y sustancias o discapacidad intelectual sin diagnóstico de trastorno mental, así como recursos residenciales comunitarios y servicios que brindan exclusivamente tratamientos de recuperación y rehabilitación.

7.2. Disponibilidad de recursos a nivel estatal

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026 recoge los recursos existentes en España para la atención a la Salud Mental. En España, según los datos indicados, se cuenta con 506 centros que prestan atención de Psiquiatría⁴¹ (Tabla 12).

Tabla 12. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Año 2018.

Oferta asistencial			
	Centros públicos	Centros privados	Total de centros
	Total de centros	Total de centros	Total de centros
Psiquiatría	284	222	506
Psicología clínica	290	164	454
Terapia ocupacional	280	70	350

Fuente: Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 - 2026⁴¹. Los datos proceden de la Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento del Ministerio de Sanidad (2019)

Según los datos indicados, el 61% de los hospitales del SNS y el 71% de los privados ofertan psiquiatría. En la Tabla 13 inferior, se detallan los recursos de atención a la Salud Mental a nivel estatal, según datos del Ministerio de Sanidad (año 2019)⁹⁹.

Tabla 13. Disponibilidad de recursos de hospitalización en Salud Mental en España. 2019.

Hospital de día psiquiátrico						
	Centros públicos		Centros privados		Total de centros	
	Total de plazas	Tasa de plazas por 100.000 habitantes	Total de plazas	Tasa de plazas por 100.000 habitantes	Total de plazas	Tasa de plazas por 100.000 habitantes
Plazas	4.183	8,88	511	1,08	4.694	9,97
Unidad de Agudos y Media y Larga Estancia (UME / ULE) de Psiquiatría						
	Centros públicos		Centros privados		Total de centros	
	Camas en funcionamiento		Camas en funcionamiento		Camas en funcionamiento	
U. Agudos	5.445		1.038		6.483	
UME / ULE	6.910		3.600		10.510	

Fuente: Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento del Ministerio de Sanidad (2019)⁹⁹. Los datos se corresponden con los tipos de puestos de hospital en día según dependencia (puestos de hospital de día psiquiátrico, en centros públicos del SNS y en centros privados) y con los indicadores de actividad en hospitales por áreas asistenciales según dependencia (camas en funcionamiento de Psiquiatría Unidad de agudos y Psiquiatría de media y larga estancia, en centros públicos del SNS y centros privados)

Así, en total, en España se contaría con 16.993 camas en funcionamiento (incluyendo hospitalización de agudos, media y larga estancia tanto de centros públicos como privados), lo que equivale a una **tasa de 35,86 camas / 100.000 habitantes**. Esta ratio nos sitúa lejos de las ratios definidas como óptimas a nivel internacional⁹⁵.

La tasa de camas de Psiquiatría disponibles en España se encuentra por debajo de las ratios a nivel internacional.

En el Libro Blanco de la Psiquiatría en España se han recogido los principales indicadores de recursos de atención psiquiátrica, tanto para adultos como para la población infanto-juvenil, estructurados en **cuatro grandes grupos**:

- Número de dispositivos y camas de hospitalización: hospitalización de agudos / breve, hospitalización de subagudos / media estancia y hospitalización de larga estancia.
- Número total y número de plazas en Hospitales de Día.
- Número de Centros de Salud Mental o Unidades Ambulatorias.
- Programas específicos y disponibilidad de unidades monográficas y consultas.

Se destaca el papel clave de los especialistas de Psiquiatría en la **valoración de los recursos existentes**, a través de una visión especializada que contribuye a identificar las necesidades y a evaluar la adecuación de los recursos para abordarlas. Además, ejercen un papel esencial en la información y asesoramiento en este sentido a profesionales de otras especialidades y ámbitos.

7.3. Disponibilidad de recursos y ratios a nivel autonómico

Para conocer la situación de los recursos disponibles en España respecto a los cuatro grandes grupos de recursos mencionados, se ha realizado un análisis de la información clave en cada Comunidad Autónoma.

A nivel general, en las CC. AA. se detecta la **necesidad de reforzar la red de dispositivos de atención a la salud mental**, en función de las necesidades de Salud Mental presentes y emergentes en la población adulta e infanto – juvenil. Las CC. AA. están realizando **esfuerzos en este sentido, impulsando la creación de diferentes recursos.**

⁹⁵ El estudio de consenso realizado en 2022⁹⁵ basa el concepto de "cama de Psiquiatría" en la definición proporcionada por la OMS en el Atlas de Salud Mental 2017, que incluye: servicios de hospitalización psiquiátrica a corto y largo plazo en hospitales específicos de Psiquiatría, unidades de Psiquiatría de hospitales generales, unidades de hospitalización psiquiátrica de ámbito comunitario y unidades de hospitalización forense. La definición también incluye instalaciones tanto públicas como privadas sin fines de lucro y con fines de lucro, hospitales de Psiquiatría solo para niños y adolescentes, y para otras poblaciones específicas (ej. Ancianos). La definición excluye los recursos dirigidos al tratamiento específico de personas con trastornos por consumo de alcohol y sustancias o discapacidad intelectual sin diagnóstico de trastorno mental, así como recursos residenciales comunitarios y servicios que brindan exclusivamente tratamientos de recuperación y rehabilitación.

En numerosas ocasiones, los **recursos disponibles** no son suficientes para abordar la demanda existente y garantizar la cobertura necesaria. Especialmente, se destaca la necesidad de **incrementar el número de camas de hospitalización breve, de media y larga estancia, así como de plazas en los hospitales de día**, resaltando el déficit existente en el acceso a las mismas y las largas listas y tiempos de espera actuales. En el contexto actual, la infradotación en la disponibilidad de recursos es especialmente destacable en la atención a la salud mental infante – juvenil.

El análisis autonómico realizado presenta una serie de limitaciones, derivadas fundamentalmente de la heterogeneidad en la información recopilada en las diferentes CC. AA., ya que la organización asistencial y la nomenclatura empleada para denominar los diferentes recursos es variable. Además, la contabilización de los recursos incluidos en el análisis puede verse condicionada por la inclusión o no de recursos específicos (ej. Unidades específicas de patologías concretas) y privados / concertados (incluyendo dispositivos mixtos) en el volumen total de recursos para la atención a la Salud Mental. Con el objetivo de normalizar la información disponible y poder realizar comparativas entre las CC. AA., se recoge, a continuación, la ratio de dispositivos y camas por cada 100.000 habitantes.

Como aspecto clave en este sentido, cabe destacar que la edad de asistencia de los dispositivos de atención a pacientes infantiles y adolescentes varía en función de la Comunidad Autónoma, pues cada región define una edad máxima de asistencia, por encima de la cual el paciente es derivado a la Red de Psiquiatría de Adultos. De esta forma, en algunas CC. AA. la edad de asistencia alcanza los 14 años, mientras que en otras la asistencia abarca hasta los 16 o 18 años. Según lo indicado en el Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente (2014)³²:

- CC. AA. con asistencia psiquiátrica infante - juvenil hasta los 18 años: Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Islas Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, País Vasco, Extremadura, La Rioja y Comunidad de Madrid.
- CC. AA. con asistencia psiquiátrica infante - juvenil hasta los 16 años: Principado de Asturias, Galicia, Región de Murcia y Comunidad Foral de Navarra.
- CC. AA. con asistencia psiquiátrica infante - juvenil hasta los 14 años: Comunidad Valenciana. En la C. Valenciana, la asistencia en las Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil es hasta los 16 o 18 años, según el departamento de salud.

Para la obtención de cada uno de los rangos de edad, se ha utilizado la información disponible en el INE 2021. En cada una de las CC. AA., se ha considerado que la asistencia a adultos engloba la población a partir de los 14, 16 o 18 años, en función de la C. Autónoma.

Se observa una elevada variabilidad a nivel autonómico en cuanto a la disponibilidad de recursos de atención en el campo de la Psiquiatría, destacándose la **necesidad de potenciar una mayor equidad, subsanar las diferencias existentes y fortalecer los recursos disponibles para alcanzar las ratios necesarias para hacer frente a las necesidades actuales.**

Recursos de hospitalización

Recursos de hospitalización Breve / Agudos^{*}

Las Unidades de Agudos u Hospitalización Breve de Psiquiatría son los espacios del entorno hospitalario en los que se ofrece una atención especializada y tratamiento en régimen de hospitalización breve, en momentos de crisis, episodios agudos y circunstancias similares que requieren un alejamiento temporal del paciente de su medio habitual. De manera general, los recursos de hospitalización breve de adultos e infanto-juvenil están diferenciados, y se suele contar también con programas de hospitalización dirigidos a condiciones específicas (ej. Desintoxicación hospitalaria).

Tabla 14. Principales datos y ratios de recursos de hospitalización breve / agudos en las Comunidades Autónomas.

Hospitalización Breve / Agudos - Adultos				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes	Nº de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Andalucía	20	0,3	542	8
Aragón	5	0,5	104	9,5
I. Baleares	7	0,7	124	13,0
I. Canarias	9	0,5	178	9,8
Cantabria	1	0,2	28	5,7
Castilla-La Mancha	7	0,4	131	7,9
Castilla y León	11	0,5	208	10,3
Cataluña	33	0,5	895	14,2
C. Madrid	24	0,4	543	9,9
C. F. Navarra	2	0,4	60	11,0
C. Valenciana	18	0,4	306	7,0
Extremadura	5	0,6	93	10,6
Galicia	8	0,3	237	10,1
País Vasco	5	0,3	203	11,1
P. de Asturias	5	0,6	96	10,8
R. de Murcia	8	0,6	136	11,0
La Rioja	1	0,4	18	6,9

^{*} **Notas:** (1) Islas Baleares: los datos de Unidades de Hospitalización se recogen según lo indicado en el Plan de Salud Mental 2016 – 2022 de las Illes Balears (fecha de los datos: 2016) Las UHA incluyen las Unidades de Hospitalización Breve sectoriales y suprasectoriales. No se dispone de la información relativa a las unidades o camas de hospitalización infanto-juvenil. (2) País Vasco: se incluyen los Programas clasificados como "Hospitalización Breve General" en Servicios de Psiquiatría. (3) Islas Canarias: se incluyen las Unidades de Hospitalización de Agudos (7), la Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario universitario de Canarias, dependiente del Servicio de Psiquiatría (1), la Unidad de Patología Dual del H. U. Gran Canaria Dr. Negrín, dependiente del Servicio de Psiquiatría (1) y la Unidad de Internamiento Infantojuvenil del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (1). (4) Cataluña: no se incluyen las 17 consultas periféricas de adultos y 20 de infanto-juvenil.

Hospitalización Breve / Agudos - Infanto - juvenil				
Comunidad Autónoma	Nº. de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes	Número de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Andalucía	3	0,2	14	0,8
Aragón	1	0,4	10	4,3
I. Baleares	ND	ND	ND	ND
I. Canarias	1	0,3	14	3,9
Cantabria	1	1,0	4	4,1
Castilla-La Mancha	1	0,3	15	3,9
Castilla y León	2	0,6	16	4,5
Cataluña	11	0,7	118	8,0
C. Madrid	5	0,4	111	8,7
C. F. Navarra	1	0,9	4	3,5
C. Valenciana	3	0,5	19	2,9
Extremadura	1	0,6	8	4,4
Galicia	1	0,3	7	2,0
País Vasco	4	1,1	22	5,8
P. de Asturias	1	0,8	5	4,1
R. de Murcia	1	0,3	8	2,8
La Rioja	1	1,7	2	3,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores autonómicos recopilados y Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo (2021)⁷³. Para el cálculo de la población infanto - juvenil atendida, se han tomado como base el rango de edad atendido en Psiquiatría Infanto - Juvenil en cada C. Autónoma y los datos del INE (Población por comunidades, edad (año a año), españoles/extranjeros, sexo y año (2021).

Recursos de hospitalización de Media Estancia / Subagudos*

Las Unidades de Media Estancia o Subagudos son aquellos recursos en los que se presta asistencia sanitaria y régimen de ingreso adaptado a personas con patología psiquiátrica de diverso origen, que tienen dificultades para recuperarse en el entorno ambulatorio y que requieren un ingreso más prolongado (normalmente, entre 3 y 6 meses). La mayoría de CC. AA. no disponen de este tipo de recursos específicos y diferenciados para la población infanto-juvenil.

La heterogeneidad observada en los datos autonómicos puede estar relacionada con la inclusión de dispositivos mixtos o concertados en la contabilización de los recursos.

* **Notas:** (1) País Vasco: se incluye el Hospital Psiquiátrico de Zamudio, el Sanatorio de Uburbil, la Unidad de media estancia de H. San Juan de Dios de Donostia, Hospital de Aita Menni Arrasate y la Unidad de Subagudos del Hospital Psiquiátrico de Álava. (2) Andalucía: se incluyen únicamente las camas en las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental de las Unidades de Gestión Clínica. No se incluyen las camas concertadas con la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (3) Galicia: no se identifica información relativa al número de dispositivos de media estancia. (4) Islas Canarias: no se incluye el nuevo recurso de estancia media creado en Lanzarote. (5) Cantabria: se incluyen las 50 camas disponibles en el Hospital Santa Cruz de Liencres y las 30 camas concertadas con el Centro Hospitalario Padre Menni.

Tabla 15. Principales datos y ratios de recursos de hospitalización de media estancia en las Comunidades Autónomas.

Hospitalización de Media Estancia - Adultos				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes	Nº de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Andalucía	ND	ND	255	4
Aragón	5	0,5	146	13,3
I. Baleares	3	0,3	50	5,2
I. Canarias	2	0,1	53	2,9
Cantabria	2	0,4	80	16,4
Castilla-La Mancha	6	0,4	133	8,0
Castilla y León	7	0,3	115	5,7
Cataluña	20	0,3	555	8,8
C. Madrid	11	0,2	301	5,5
C. F. Navarra	1	0,2	28	5,1
C. Valenciana	3	0,1	143	3,3
Extremadura	2	0,2	54	6,2
Galicia	ND	ND	221	9,4
País Vasco	1	0,1	376	20,5
P. de Asturias	7	0,8	125	14,1
R. de Murcia	2	0,2	124	10,0
La Rioja	1	0,4	22	8,4

Hospitalización de Media Estancia - Infanto – juvenil				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes	Nº de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Cantabria	1	1,0	3	3,1
Castilla-La Mancha	1	0,3	13	3,4
Cataluña	4	0,3	26	1,8
C. Madrid	2	0,2	31	2,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores autonómicos recopilados y Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo (2021)⁷³. Para el cálculo de la población infanto – juvenil atendida, se han tomado como base el rango de edad atendido en Psiquiatría Infanto – Juvenil en cada C. Autónoma y los datos del INE (Población por comunidades, edad (año a año), españoles/extranjeros, sexo y año (2021).

Recursos de hospitalización de Larga Estancia*

Los recursos de hospitalización de Larga Estancia prestan asistencia, en régimen de hospitalización completa, a personas que padecen trastornos mentales graves, de larga duración y de difícil manejo, cuyo abordaje en el régimen ambulatorio u otros recursos no es eficaz. A nivel autonómico, no se identifican recursos de hospitalización de larga estancia exclusivos para niños y adolescentes.

Al igual que con los recursos de hospitalización de media estancia, se observan amplias diferencias en la disponibilidad de camas para la hospitalización a larga estancia en las diferentes CC. AA, pudiendo haber influido la inclusión de camas mixtas o concertadas en la contabilización de los recursos.

Tabla 16. Principales datos y ratios de recursos de hospitalización de larga estancia en las Comunidades Autónomas.

Hospitalización de Larga Estancia - Adultos				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes	Nº de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Andalucía	ND	ND	255	4
Aragón	4	0,4	390	35,7
I. Baleares	1	0,1	24	2,5
I. Canarias	2	0,1	160	8,8
Cantabria	ND	ND	ND	ND
Castilla-La Mancha	2	0,1	194	11,7
Castilla y León	3	0,1	113	5,6
Cataluña	20	0,3	2104	33,4
C. Madrid	4	0,1	952	17,4
C. F. Navarra	1	0,2	28	5,1
C. Valenciana	2	0,0	136	3,1
Extremadura	2	0,2	355	40,4
Galicia	ND	ND	252	10,8
País Vasco	1	0,1	231	12,6
P. de Asturias	2	0,2	34	3,8
R. de Murcia	-	-	-	-
La Rioja	1	0,4	140	53,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores autonómicos recopilados y Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo (2021)⁷³. Para el cálculo de la población infante – juvenil atendida, se han tomado como base el rango de edad atendido en Psiquiatría Infante – Juvenil en cada C. Autónoma y los datos del INE (Población por comunidades, edad (año a año), españoles/extranjeros, sexo y año (2021).

* **Notas:** (1) Islas Baleares: Datos recogidos a partir de los indicados en el Plan de Salud Mental 2016 – 2022 de las Illes Balears. Fecha de los datos: 2016. (2) País Vasco: se incluye el Área Larga Estancia y Psicogeriatría del Hospital Aita Menni Arrasate. (3) Andalucía: no se dispone de información de los recursos de larga estancia disponibles. (4) La Rioja: se incluyen las camas sociosanitarias del Centro de Salud Mental de Albelda de Iregua. (5) Galicia: no se identifica información relativa al número de dispositivos de larga estancia. No incluyen las camas de cuidado especial ni camas de rehabilitación psicosocial. (6) Cantabria: las camas de larga estancia se gestionan a través de los centros residenciales dependientes de Servicios Sociales.

Hospitales o centros de día*

Los hospitales o centros de día de Psiquiatría son dispositivos terapéuticos intermedios entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio, en los que se realiza un tratamiento integral, psicoterapéutico y rehabilitador, fundamentalmente dirigido a personas con patología moderada o grave.

De manera general, se cuenta con programas de tratamiento específico de algunas patologías concretas (Ej. Adicciones, trastorno de la conducta alimentaria, etc.) y con recursos diferenciados para la población infante – juvenil.

Tabla 17. Principales datos y ratios de recursos de hospitales o centros de día en las Comunidades Autónomas.

Hospitales o centros de Día - Adultos				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes	Nº de plazas	Ratio plazas / 100.000 habitantes
Andalucía	16	0,2	328	5
Aragón	4	0,4	56	5,1
I. Baleares	6	0,6	97	10,2
I. Canarias	1	0,1	50	2,8
Cantabria	3	0,6	59	12,1
Castilla-La Mancha	5	0,3	127	7,6
Castilla y León	7	0,3	136	6,7
Cataluña	30	0,5	779	12,4
C. Madrid	19	0,3	436	8,0
C. F. Navarra	5	0,9	139	25,4
C. Valenciana	10	0,2	126	2,9
Extremadura	1	0,1	20	2,3
Galicia	8	0,3	146	6,2
País Vasco	18	1,0	152	8,3
P. de Asturias	8	0,9	ND	ND
R. de Murcia	1	0,1	30	2,4
La Rioja	1	0,4	12	4,6

* **Notas:** (1) Islas Baleares: Datos recogidos a partir de los indicados en el Plan de Salud Mental 2016 – 2022 de las Illes Balears. Fecha de los datos: 2016. No se dispone de información de los hospitales o centros de día infante-juvenil. (2) País Vasco: no se incluyen las Unidades de Desintoxicación. (3) Andalucía: de las 14 Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil, sólo 3 disponen de camas propias. (4) C. Valenciana: no se dispone del número de camas de 4 Hospitales de Día de adultos. (5) C. Madrid: se incluyen los hospitales de día CET (Centro Educativo Terapéutico) y de tratamiento intensivo. (6) Cantabria: las camas de hospitales de día de adultos se corresponden con las camas disponibles, a pleno rendimiento, en el Hospital Santa Cruz de Liencres (30), en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (15) y en el Hospital de Sierrallana. En contexto de la pandemia de la COVID-19, únicamente hay disponibles 17 camas en el Hospital Santa Cruz de Liencres, 8 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y 10 en el Hospital de Sierrallana. (7) Principado de Asturias: no se dispone de información sobre el número de camas en hospitales de día de adultos.

Hospitales o Centros de Día - Infanto – juvenil				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes	Nº de plazas	Ratio plazas / 100.000 habitantes
Andalucía	14	0,8	253	15,3
Aragón	1	0,4	12	5,2
I. Baleares	ND	ND	ND	ND
I. Canarias	2	0,6	90	24,8
Cantabria	1	1,0	7	7,3
Castilla-La Mancha	3	0,8	41	10,6
Castilla y León	1	0,3	20	5,6
Cataluña	25	1,7	546	37,2
C. Madrid	9	0,7	260	20,5
C. F. Navarra	1	0,9	12	10,5
C. Valenciana	1	0,2	10	1,5
Extremadura	-	-	-	-
Galicia	4	1,1	80	22,4
País Vasco	6	1,6	32	8,4
P. de Asturias	1	0,8	20	16,2
R. de Murcia	3	1,0	60	20,8
La Rioja	1	1,7	15	25,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores autonómicos recopilados y Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo (2021)⁷³. Para el cálculo de la población infanto – juvenil atendida, se han tomado como base el rango de edad atendido en Psiquiatría Infanto – Juvenil en cada C. Autónoma y los datos del INE (Población por comunidades, edad (año a año), españoles/extranjeros, sexo y año (2021).

Centros de Salud Mental*

Los centros de Salud Mental son recursos de atención ambulatoria, en el que se presta asistencia de consultas clínicas y rehabilitación a pacientes ambulatorios de un área geográfica determinada, desarrollando también programas de prevención y promoción de la salud. Suele constituir el primer nivel de atención, siendo la unidad con la que se

* **Notas:** (1) Islas Baleares: datos recogidos a partir de los indicados en el Plan de Salud Mental 2016 – 2022 de las Illes Balears. Fecha de los datos: 2016. Los Centros de SM de Adultos corresponden con las Unidades de Salud Mental sectoriales. Los Centros de SM I-J corresponden con las Unidades Comunitarias de SM I-J suprasectoriales. No se incluyen las Unidades Comunitarias de Rehabilitación, los Equipos de Soporte Comunitario, las Unidades de Patologías Relacionadas con el Alcohol o Psicogeriatrico. (2) País Vasco: los Centros de Salud Mental de Adultos incluyen los dispositivos de atención comunitaria general y la atención comunitaria para dependencias. No se incluyen los recursos específicos para autismo o trastornos de la conducta alimentaria, psico-oncología, trastornos de personalidad, recursos psicoeducativos o atención a las adicciones. No se incluyen los recursos específicos para trastornos de conducta alimentaria. (3) Andalucía: no se diferencian los centros de salud mental adultos e infanto-juvenil (78). Se han contabilizado en los centros de salud mental de adultos. (4) Islas Canarias: 9 Unidades de Salud Mental Comunitarias de Adultos también atienden a población infanto-juvenil (USM-IJ funcionales integradas). (5) Cataluña: se dispone también de 17 consultas periféricas de adultos y 20 de infanto-juvenil.

coordinan el resto de los dispositivos de atención a la Salud Mental. La denominación y vías de acceso a los centros de Salud Mental puede variar en función de las CC. AA.

Las CC. AA. cuentan con centros de Salud Mental específicos para niños y adolescentes.

Tabla 18. Principales datos y ratios de recursos de centros de Salud Mental en las Comunidades Autónomas.

Centros de Salud Mental - Adultos		
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes
Andalucía	78	1,1
Aragón	22	2,0
I. Baleares	9	0,9
I. Canarias	24	1,3
Cantabria	6	1,2
Castilla-La Mancha	31	1,9
Castilla y León	30	1,5
Cataluña	74	1,2
C. Madrid	34	0,6
C. F. Navarra	12	2,2
C. Valenciana	77	1,8
Extremadura	16	1,8
Galicia	41	1,8
País Vasco	40	2,2
P. de Asturias	16	1,8
R. de Murcia	17	1,4
La Rioja	8	3,1

Centros de Salud Mental - Infanto - juvenil		
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes
Andalucía	Incluidos en adultos	
Aragón	13	5,6
I. Baleares	5	2,3
I. Canarias	9	2,5
Cantabria	3	3,1
Castilla-La Mancha	7	1,8
Castilla y León	11	3,1
Cataluña	52	3,5
C. Madrid	28	2,2
C. F. Navarra	1	0,9
C. Valenciana	26	2,8
Extremadura	4	2,2
Galicia	9	2,5
País Vasco	15	4,0

Centros de Salud Mental - Infanto - juvenil		
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos / 100.000 habitantes
P. de Asturias	4	3,2
R. de Murcia	11	3,8
La Rioja	2	3,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores autonómicos recopilados y Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo (2021)⁷³. Para el cálculo de la población infanto - juvenil atendida, se han tomado como base el rango de edad atendido en Psiquiatría Infanto - Juvenil en cada C. Autónoma y los datos del INE (Población por comunidades, edad (año a año), españoles/extranjeros, sexo y año (2021). En la Comunidad Valenciana, se ha considerado que en los centros de salud mental se atiende a los menores de 18 años, pese a que la asistencia en las Unidades de Salud Mental Infanto - Juvenil en la Comunidad puede abarcar hasta los 16 o los 18 años en función del Departamento de Salud.

7.4. Desarrollo de programas específicos

La Psiquiatría es una especialidad amplia, compleja, diversa y en constante evolución, caracterizada por un fuerte enfoque holístico.

La atención psiquiátrica presenta, de esta manera, áreas especializadas de atención a distintos perfiles de pacientes que requieren de un abordaje integral y coordinado por parte de profesionales con una formación y competencias especializadas. Con este objetivo, en los distintos centros y/o áreas sanitarias se desarrollan programas específicos, unidades o consultas monográficas, especializadas en el abordaje de determinados pacientes. En este contexto, las CC. AA. están realizando esfuerzos para reforzar la atención de la Salud Mental, potenciando la creación y refuerzo de Unidades o consultas monográficas y programas específicos (Tabla 19). El desarrollo de programas, recursos y unidades suele ir acompañado de medidas de contratación adicional de profesionales de Salud Mental, incluyendo psiquiatras.

Las CC. AA. disponen de programas específicos dirigidos a distintos ámbitos, destacando los trastornos de la conducta alimentaria, las adicciones y los primeros episodios psicóticos como áreas en las que la disponibilidad de Unidades Monográficas y/o Consultas específicas es mayor.

Tabla 19. Disponibilidad de programas específicos, por C. Autónoma y campo de conocimiento.

Comunidad Autónoma	Disponibilidad de Unidades Monográficas o consultas												
	Trastornos de personalidad	Programa PEP	Psicogeriatría	TCA	Discapacidad intelectual	Autismo	Adicciones	Adicciones sin sustancia	Alto riesgo	Perinatal	Patología dual	Programas jóvenes	Violencia de género
Andalucía	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS
Aragón	UM y CS		UM	UM y CS			UM y CS						
I. Baleares	UM y CS	UM y CS		UM y CS	CS		UM y CS	UM y CS	UM y CS	CS	UM y CS		
I. Canarias	UM	CS	UM	UM			UM	UM			UM y CS		
Cantabria	CS	UM	UM y CS	UM		CS	UM			CS	ND	UM y CS	CS
C. La Mancha		UM y CS	UM y CS	UM y CS	CS	CS	UM	CS	CS	CS	CS	CS	CS
Castilla y León	CS	CS	CS	CS	CS	CS	CS	CS	CS	CS	CS	CS	CS
Cataluña	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	CS
C. Madrid	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	ND	UM y CS	UM y CS	UM y CS
C. F. Navarra		UM y CS	UM y CS	UM y CS			UM y CS	UM y CS			UM y CS	UM y CS	
C. Valenciana	CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS		UM y CS						
Extremadura	CS	UM y CS	CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	CS	UM y CS	CS
Galicia	UM		UM y CS	UM y CS		UM y CS	UM y CS	UM			CS	CS	UM
País Vasco	UM y CS	UM y CS	UM y CS	UM y CS	CS	CS	UM y CS	UM y CS	UM	UM	UM y CS		UM
P. de Asturias	CS	UM y CS	CS	UM y CS	CS	CS	UM y CS	UM y CS	CS	CS	CS	UM y CS	UM y CS
R. de Murcia	UM y CS	CS	CS	UM y CS	CS	UM y CS	UM y CS	CS		UM y CS	UM y CS	UM y CS	CS
La Rioja			UM	UM y CS	UM y CS	UM y CS	CS					UM y CS	

Fuente: Elaboración propia. UM: Unidad Monográfica. CS: Consultas. TCA: Trastornos de la conducta alimentaria. PEP: Primeros episodios psicóticos. Nota: Algunas CC. AA. disponen de otros programas autonómicos dirigidos a campos de conocimiento o condiciones específicas.

8. VOLUMEN DE ACTIVIDAD

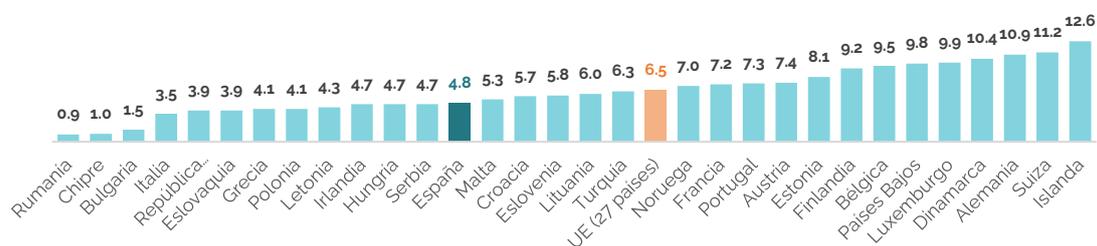
La cuantificación y caracterización del volumen de actividad permite conocer la situación y el estado de salud de la población en el ámbito de la Psiquiatría. Así, tras la descripción de los recursos humanos y materiales disponibles en las diferentes CC. AA., se ha analizado la actividad de Psiquiatría desarrollada en España, a partir de los datos de cada una de las CC. AA.

8.1. Contexto y comparación internacional

En la UE, según datos de Eurostat, un 6,5% de la población UE-27 había consultado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los 12 meses anteriores a la *European Health Interview Survey (EHIS)* de 2019¹⁰⁰, observándose amplias diferencias entre países (Fig. 36)¹⁰⁰.

En casi todos los Estados miembros de la UE, la proporción de mujeres (mayores de 15 años) que consultaron a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra fue mayor que los hombres. Concretamente, en España, el 4% de la población masculina había consultado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, frente al 5,5% de la población femenina¹⁰⁰.

Figura 36. Consultas auto informadas de profesionales de atención de la Salud Mental, como porcentaje. 2019.



Fuente: Eurostat¹⁰⁰.

8.2. A nivel estatal

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2020 – 2021 y la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026 recogen indicadores clave de la atención a la Salud Mental en España^{5,41}:

- En 2020 y 2021, se realizaron 13,1 visitas a los centros de **Atención Primaria** al año por cada persona con enfermedad mental, alrededor de un 50% más que la población general^{5,41}.

¹⁰⁰ La *European Health Interview Survey (EHIS)* consta de cuatro módulos sobre el estado de salud, el uso de la atención médica, los determinantes de la salud y las variables socioeconómicas. Hasta 2019, la encuesta se realizaba cada 5 años. A partir de 2019, la encuesta tendrá una periodicidad de 6 años.

- Se llevaron a cabo 5.287.638 **consultas de psiquiatría anuales**, lo que supone un 5,0% del total de consultas de atención especializada. Alrededor del 94,4% de las consultas de Psiquiatría se han realizado en centros públicos^{5,41}.
- En cuanto al **consumo de fármacos**, se estima un total de 86,9 DHD* (Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes) en un año en consumo de antidepresivos, aumentando un 36% entre 2010 y 2019. El consumo de sustancias hipnóticas y sedantes se calcula en 34,2 DHD en un año, aumentando un 23% en 2010 – 2019^{5,41}.

En cuanto a **actividad de hospitalización**, la tasa de hospitalizaciones en Salud Mental se establece en 1,6 hospitalizaciones por 1.000 habitantes, algo más elevadas en hombres que en mujeres, manteniéndose en unos valores relativamente estables desde 2010 a 2019^{5,41}. La tendencia de los reingresos urgentes psiquiátricos es estable, en torno al 10%^{5,41}.

Según datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria (2020) del INE¹⁰¹, los trastornos mentales y del comportamiento fue el grupo de diagnóstico que causó más **estancias hospitalarias** (17,1% del total, con 6.331.102 estancias), representando el 2,4% del total de altas en 2020 (104.135 altas asociadas a este grupo diagnóstico)[†].

Además, los trastornos mentales y del comportamiento se correspondieron con las estancias medias más prolongadas, con 60,8 días en 2020 (50,6 días en 2019), variando desde los 36,2 días en hospitales públicos a los 131,5 días en hospitales privados¹⁰¹.

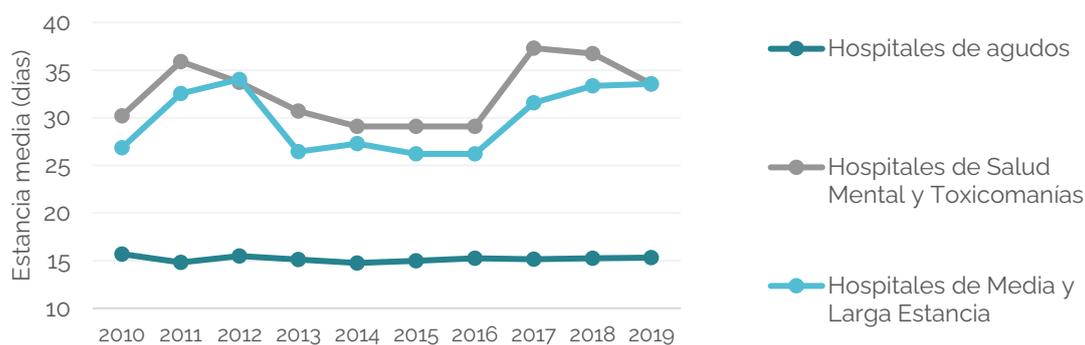
Los trastornos mentales y del comportamiento es el grupo diagnóstico que más estancias hospitalarias causó en 2020, y el que se asoció a estancias medias más prolongadas.

En cuanto a la **estancia media** por centros de atención de Salud Mental, se observa una evolución estable de la estancia media en los hospitales de agudos, frente a un incremento de la estancia en los hospitales de media y larga estancia durante el periodo 2016 – 2019 y una disminución de la estancia media en los hospitales de Salud Mental y toxicomanías, según datos de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026 (Fig. 37)^{5,41}.

* Siguiendo las recomendaciones de la OMS sobre Estudios de Utilización de Medicamentos, los consumos de los medicamentos se han expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). La DDD es una unidad técnica de medida que corresponde a la dosis de mantenimiento en la principal indicación para una vía de administración determinada en adultos. Las DDD de los principios activos las establece la OMS. A modo de ilustrativo, una utilización de 20 DHD en 2020 podría ser interpretada como si cada día de 2020 un promedio de 20 de cada 1.000 habitantes hubiese recibido una DDD del medicamento.

†El elevado porcentaje de estancias hospitalarias por trastornos mentales y de comportamiento frente al escaso número de altas con dicho diagnóstico (2,4%) se debe al mayor periodo de internamiento hospitalario de los enfermos con esta patología en hospitales privados de larga estancia.

Figura 37. Evolución de la estancia media, por tipo de centro.



Fuente: Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026⁴¹.

8.3. A nivel autonómico

En el Libro Blanco de Psiquiatría en España, se han recogido, a nivel autonómico, indicadores clave de la actividad de Psiquiatría en las diferentes CC. AA. en las dimensiones de análisis indicadas.

La actividad analizada se ha distinguido entre dos ámbitos:

- **Actividad de consultas**
- **Actividad de hospitalización**

De forma similar a las ratios calculados en los recursos asistenciales, en el ámbito infante – juvenil se han considerado las edades de asistencia en cada una de las CC. AA., y en el ámbito de adultos se ha incluido la población a partir de estas edades máximas, utilizando la información disponible en el INE 2021.

Este análisis presenta una serie de condicionantes que dificultan el establecimiento de conclusiones de la actividad de Psiquiatría desde un punto de vista global, ya que la recogida y normalización de la información es heterogénea en función de la Comunidad Autónoma, pues no se dispone de un sistema automatizado de recogida y normalización de la información. De esta manera, la recopilación de la información y su posterior evaluación no siempre abarca la totalidad de la actividad desarrollada o no cuenta con el detalle necesario para diferenciar la información en indicadores de actividad más concretos.

Especialmente, se identifican dificultades en cuanto a la disponibilidad de información desagregada relativa a la actividad asistencial de niños y adolescentes. Además, podrían haberse incluido duplicidades de pacientes que hayan utilizado recursos específicos y comunes con adultos.

La **actividad de Psiquiatría es variable en las CC. AA.**, identificándose heterogeneidad en los datos recogidos y su nivel de desagregación.

Actividad de consultas

Se recoge, a continuación, la actividad de consultas en Psiquiatría realizada en las diferentes CC. AA., incluyendo las primeras consultas totales, consultas sucesivas totales, incidencia, frecuentación y los tiempos de espera para ambas, así como el índice de consultas sucesivas / primeras consultas. No se diferencian las consultas realizadas en el entorno ambulatorio y hospitalario. Como ya se ha comentado, el análisis completo y preciso de los datos recogidos se dificulta debido a la heterogeneidad de los datos recopilados.

Para una mayor normalización y comparabilidad de los datos, se han considerado los indicadores de incidencia y frecuentación.

- **Incidencia:** número de primeras consultas por 1.000 habitantes de referencia.
- **Frecuentación:** número total de consultas realizadas por 1.000 habitantes de referencia.

Tabla 20. Indicadores de actividad de consultas a nivel autonómico, en adultos e infanto – juvenil.

Actividad de consultas en adultos								
Comunidad Autónoma	Primeras consultas	Incidencia	Consultas sucesivas	Consultas totales	Frecuentación	Índice consultas sucesivas / primeras consultas	Tiempo de espera (días) para primeras consultas	Tiempo de espera (días) para consultas sucesivas
Andalucía	103.401	15,2	663.290	766.691	112	6,4	35,5	78,6
Aragón	11.080	10,1	69.867	80.947	74,0	6,3	ND	ND
I. Baleares	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
I. Canarias	21.730	12,0	163.707	185.437	102,4	7,5	88,4	ND
Cantabria	12.422	25,5	73.305	85.727	175,7	5,9	67	ND
Castilla-La Mancha	25.854	15,5	73.305	99.159	59,6	2,8	38,2	ND
Castilla y León	44.259	21,9	206.142	250.401	123,7	4,7	32	NA
Cataluña	49.370	7,8	1.329.530	1.378.900	219,0	26,9	ND	ND
C. Madrid	125.201	22,8	554.358	679.559	124,0	4,4	39	ND
C. F. Navarra	6.320	11,5	39.635	45.955	83,9	6,3	59	ND
C. Valenciana	856.534	194,9	NA	856.534	194,9	ND	50	50
Extremadura	8.536	9,7	40.630	49.166	56,0	4,8	110	160
Galicia	61.638	26,4	322.825	384.463	164,4	5,2	37,3	65,3
País Vasco	28.338	15,4	541.611	569.949	310,7	19,1	33,8	ND
P. de Asturias	19.393	21,8	143.802	163.195	183,6	7,4	24,1	ND
R. de Murcia	66.588	53,9	314.036	380.624	308,4	4,7	35	69
La Rioja	7.353	28,1	44.003	51.356	196,2	6,0	47	ND

Actividad de consultas en infanto - juvenil								
Comunidad Autónoma	Primeras consultas	Incidencia	Consultas sucesivas	Consultas totales	Frecuentación	Índice consultas sucesivas / primeras consultas	Tiempo de espera (días) para primeras consultas	Tiempo de espera (días) para consultas sucesivas
Andalucía	30.671	18,5	162.867	193.538	117,0	5,3	36,4	57,6

Actividad de consultas en infante - juvenil

Comunidad Autónoma	Primeras consultas	Incidencia	Consultas sucesivas	Consultas totales	Frecuentación	Índice consultas sucesivas / primeras consultas	Tiempo de espera (días) para primeras consultas	Tiempo de espera (días) para consultas sucesivas
Aragón	1.110	4,8	7.664	8.774	37,8	6,9	ND	ND
I. Baleares	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
I. Canarias	8.533	23,5	48.972	57.505	158,7	5,7	ND	ND
Cantabria	1.528	15,8	13.224	14.752	152,8	8,7	45	ND
Castilla-La Mancha	4.247	11,0	25.596	29.843	77,3	6,0	38,21	ND
Castilla y León	7.939	22,1	45.326	53.265	148,4	5,7	ND	ND
Cataluña	26.319	17,9	578.702	605.021	412,2	22,0	ND	ND
C. Madrid	31.777	25,0	106.542	138.319	109,0	3,4	ND	ND
C. F. Navarra	2.300	20,2	19.796	22.096	194,0	8,6	52,3	ND
C. Valenciana	164.011	247,3	NA	164.011	247,3	NA	50	50
Extremadura	1324	7,3	4481	5.805	32,0	3,4	242	225
Galicia	6.251	17,5	26.896	33.147	93,0	4,3	34,7	61,7
País Vasco	13.493	35,5	147.920	161.413	425,1	11,0	ND	ND
P. de Asturias	3.311	26,9	20.731	24.042	195,2	6,3	ND	ND
R. de Murcia	16.592	57,5	60.399	76.991	267,0	3,6	44	67
La Rioja	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores autonómicos recopilados e INE 2021⁷³.

Primeras consultas. (1) Islas Baleares: las primeras consultas indicadas en adultos se corresponden con la actividad del Hospital de Manacor, Hospital de Inca, Hospital Psiquiátrico, H. U. Son Llatzer y H. U. Son Espases. En infante-juvenil, se corresponden con la actividad de IBISMIA y H. Can Misses. (2) Extremadura: las primeras consultas y consultas sucesivas de adultos se corresponden con la actividad de las áreas de Badajoz, Don Benito - Villanueva de la Serena, Llerena - Zafra, Cáceres, Plasencia y Coria. Las primeras consultas y consultas sucesivas en Infante - Juvenil se corresponden con la actividad de Badajoz, Don Benito - Villanueva de la Serena, Cáceres y Plasencia. (3) La Rioja: no se diferencia la actividad de consultas en primeras consultas o consultas sucesivas ni adultos e infante-juvenil. No se incluyen para el cálculo de los rangos. (4) C. Valenciana: la actividad de consultas incluye primeras consultas y consultas sucesivas, sin diferenciar entre ambas. (5) Cataluña: la información de consultas disponible se corresponde a las visitas realizadas por cualquier profesional de Salud Mental.

Consultas sucesivas. (1) Islas Baleares: las consultas sucesivas indicadas en adultos se corresponden con la actividad del Hospital de Manacor, Hospital de Inca, Hospital Psiquiátrico, H. U. Son Llatzer y H. U. Son Espases. En infante-juvenil, se corresponden con la actividad de IBISMIA y H. Can Misses. (2) Extremadura: las primeras consultas y consultas sucesivas de adultos se corresponden con la actividad de las áreas de Badajoz, Don Benito - Villanueva de la Serena, Llerena - Zafra, Cáceres, Plasencia y Coria. Las primeras consultas y consultas sucesivas en Infante - Juvenil se corresponden con la actividad de Badajoz, Don Benito - Villanueva de la Serena, Cáceres y Plasencia. (3) La Rioja: no se diferencia la actividad de consultas en primeras consultas o consultas sucesivas ni adultos e infante-juvenil. No se incluyen para el cálculo de los rangos. (4) C. Valenciana: la actividad de consultas incluye primeras consultas y consultas sucesivas, sin diferenciar entre ambas. (5) Cataluña: la información de consultas disponible se corresponde a las visitas realizadas por cualquier profesional de Salud Mental.

Índice de consultas sucesivas / primeras consultas: calculado a partir del sumatorio de las primeras consultas y consultas sucesivas en las distintas CC. AA.

Tiempos de espera para primeras visitas. (1) Islas Baleares: el tiempo de espera para primera visita en adultos se corresponde con el promedio del H. Mateo Urfila, H. Manacor, H. Inca, H. Psiquiátrico, H. U. Son Llatzer. No se dispone de información sobre tiempos de espera en infante-juvenil. (2) País Vasco: los tiempos de espera para primeras visitas se corresponden con la demora media de la lista de espera para consultas externas. No se dispone de información diferenciada adultos e infante-juvenil. (4) Castilla y León: los tiempos de espera se corresponden con la espera media estructural para Salud Mental, incluyendo Psiquiatría y Psicología. No se diferencia adultos de infante-juvenil. (5) Aragón: no se dispone de esta información. (6) Extremadura: el tiempo de espera media para primera visita y visitas sucesivas, tanto en Adultos como en Infante-Juvenil, se corresponde con el tiempo de espera indicado en el área de salud de Don Benito - Villanueva de la Serena. (7) La Rioja: no se diferencia la información en adultos e infante-juvenil. (8) Castilla-La Mancha: no se diferencia la información en adultos e infante-juvenil. (9) C. Madrid: la información relativa a los tiempos de espera se corresponde con la media anual del tiempo de espera, incluyendo Psiquiatría y Psicología Clínica, en adultos e infante-juvenil. (10) Islas Canarias: no se dispone del tiempo de espera media para primera visita en infante-juvenil. (11) Cataluña: no se dispone de esta información. (12) Cantabria: el tiempo de espera media para I-J incluye datos sólo del H. U. Marqués de Valdecilla y del Hospital de Laredo. (13) Principado de Asturias: no se dispone de información relativa a los tiempos de espera para primera visita en infante-juvenil.

Tiempos de espera para visitas sucesivas. (1) Islas Baleares: el tiempo de espera para visitas sucesivas en adultos se corresponde con el promedio del H. Manacor, H. Inca, H. Psiquiátrico y H. U. Son Espases. No se dispone de información sobre tiempos de espera en infante-juvenil. (2) País Vasco: los tiempos de espera para primeras visitas se corresponden con la demora media de la lista de espera para consultas externas. No se dispone de información diferenciada adultos e infante-juvenil. (4) Castilla y León: los tiempos de espera se corresponden con la espera media estructural para Salud Mental, incluyendo Psiquiatría y Psicología. No se diferencia adultos de infante-juvenil. (5) Aragón: no se dispone de esta información. (6) Extremadura: el tiempo de espera media para primera visita y visitas sucesivas, tanto en Adultos como en Infante-Juvenil, se corresponde con el tiempo de espera indicado en el área de salud de Don Benito - Villanueva de la Serena. (7) La Rioja: no se dispone de esta información. (8) Castilla-La Mancha: no se diferencia la información en adultos e infante-juvenil. (9) C. F. Navarra: no se dispone de esta información. (10) C. Madrid: la información relativa a los tiempos de espera se corresponde con la media anual del tiempo de espera, incluyendo Psiquiatría y Psicología Clínica, en adultos e infante-juvenil. (11) Islas Canarias: no se dispone de esta información. (12) Cataluña: no se dispone de esta información. (13) Cantabria: no se dispone de esta información. (14) Principado de Asturias: no se dispone de esta información.

Actividad de hospitalización

El análisis de la actividad hospitalaria relativa a la Psiquiatría en las CC. AA. se centra en el estudio del volumen de altas e ingresos a nivel hospitalario, incluyéndose también los valores correspondientes a la estancia media de los pacientes adultos, infantiles y adolescentes.

Al igual que ocurre con la actividad de consultas, el análisis realizado presenta una serie de limitaciones que dificultan la interpretación de los datos y el establecimiento de conclusiones.

Tabla 21. Indicadores de actividad de hospitalización a nivel autonómico, en adultos e infanto – juvenil.

Actividad de hospitalización en adultos					
Comunidades Autónomas	Altas	Ratio altas / 1.000 habitantes	Ingresos	Ratio ingresos / 1.000 habitantes	Estancia media
Andalucía	10.699	1,6	10.664	1,6	13,50
Aragón	ND	ND	1.638	1,5	16,00
I. Baleares	ND	ND	ND	ND	ND
I. Canarias	2.491	1,4	ND	ND	62,62
Cantabria	627	1,3	638	1,3	17,5
Castilla-La Mancha	3.168	1,9	3.120	1,9	12
Castilla y León	4.061	2,0	4.147	2,0	12,00
Cataluña	21.889	3,5	ND	ND	13
C. Madrid	9.064	1,7	ND	ND	14,60
C. F. Navarra	999	1,8	1.000	1,8	16,60
C. Valenciana	ND	ND	5.046	1,1	ND
Extremadura	ND	ND	ND	ND	10,37
Galicia	4.522	1,9	4.381	1,9	17,02
País Vasco	ND	ND	ND	ND	ND
P. de Asturias	2.549	2,9	2.546	2,9	11,72
R. de Murcia	2.362	1,9	1.892	1,5	14
La Rioja	ND	ND	486	1,9	25,83

Actividad de hospitalización en infanto – juvenil					
Comunidad Autónoma	Altas	Ratio altas / 1.000 habitantes	Ingresos	Ratio ingresos / 1.000 habitantes	Estancia media
Andalucía	ND	ND	ND	ND	ND
Aragón	ND	ND	111	0,5	17,88
I. Baleares	ND	ND	ND	ND	ND
I. Canarias	185	0,5	ND	ND	26,56
Cantabria	ND	ND	82	0,8	21
Castilla-La Mancha	235	0,6	232	0,6	17
Castilla y León	199	0,6	200	0,6	19,00
Cataluña	2.027	1,4	ND	ND	14
C. Madrid	1.820	1,4	ND	ND	13,90
C. F. Navarra	47	0,4	32	0,3	29,66

Actividad de hospitalización en infante – juvenil					
Comunidad Autónoma	Altas	Ratio altas / 1.000 habitantes	Ingresos	Ratio ingresos / 1.000 habitantes	Estancia media
C. Valenciana	ND	ND	ND	ND	ND
Extremadura	ND	ND	ND	ND	ND
Galicia	103	0,3	80	0,2	9,05
País Vasco	ND	ND	ND	ND	ND
P. de Asturias	154	1,3	154	1,3	13,74
R. de Murcia	167	0,6	164	0,6	11,84
La Rioja	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores autonómicos recopilados.

Ingresos. (1) Islas Baleares: los ingresos indicados se corresponden con la actividad del Hospital Mateo Urfila, Hospital de Manacor, Hospital de Inca, Hospital Psiquiátrico y H. U. Son Llatzer. En infante-juvenil, se corresponden con la actividad de IBISMIA y H. Can Misses. (2) País Vasco: no se dispone de esta información. (3) Andalucía: no se dispone de información relativa a los ingresos en infante-juvenil. (4) La Rioja: incluye los ingresos totales en las Unidades de Corta Estancia y en las Unidades de Media Estancia. No se dispone de la información de ingresos en infante-juvenil. (5) C. Madrid: no se dispone de esta información. (6) Islas Canarias: no se dispone de esta información. (7) Cataluña: no se dispone de esta información.

Altas. (1) Islas Baleares: los ingresos indicados se corresponden con la actividad del Hospital Mateo Urfila, Hospital de Manacor, Hospital de Inca, Hospital Psiquiátrico y H. U. Son Llatzer. (2) País Vasco: no se dispone de esta información. (3) Andalucía: no se dispone de información relativa a las altas en infante-juvenil. (4) Aragón: no se dispone de esta información. (5) La Rioja: no se dispone de esta información. (6) Cantabria: no se dispone de la información relativa a altas en infante-juvenil.

Estancia media. (1) Islas Baleares. La estancia media se corresponde con el promedio del Hospital Mateo Urfila, Hospital de Manacor, Hospital de Inca, Hospital Psiquiátrico y H. U. Son Llatzer. No se dispone de información relativa a la estancia media en infante-juvenil. (2) País Vasco: no se dispone de esta información. (3) Andalucía: no se dispone de información relativa a la estancia media en infante-juvenil. (4) Castilla y León: la estancia media en infante-juvenil se corresponde con la estancia media de la Unidad de Referencia Regional. (5) Extremadura: la estancia media indicada se corresponde con el promedio de la estancia media en las áreas de Badajoz, Llerena-Zafra, Cáceres y Plasencia. (6) La Rioja: no se diferencia la información en adultos e infante-juvenil. (7) Cantabria: la estancia media se corresponde con el H. U. Marqués de Valdecilla.

9. SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ASOCIACIONES DE PACIENTES

Las Sociedades Científicas (SS. CC.) y las Asociaciones de Pacientes (AA. PP.) se posicionan como actores principales en el sistema sanitario, especialmente relevantes en el abordaje de las enfermedades crónicas y de alta carga.

Es común que existan sinergias entre ambas organizaciones, con el objetivo de potenciar la participación del paciente, dar a conocer las necesidades no cubiertas en el manejo de la patología y aumentar la concienciación y visibilidad ante la sociedad y las autoridades sanitarias.

En este contexto, actualmente en España, existen numerosos colectivos y agrupaciones, tanto de profesionales como de afectados, que se organizan en Sociedades y Asociaciones para aunar esfuerzos en el apoyo del conocimiento, diagnóstico, tratamiento y abordaje integral de las enfermedades relacionadas con la Salud Mental.

En este apartado, se recogen algunas de las principales Asociaciones y Sociedades a nivel europeo, estatal y autonómico que mayor relación tienen con el sector profesional y colectivos de pacientes en el ámbito de la Psiquiatría a nivel estatal y autonómico.

9.1. Sociedades Científicas

A nivel estatal

En España, se identifican Sociedades Científicas y Asociaciones de Profesionales relacionadas con la Psiquiatría y la Salud Mental, que llevan a cabo una importante misión científica en este ámbito, a través de distintas iniciativas de formación y concienciación y del desarrollo de documentos, guías clínicas, posicionamientos e informes de recomendaciones (Tabla 22).

La participación y protagonismo de los especialistas en Psiquiatría en estas entidades puede variar en función de la organización.

Tabla 22. Sociedades y asociaciones de profesionales identificadas en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental a nivel estatal.

Sociedades y asociaciones de profesionales en el ámbito general de la Psiquiatría y/o Salud Mental

- Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM).
- Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA).
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN).
- Sociedad Española de Biología Evolutiva (SESBE).
- Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP).
- Sociedad Española de Neurociencia (SENC).
- Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL).
- Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica (SEMPPM).
- Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA).
- Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESM).
- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Sociedades y asociaciones de profesionales en el ámbito general de la Psiquiatría y/o Salud Mental

- Asociación Nacional de Psicólogos y Residentes (Anpir).
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS).
- Fundación Cerebro y Mente.
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.
- Sociedad Española de Psicofisiología.

Sociedades y asociaciones de profesionales en el ámbito de patologías o condiciones específicas

- Asociación Española para el estudio de los Trastornos de Conducta Alimentaria (AETCA).
- Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).
- Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).
- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanias (Socidrogalcohol).
- Sociedad Española de Toxicomanias.
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).
- Sociedad Española del Sueño.
- Sociedad Española para el Estudio de los Trastornos de Personalidad (SEETP).
- Federación Española de Ayuda Contra la Anorexia y Bulimia Nerviosas (FEACAB).
- Sociedad Española de Psicología de la Violencia.
- Sociedad Española de Profesionales de la Psicología por un Abordaje Integral del Tabaquismo – SEPAIT.
- Asociación de Ayuda para la Depresión, Ansiedad y Soledad.
- Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental.

Fuente: Elaboración propia

Otras entidades de interés en el ámbito de la Psiquiatría son el Consejo Español del Cerebro (CEC) y el Centro Español de Información sobre Salud Mental.

A nivel autonómico

Las CC. AA. disponen de sociedades y asociaciones de profesionales relacionadas con la Psiquiatría y la Salud Mental (Fig. 38), cuyo grado de actividad e implicación es variable en función de la Comunidad. Si bien, de manera general, suelen participar activamente en el desarrollo de políticas y estrategias en Salud Mental.

Las **Sociedades Científicas** suelen participar en el desarrollo de los planes y estrategias autonómicas en materia de Salud Mental y en diferentes estructuras organizativas en este ámbito.

ASPECTOS CLAVE:

- Las SS. CC. ejercen un papel clave en la **identificación e interlocución de las necesidades existentes**, permitiendo transmitir las consideraciones y posicionamiento de los profesionales y facilitando la **comunicación entre estos y las administraciones autonómicas**.
- Las **administraciones autonómicas demandan la implicación de las SS. CC. y de los especialistas en Psiquiatría** en la adecuación de los recursos de atención a la salud mental, incluyendo su planificación, gestión, detección de necesidades no cubiertas, asignación y adaptación de los recursos a las demandas reales, etc.

Figura 38. Sociedades y asociaciones de profesionales, por Comunidad Autónoma.



Fuente: Elaboración propia a partir de las consideraciones responsables autonómicas.

9.2. Asociaciones de Pacientes

A nivel estatal

En España se cuenta con diferentes Asociaciones de Pacientes y familiares a nivel estatal (Tabla 23), que se posicionan como punto de encuentro entre personas con trastornos mentales, sus cuidadores y familiares, contribuyendo no sólo al apoyo, formación y empoderamiento del paciente, sino también a potenciar la investigación, aumentar la visibilidad de estas patologías y representar a los pacientes ante las administraciones públicas.

Tabla 23. Principales Asociaciones de Pacientes y familiares identificadas a nivel estatal.

Asociaciones de Pacientes y familiares en el ámbito general de la Salud Mental
Confederación Salud Mental España. Integra a 18 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, agrupando a más de 300 asociaciones.
Asociaciones de Pacientes y familiares en el ámbito de patologías o condiciones específicas
<ul style="list-style-type: none">• Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH).• Federación Española de Autismo (FESPAU).• Confederación de Autismo en España.• Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia (FEACAB).• Asociación de Niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ANSHDA).• Asociación Española de Ayuda Mutua contra Fobia Social y Trastornos de Ansiedad (AMTAES).• Asociación para la superación de la ansiedad y la depresión grupos de ayuda mutua (ASSADEGAM).• Fundación Mundo Bipolar.• Asociación de Trastornos Obsesivo-Compulsivo.• Asociación Proyecto Hombre.• Alcohólicos anónimos España.• Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia.

A nivel autonómico

Las CC. AA. cuentan con AA. PP. y familiares en el ámbito de la Salud Mental, cuyo número y grado de actividad e implicación es variable en función de la Comunidad. De manera general, suelen participar activamente en el desarrollo de políticas y estrategias en Salud Mental.

Las **Asociaciones de Pacientes y familiares** suelen participar en el **diseño de planes y estrategias autonómicas** en este ámbito.

Todas las CC. AA. cuentan con, al menos, una Asociación de Pacientes en el ámbito de la Salud Mental, destacándose la actividad de las delegaciones autonómicas de Confederación Salud Mental. De manera general, suele existir una relación fluida entre las entidades responsables de la gestión de la Salud Mental y las AA. PP.

Además, las Asociaciones de Pacientes y Familiares ejercen un papel de relevancia en la información y orientación a los pacientes y familiares y en el desarrollo de actividades que fomentan su empoderamiento, además de, en algunas CC. AA., establecer conciertos con las instituciones públicas para ofrecer servicios asistenciales con diferentes modalidades de tratamiento (ej. Centros de día, centros ocupacionales)¹⁰².

Se han identificado ciertas tendencias en cuanto al movimiento asociativo a nivel autonómico.

ASPECTOS CLAVE:

- En las CC. AA, se está apostando por una **mayor participación e implicación activa del paciente en todos los ámbitos de la Salud Mental** (Ej. Diseño de planes y estrategias, actividades formativas, actividades de concienciación, etc.).
- Se destaca la tendencia hacia un mayor peso del **movimiento asociativo en primera persona**.
- En el ámbito de la participación ciudadana y del empoderamiento del paciente, destacan los **Programas Paciente Experto**.

Se considera de relevancia impulsar el desarrollo de los **Programas Paciente Experto y Grupos de Apoyo Mutuo**, fomentando el diseño de modelos de recuperación que emplean la **experiencia de otros pacientes** (ej. Peer to peer), para potenciar el autocuidado, la corresponsabilidad, la participación activa y la autonomía de las personas con trastornos mentales.

Este tipo de programas de recuperación puede ser especialmente útil en el ámbito de la Salud Mental¹⁰³, pues las dificultades asociadas a las enfermedades crónicas (dificultades en la toma de decisiones, alteraciones del estado de ánimo, dificultades en la comunicación con los profesionales sanitarios y en el ámbito familiar, laboral y social; falta de adherencia terapéutica, instauración de estilos de vida saludables, etc.) se acentúan debido al estigma asociado a los trastornos relacionados con la Salud Mental y a las alteraciones transitorias de la competencia mental de los pacientes, que complican su evolución y afectan significativamente a su calidad de vida. Por su parte, uno de los paradigmas de intervención en el ámbito de la Salud Mental es la de la recuperación, entendida de una manera integral, que refuerza la posibilidad de una vida satisfactoria a pesar del grado variable de discapacidad presente.

En España, la mayoría de las CC. AA cuentan con Escuelas de Salud y de Pacientes, incluidas en la Red de Escuelas de Salud del Ministerio de Sanidad¹⁰⁴. En determinadas CC. AA, las Escuelas de Salud o Aulas de Pacientes incluyen áreas específicas en el ámbito de la Salud Mental, que ofrecen diversos recursos de formación y actividades con el objetivo de prestar apoyo a las personas afectadas por un trastorno mental y sus familiares y/o cuidadores y contribuir a la mayor visibilidad de estas patologías.

10. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Como ya se ha comentado en otros apartados de este Libro Blanco, los trastornos mentales representan una carga significativa creciente para Europa y España, tanto a nivel individual como a nivel social. Actualmente, los trastornos mentales están asociados a un estigma significativo y, a menudo, no se detectan, ya que su diagnóstico depende en gran medida de criterios basados en los síntomas, sin marcadores biológicos vinculados a mecanismos causales.

Se ha observado cómo una **mayor actividad investigadora** se asocia a una mejor calidad de la atención en Salud Mental en Psiquiatría¹⁰⁵. Por ello, se considera clave impulsar la I+D+i en este ámbito, para fomentar la individualización y personalización del tratamiento, las innovaciones terapéuticas, la generación de pruebas sólidas sobre el uso óptimo de las estrategias farmacológicas y no farmacológicas y una comprensión más profunda de la interacción entre los factores de riesgo y resistencia genéticos, epigenéticos y ambientales, incluyendo las alteraciones de los circuitos neuronales, para fomentar la integración del paradigma de las neurociencias y de los aspectos humanísticos y sociales¹⁰⁶. Así, se considera de relevancia fomentar la "psiquiatría de precisión" y la utilización en Psiquiatría de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas avanzadas que forman parte integral de otras especialidades clínicas¹⁰⁷⁻¹¹⁰. Todo ello, con la finalidad de desarrollar intervenciones basadas en la evidencia que mejoren significativamente los resultados en salud.

Es necesario impulsar un cambio de paradigma en la innovación terapéutica de la enfermedad mental, potenciando la "psiquiatría de precisión".

Con este fin, en los últimos años se han puesto en marcha diferentes planes, estrategias e iniciativas en el ámbito de la Salud Mental, que se analizan en este apartado, identificando el grado de desarrollo en España y en las CC. AA.

10.1. A nivel internacional

Actualmente, las políticas científicas relacionadas con la Psiquiatría y la Salud Mental se encuentran englobadas, de manera general, en las políticas generales de investigación.

Horizonte Europa es el Programa Marco de la I+D+i en Europa para el próximo periodo 2021 – 2027, fundamentado sobre tres pilares: Ciencia Excelente, Desafíos Mundiales y Competitividad Industrial Europea, y Europa Innovadora. Estos tres pilares se sustentan sobre un programa horizontal, Ampliando la participación y fortaleciendo el Espacio Europeo de Investigación.

La hoja de ruta para la implementación de Horizonte Europa se define en el Plan Estratégico 2021 – 2024 y en los Programas de Trabajo, que establecen las oportunidades de financiación. En este contexto, el Programa de Trabajo 2021 – 2022 del

clúster específico de Salud¹¹¹ establece seis orientaciones estratégicas en este ámbito, algunas de las cuales definen estrategias o acciones específicas en el ámbito de la Salud Mental.

De entre todas las estrategias planteadas en este programa de trabajo, destaca el proyecto “Hacia una comprensión molecular y neurobiológica de la salud y la enfermedad mental en beneficio de los ciudadanos y los pacientes”, dotado con 60.000 millones de euros, entre cuyos contenidos se encuentra:

- Avanzar significativamente en la comprensión molecular y neurobiológica de cómo los factores epigenéticos y ambientales (ej. Experiencias psicosociales, dieta, sueño, uso o abuso de drogas, infecciones, etc.) interactúan para impulsar o evitar la transición hacia el desarrollo de trastornos mentales, así como la posible reversión de los cambios moleculares y neurobiológicos. Se fomenta el uso de herramientas de modelización computacional e/o inteligencia artificial.
- Desarrollar modelos predictivos mediante el análisis de grandes cohortes de datos europeos en el ámbito de los trastornos psiquiátricos, e investigar las bases biológicas y neuronales de los mecanismos patogénicos y los síntomas que comparten los diferentes trastornos. En su caso, desarrollar modelos cognitivos y comportamiento social de base neurobiológica, y aplicarlos y estudiar su potencial de simulación para la comprensión y mejora de la gestión de los trastornos mentales asociados a una difusión conductual o emocional.
- Identificar y validar biomarcadores para los siguientes fines:
 - Desarrollar medidas cuantitativas y clínicas sobre la Salud Mental (Ej. Mapeo genético y epigenético que confieren susceptibilidad y/o protección contra los trastornos mentales; definir criterios de diagnóstico y seguimiento más objetivos, etc.).
 - Predecir la respuesta al tratamiento y el riesgo de recurrencia.
 - Descubrir nuevas dianas farmacológicas para el desarrollo de nuevas opciones terapéuticas.
 - Establecer los efectos moleculares, neurobiológicos, cognitivos y psicológicos de las estrategias de prevención, tanto farmacológicas como no farmacológicas.

Se resalta la importancia de que la investigación realizada sea multidisciplinar, incluyendo ciencias médicas, ciencias sociales, humanidades, etc. y de valorar la Salud Mental de manera holística y desde una perspectiva biopsicosocial, considerando las dinámicas sociales y los contextos socioeconómicos, culturales y geográficos.

Durante los años 2011 – 2015, se desarrolló en Europa el proyecto ROAMER (*A Roadmap for Mental Health Research in Europe*), como hoja de ruta integral de investigación en

Salud Mental. ROAMER analizó los recursos existentes en los países europeos y emitió recomendaciones para el desarrollo de la investigación en Salud Mental en Europa. Las prioridades de ROAMER estaban estrechamente alineadas con el anterior Programa Marco Horizonte 2020, en concreto, con la atención personalizada del paciente. Así, estableció seis áreas principales de investigación:

- Infraestructuras y desarrollo de capacidades.
- Biomedicina.
- Investigación y tratamientos psicológicos.
- Problemas sociales y económicos.
- Salud pública.

Como recurso de financiación a nivel internacional, destaca el fondo Health4Life, integrado por diferentes socios de la Organización de Naciones Unidas, dedicado a las enfermedades no transmisibles y a la Salud Mental y diseñado para apoyar a los países de bajos y medios ingresos para estimular la acción multisectorial, la mejora de las políticas y el abordaje de las prioridades estatales, incluyendo la aplicación de intervenciones para prevenir y gestionar este tipo de patologías.

10.2. A nivel estatal

En España, la herramienta fundamental para la planificación de la I+D+i en los próximos años es la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2021 – 2027 (EECTI 2021 – 2027).

La EECTI constituye un instrumento clave para potenciar el conjunto de las capacidades del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, facilitando la colaboración entre todos sus agentes e incrementando los retornos socioeconómicos derivados de la inversión en I+D+i. Las líneas estratégicas nacionales se enmarcan en los grupos temáticos de Horizonte Europa. Concretamente, la Salud Mental se incluye en la EECTI 2021-2027 como ámbito de intervención en la Línea Estratégica de Medicina de Precisión.

Por su parte, el Plan Estratégico de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021 – 2023 (integrado en la EECTI 2021 – 2027) incluye la investigación en adicciones (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). Las ayudas en este ámbito se enmarcan en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024, de carácter anual. Pretenden ser tanto un instrumento de apoyo a las políticas públicas dirigidas a la prevención, la reducción del daño y el tratamiento de las adicciones como un mecanismo que impulse, fomente y consolide los grupos de investigación en adicciones. Asimismo, destacan las subvenciones otorgadas a través del Ministerio de Consumo para la investigación de los trastornos de juego, que tienen por objeto subvencionar el desarrollo de investigaciones relacionadas con la prevención de los trastornos de juego, sus efectos y con los riesgos asociados a esta actividad.

La **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026** incluye una línea estratégica dirigida a la investigación, innovación y conocimiento en Salud Mental, con el objetivo de:

- Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la Salud Mental.

- Promover que los programas estatales y autonómicos de investigación científica e innovación incluyan aspectos de la estrategia de salud mental.
- Impulsar la creación de grupos de trabajo multidisciplinares en red y promover su participación en comités de ética e investigación en Salud Mental.
- Mejorar los sistemas de información que permitan contar con indicadores cuantitativos y cualitativos comunes y comparables en todas las CC. AA.
- Difundir los resultados de las investigaciones.
- Fomentar e incentivar la participación de los profesionales sanitarios con un perfil más clínico en actividades de investigación sanitaria de calidad.
- Promover la investigación de la conducta suicida.
- Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en Salud Mental.
 - Impulsar la colaboración estrecha y coordinada entre investigadores de todos los ámbitos relacionados: sanidad (atención primaria y otras especialidades – incluidos los investigadores básicos y preclínicos–), servicios sociales, justicia, educación, cultura, empleo, medios de comunicación, etc., mediante la creación y formación de equipos interdisciplinares.
 - Favorecer la investigación traslacional.
- Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación.
 - Disponer de información segmentada que incluya la perspectiva de género de acuerdo con diferentes variables.
 - Impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras referidas a la relación mujer y Salud Mental en diferentes ámbitos.
 - Poner en marcha actuaciones dirigidas específicamente a la erradicación de los sesgos de género en la investigación en salud mental.
- Desarrollar investigaciones sobre los factores sociofamiliares de las personas con problemas de Salud Mental.
 - Promover la investigación sobre los nuevos modelos de familias, formas de cuidado y salud mental.
 - Desarrollar estudios sobre los efectos de la pobreza según los ODS, considerando las nuevas situaciones de desamparo y su relación con la Salud Mental.
 - Desarrollar estudios para valorar el impacto sobre la salud mental de la población tras traumas vitales importantes.
 - Promover la investigación y análisis del impacto en la Salud Mental de las personas cuidadoras de las personas con trastornos mentales, la prestación de cuidados y soporte.

- Impulsar investigaciones y análisis de las familias con dificultades en su funcionamiento y en su estructura y su impacto sobre la Salud Mental. 10.4.6.
- Promover líneas de investigación acerca de la presencia de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, así como de sus formas de presentación clínica y de los diferentes tratamientos que se desarrollen y de su evolución longitudinal.
- Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la futura Estrategia de salud digital del SNS.
 - Desarrollar servicios públicos digitales que tengan en cuenta las necesidades de atención en salud mental.
 - Impulsar la interoperabilidad de la información sanitaria en salud mental.
 - Ampliar, integrar y mejorar el Sistema de Información Sanitaria.

A nivel estatal, como agente clave en la I+D+i en materia de Salud Mental, destaca el **Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)**. CIBERSAM es un consorcio financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) formado por 23 grupos de investigación clínica, preclínica y traslacional pertenecientes a 8 CC. AA. Estos grupos, seleccionados de forma competitiva a nivel estatal, están dedicados fundamentalmente al estudio de trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, así como los trastornos de ansiedad y trastornos mentales del niño y del adolescente, o la innovación terapéutica. Su principal objetivo realizar investigación de excelencia que permita conocer mejor la etiopatología de los trastornos mentales, mejorar la promoción de la Salud Mental, la prevención y los tratamientos actuales y, de esta forma, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

En España se contaba, además, con una Red temática de investigación en Salud (RETICS, prorrogadas hasta diciembre de 2022) en trastornos adictivos (RTA). Como sucesora de esta red, actualmente se dispone de la **Red de investigación en atención primaria de adicciones (RIAPAd)**. Esta red es una estructura organizativa financiada por el ISCIII, constituida por distintos grupos de investigación clínica, básica y epidemiológica, con el objetivo de investigar la fisiopatologías y etiopatogenia de los procesos adictivos, sus manifestaciones clínicas y su impacto social, para potenciar el desarrollo de herramientas de intervención terapéuticas y sociales que ayuden a reducir el impacto de las adicciones y las patologías asociadas.

En España, se identifica la necesidad de potenciar la puesta en marcha de iniciativas y recursos a nivel estatal, que permitan seguir avanzando en el campo de conocimiento de la Psiquiatría.

10.3. A nivel autonómico

Analizando el desarrollo de las actividades de I+D+i en el campo de la Psiquiatría en las CC. AA., se observa que, de manera general, las CC. AA. realizan proyectos de I+D+i en materia de Salud Mental, cuyo alcance y distribución es heterogénea.

Las entidades de I+D+i autonómicas suelen presentar líneas de investigación en materia de Salud Mental, destacando las líneas de investigación de los Institutos de Investigación Sanitaria. Además, aquellas CC. AA. que cuentan con grupos de investigación en el CIBERSAM, generalmente desarrollan un mayor volumen de actividad de I+D+i en el campo de la Psiquiatría. En algunas CC. AA. se destaca que esta actividad está basada en iniciativas individuales.

En las CC. AA., se realizan proyectos de I+D+i en materia de Salud Mental; si bien, no se identifican convocatorias autonómicas de I+D+i específicas para el ejercicio 2022 en este ámbito.

Algunos de los **campos de conocimiento** en los que se han desarrollado los **proyectos a nivel autonómico** son:

- Aplicación de farmacogenética, farmacogenómica y medicina personalizada en el ámbito de la Salud Mental.
- Estudio de la epidemiología de los trastornos mentales.
- Estudio de la conducta suicida.
- Terapias cognitivas conductuales y de rehabilitación.

En este contexto, de manera general, **las CC. AA. resaltan la necesidad de potenciar la I+D+i autonómica en Salud Mental**, mediante el establecimiento de **medidas de apoyo a la investigación y la creación de becas específicas en este ámbito.**

11. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS

Se presentan, a continuación, las conclusiones clave del Libro Blanco de la Psiquiatría en España, en todas las dimensiones del análisis.

Condicionantes legislativos

A nivel estatal, se identifican diferentes normativas que pueden impactar en la especialidad de Psiquiatría:

- Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto de 2021, por el que se establece el título de médico/a especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría- Las CC. AA. están trabajando en el proceso de acceso al título de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y en la acreditación de las Unidades Docentes, identificándose, en algunas CC. AA., la necesidad de potenciar los recursos específicos para asegurar la adecuada formación de los nuevos especialistas.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. En aplicación de esta ley, todas las CC. AA. disponen de una Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia. En la mayoría de las CC. AA. el ámbito de la Salud Mental está presente en las Comisiones de Garantía y Evaluación de la eutanasia, identificándose 11 CC. AA. en las que Psiquiatría forma parte de estas Comisiones.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Las CC. AA. están realizando acciones formativas en este ámbito, y los psiquiatras podrían estar implicados en la evaluación de casos.
- 122/000158 Proposición de Ley General de Salud Mental. Se identifica La Rioja como única C. Autónoma con una ley específica en Salud Mental.
- Anteproyecto de Ley para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans y para la Garantía de los derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI).
- Las CC. AA. disponen de otros desarrollos normativos en este ámbito, fundamentalmente dirigidos a la regulación de la atención a la Salud Mental, la creación y regulación de estructuras específicas en Salud Mental, la coordinación entre distintos sectores y la defensa de los derechos de las personas con trastorno mental.

Políticas y Estrategias

Estrategias en Salud Mental

- Como recursos de planificación en materia de Salud Mental a nivel estatal, se dispone de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026 y del Plan de Acción de Salud Mental 2022 – 2024, que definen una serie de líneas

estratégicas y objetivos para mejorar la Salud Mental de la población y hacer frente a sus necesidades.

- A nivel autonómico, todas las CC. AA. disponen de Estrategias o Planes en Salud Mental, en su mayoría vigentes y/o en proceso de actualización. Se observa una tendencia a la inclusión de determinados ámbitos como líneas prioritarias de acción (ej. Salud mental infanto-juvenil, atención comunitaria basada en la recuperación, prevención y abordaje de la conducta suicida, etc.).

Estrategias en materia de adicciones

- Como herramienta específica de planificación en materia de adicciones a nivel estatal, se dispone de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024.
- La mayoría de CC. AA. disponen de Estrategias o Planes específicos en materia de Adicciones; además de otros documentos en este ámbito (ej. Protocolos de coordinación, guías de actuación, etc.). El abordaje de las adicciones sin sustancia y la patología dual está adquiriendo un peso creciente en los planes desarrollados.

Estrategias en materia de suicidio

- En España no existe ningún plan o programa de prevención del suicidio a nivel estatal ni estrategias específicas en este ámbito en el SNS, a pesar de que su desarrollo ha sido considerado como necesario por numerosos colectivos. Si bien, se cuenta con otros recursos en este ámbito (ej. Inclusión de una línea estratégica en la Estrategia en Salud Mental 2022 – 2026, línea 024 de atención a la conducta suicida, consorcio SURVIVE, etc.).
- La mayoría de las CC. AA. disponen de Estrategias o Planes específicos vigentes en materia de suicidio; además de otros documentos y protocolos en este ámbito. Como aspectos prioritarios a desarrollar, se incluye la prevención y abordaje de la conducta suicida en el ámbito infanto-juvenil y en el educativo.

Estrategias en materia de humanización

- No se dispone de una Estrategia a nivel estatal para la humanización de la asistencia sanitaria o Salud Mental en el SNS. Se considera clave que la humanización sea un elemento troncal en todas las estrategias y planes.
- Siete de las CC. AA. disponen de Estrategias o Planes específicos vigentes en materia de Humanización; además de otros documentos y protocolos en este ámbito, dirigidos, entre otros, a la reducción del estigma y la implicación activa de pacientes y familiares.

Organización asistencial

La organización del modelo de atención a la Salud Mental en todos sus ámbitos (atención a la Salud Mental, atención a las adicciones, recursos sociales, etc.) es variable en función de la C. Autónoma.

Responsables autonómicos en materia de Salud Mental

- Las CC. AA. disponen de figuras para la coordinación de la Atención de la Salud Mental a nivel autonómico, dependientes o adscritas a diferentes Consejerías.

Coordinación sociosanitaria

- Los mecanismos establecidos para la coordinación sociosanitaria son variables entre las distintas CC. AA.
- A nivel autonómico, se está trabajando en la coordinación entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales, fundamentalmente, a través de planes o estrategias de coordinación y estructuras u órganos específicos.

Integración de la red de drogodependencias y la red de salud mental

- La integración de la Red de Drogodependencias y de la Red de Salud Mental es variable en las CC. AA., en función de la organización estructural, asistencial y competencial definida.
- En general, se observa una tendencia a la integración de ambas Redes; si bien, se identifica amplio margen de mejora en su convergencia real y efectiva.

Formación y docencia

Contexto internacional

- En Europa, existe variabilidad en los diferentes países en cuanto a la formación y especialidad en Psiquiatría, tanto en términos de contenido y duración de la formación como en las competencias, acceso y reconocimiento de la especialidad.

Plazas MIR de Psiquiatría

- En España, desde la convocatoria 2014-2015 a la convocatoria 2022-2023, el número máximo de plazas en formación que se ofertan a adjudicación en la especialidad de Psiquiatría ha aumentado un 40,5%, con un promedio de 256 plazas MIR en el periodo 2015 – 2021. La convocatoria 2022 – 2023 es la primera en la que se ofertan y financian plazas de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (un total de 20).
- En la especialidad médica de Psiquiatría, la C. F. de Navarra, Castilla León y la Comunidad de Madrid son las CC. AA. con mayor número máximo de plazas en formación ofertadas por cada 100.000 habitantes en la convocatoria 2021-2022.

Unidades Docentes Multiprofesionales

- Todas las CC. AA. cuentan con, al menos, una Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, que integra a residentes de Psiquiatría, Enfermería de Salud Mental y Psicología Clínica.

- Las CC. AA. están trabajando en la acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental para la formación de los nuevos especialistas de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

OPE. Plazas de psiquiatría de adultos e infanto-juvenil

- Se prevé la diferenciación de las plazas de Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en las convocatorias OPE a partir de 2023.

Iniciativas autonómicas de contratación y estabilización

- En las CC. AA. se están llevando a cabo iniciativas autonómicas para fomentar la atracción y fidelización de especialistas de Psiquiatría en el SNS, a través de diferentes instrumentos de contratación y estabilización.
- En algunas CC. AA. se destacan las dificultades existentes en la atracción y consolidación de especialistas, especialmente en los núcleos urbanos periféricos y de menor tamaño.

Recursos humanos

Contexto y comparación internacional

- La ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes, tanto de adultos como de infanto-juvenil, varía significativamente en función del país. En comparación con países del entorno, España presenta una de las menores tasas de psiquiatras / 100.000 habitantes.

Número y ratio de psiquiatras en España

- Según los datos recogidos en el presente Libro Blanco, España cuenta con 4.393 psiquiatras, lo que equivale a una ratio de 9,27 psiquiatras / 100.000 habitantes (lo que equivale a 4.287 ETC de Psiquiatría o 9,05 ETC psiquiatras / 100.000 habitantes).
- La ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes en España es significativamente inferior a la de otros países europeos y del entorno, encontrándose por debajo del promedio y de las ratios definidas como óptimas en distintos estudios.
- Sólo cinco CC. AA. están por encima de la ratio de 11 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. País Vasco, Cataluña y las Islas Baleares se posicionan como las CC. AA. con mayor ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes.
- Según las estimaciones realizadas, aproximadamente el 35% de los psiquiatras colegiados en España ejerce su actividad fuera del sistema público.

Distribución de los psiquiatras por edad y sexo

- Globalmente, el porcentaje de mujeres en Psiquiatría es mayor al de hombres (57,17% frente a 42,83%).

- El 20,77% de los psiquiatras en España tienen 60 o más años y el 6,73% más de 65 años, por lo que prevé un elevado número de jubilaciones en próximos años.

Características de la actividad de psiquiatría

- De manera general, la mayoría de los especialistas en Psiquiatría ejercen en el ámbito ambulatorio (48% - 81%).
- El tipo de contrato mayoritario de los especialistas en Psiquiatría varía según la Comunidad Autónoma. De manera general, es más habitual la plaza fija (39 - 64%).
- La jornada laboral más habitual entre los psiquiatras es la jornada completa (75 - 100%).
- La gran mayoría de los especialistas en Psiquiatría (77 - 98%) ejercen su actividad profesional actual en el ámbito de la Psiquiatría de Adultos.

Estimación de necesidades de psiquiatría

- Según datos del Informe Monográfico de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, el nº. de nuevos especialistas que se incorporan a la práctica del SNS ha disminuido un 12,3% en el periodo 2015 - 2021.
- La especialidad de Psiquiatría en España se enfrenta a una serie de retos en el contexto actual y futuro que justifican la necesidad de potenciar los recursos en Psiquiatría, como el incremento de la demanda vinculada a trastornos mentales, la creación de nuevos programas y recursos específicos, el incremento de actividades no asistenciales, etc.
- Para alcanzar una ratio óptima de 13 - 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, habría que incorporar 370 - 565 psiquiatras al año durante los próximos 5 años. Alcanzar estas ratios óptimas podría dificultarse debido al elevado número de jubilaciones previstas, al insuficiente número de especialistas formados en el sistema MIR de manera anual, al *burnout* y desgaste emocional de los especialistas de Psiquiatría y al margen de mejora existente en las condiciones laborales, entre otros factores.

Recursos de atención a la Salud Mental

Contexto y comparación internacional

- En Europa, según datos del estudio Headway 2023, se identifica la necesidad de potenciar la disponibilidad de infraestructuras sanitarias para la atención a la Salud Mental.
- España se encuentra por debajo de la tasa media europea de camas dedicadas a la especialidad de Psiquiatría, tanto a nivel general como en el ámbito infanto - juvenil.

Disponibilidad de recursos a nivel estatal y autonómico

El análisis de los recursos de atención psiquiátrica en España presenta una serie de limitaciones, asociados a la variabilidad en la información recopilada según la Comunidad Autónoma y a la falta de normalización de la nomenclatura de los diferentes recursos.

- Se observa una elevada heterogeneidad a nivel autonómico en cuanto a la disponibilidad de recursos de atención en el campo de Psiquiatría.
- A nivel general en las CC. AA., se detecta la necesidad de reforzar la red de atención a la Salud Mental, para subsanar las diferencias autonómicas, hacer frente a la demanda existente, asegurar la accesibilidad a los recursos y reducir las listas de espera actuales.

Programas específicos

Las CC. AA. disponen de programas específicos dirigidos a distintos ámbitos, destacando los trastornos de la conducta alimentaria, las adicciones y la psicogeriatría como áreas en las que es mayor la disponibilidad de Unidades Monográficas y/o Consultas específicas.

Actividad

Contexto y comparación internacional

- En la UE, según datos de Eurostat, un 6,5% de la población UE-27 había consultado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los 12 meses anteriores, observándose, de manera general, una mayor proporción de mujeres.

A nivel estatal y autonómico

- Los trastornos mentales y del comportamiento es el grupo diagnóstico que más estancias hospitalarias causó en 2020, y el que se asoció a estancias medias más prolongadas. Según datos de este Libro Blanco, la actividad de Psiquiatría es variable en función de la C. Autónoma. El análisis realizado presenta una serie de condicionantes que dificultan el establecimiento de conclusiones desde un punto de vista global.
- A nivel general, se destacan los elevados tiempos y listas de espera, tanto para consultas como para hospitalización, asociado a la necesidad de disponer de mayores recursos.

Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes

Sociedades Científicas

- En España, se identifican Sociedades Científicas y Asociaciones de Profesionales relacionadas con la Psiquiatría y la Salud Mental, que llevan a cabo una importante misión científica en este ámbito.

- Las CC. AA. disponen de sociedades y asociaciones de profesionales, que suelen participar en el desarrollo de los planes y estrategias autonómicas en materia de Salud Mental y en diferentes estructuras organizativas en este ámbito. Se destaca el papel esencial de los psiquiatras, a través de sus asociaciones, en la interlocución de las necesidades existentes y en la evaluación de recursos, entre otros aspectos.

Asociaciones de Pacientes

- En España se cuenta con diferentes Asociaciones de Pacientes y familiares a nivel estatal, que se posicionan como punto de encuentro entre personas con trastornos mentales, sus cuidadores y familiares.
- A nivel autonómico, se dispone de Asociaciones de Pacientes en el ámbito de Salud Mental, que suelen participar en el diseño de planes y estrategias autonómicas en este ámbito. Todas las CC. AA. cuentan con, al menos, una Asociación de Pacientes en el ámbito de la Salud Mental, destacándose la actividad de las delegaciones autonómicas de Confederación Salud Mental.
- En cuanto al movimiento asociativo a nivel autonómico, se identifica la apuesta por una mayor participación e implicación activa del paciente en todos los ámbitos de la Salud Mental, así como la tendencia a un mayor peso del movimiento asociativo en primera persona y al desarrollo de Programas Paciente Experto y Grupos de Apoyo Mutuo.

Investigación e innovación

- A nivel estatal, la Salud Mental se incluye en la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027 como ámbito de intervención en la Línea Estratégica de Medicina de Precisión. Además, el Plan Estratégico de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021 – 2023 (integrado en la EECTI 2021 – 2027) incluye la investigación en adicciones, cuyas ayudas anuales se enmarcan en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024.
- La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026 cuenta con una línea estratégica específicamente dirigida a la investigación, innovación y conocimiento en Salud Mental, con el objetivo de potenciar la investigación interdisciplinar en este ámbito.
- Como agentes clave en la I+D+i en materia de Salud Mental en España, destacan el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y la Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd).
- En las CC. AA., se realizan proyectos de I+D+i en materia de Salud Mental; si bien, no se identifican convocatorias autonómicas de I+D+i específicas para el ejercicio 2022 en este ámbito.

12. RETOS Y RECOMENDACIONES

La Psiquiatría está cobrando una presencia creciente en los últimos años, tanto por la mayor prioridad dirigida a la Salud Mental a nivel global como por el desarrollo de normativas y planes que impactan en la especialidad. Las acciones impulsadas desde los diferentes organismos sanitarios, políticos y de gestión han propiciado un aumento de los recursos dirigidos a mejorar la atención a la Salud Mental. Si bien, se deben seguir realizando esfuerzos para seguir consolidando y reforzando la especialidad de Psiquiatría en nuestro país, con el objetivo de mantener una atención psiquiátrica de máxima calidad capaz de afrontar los retos actuales y futuros.

Este apartado del Libro Blanco constituye una **llamada a la acción**, que incluye las aportaciones de los miembros del Comité Científico Asesor y de los responsables autonómicos implicados, y define las áreas en las que se recomienda centrar los esfuerzos y actividades de futuro.

5 RETOS Y RECOMENDACIONES CLAVE

- 01 Sensibilización, priorización y planificación**
Salud Mental y Psiquiatría como prioridad en las agendas políticas y desarrollos normativos, para hacer frente a las necesidades actuales.
- 02 Incremento de los recursos humanos y asistenciales**
Planificación y adecuación de los recursos a la demanda existente: incremento de la dotación de recursos asistenciales y de las ratios de profesionales.
- 03 Organización asistencial y coordinación**
Optimización de la integración, organización y accesibilidad entre niveles y sectores.
- 04 Formación e investigación**
Incorporación efectiva de la nueva especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, apoyo a las competencias específicas en Salud Mental e impulso a la actividad de I+D+i en este campo.
- 05 Implicación de profesionales y pacientes**
Fomento de la implicación de los especialistas en Psiquiatría y pacientes en aquellos ámbitos relacionados con la organización, planificación y gestión de la atención a la Salud Mental.

Sensibilización, priorización y planificación

La Psiquiatría y la Salud Mental deben posicionarse como una prioridad en las agendas políticas, impulsando herramientas de planificación sanitaria y marcos legales que garanticen una adecuada asignación de recursos para una atención integral, equitativa y centrada en el paciente.

Retos

Actualmente, se está avanzando en la priorización y mayor visibilidad de la Salud Mental a nivel estatal y autonómico, tendencia que ha tomado mayor fuerza a raíz del impacto de la pandemia de la COVID-19. A pesar de ello, se identifica la necesidad de seguir trabajando en la definición de **recursos, normativas y estrategias específicas** en un escenario post-pandemia, capaces de abordar las necesidades reales existentes en el ámbito de la Salud Mental.

Recomendaciones

- Impulsar acciones dirigidas a la **reducción del estigma de la enfermedad mental** y al **incremento de la visibilidad de la Psiquiatría**, a todos los niveles.
- Formular, reforzar, actualizar y aplicar **políticas y herramientas de planificación sanitaria** a nivel estatal en todos los ámbitos considerados prioritarios, que incluyan un presupuesto definido, códigos de buenas prácticas implantables en las CC. AA., e indicadores medibles y estandarizados para su monitorización.
- **Incorporar la atención a la Salud Mental** en otros programas o políticas de otros sectores, de manera transversal.
- Desarrollar una **estrategia de prevención y abordaje de la conducta suicida** a nivel estatal, que lidere y coordine las estrategias autonómicas.
- Desarrollar, de manera multisectorial, una **estrategia de humanización de la atención a la Salud Mental**.
- Apoyar el **intercambio de conocimiento** entre distintos países y entre CC. AA.
- Impulsar la **participación de los especialistas en Psiquiatría** en el diseño e implementación de aquellas normativas, marcos estratégicos e iniciativas que pudiesen tener impacto en las personas con trastorno mental, así como en el proceso de garantía y evaluación de la eutanasia y en la evaluación de capacidades en relación con la Ley 8/2021, entre otros desarrollos normativos.

Incremento de los recursos humanos y asistenciales

Se considera prioritario incrementar y adecuar los recursos de atención a la Salud Mental, tanto en fuerza laboral como en dotación de recursos materiales y tecnológicos y programas específicos, para hacer frente a las necesidades existentes y a la creciente demanda de atención.

Retos

A nivel general, se identifica una **infradotación de los recursos disponibles**, tanto en términos de **especialistas en Psiquiatría** como de **recursos asistenciales e infraestructuras**. El **número de psiquiatras actuales** en España no es suficiente para hacer frente a los retos a los que se enfrenta la especialidad (creciente demanda de atención, complejidad y diversidad de las actividades de Psiquiatría, elevado número de jubilaciones esperado, etc.) y para alcanzar ratios de especialistas similares a las de países del entorno. Además, se identifica margen de mejora en los **recursos asistenciales** disponibles para la atención a la Salud Mental en adultos e infanto - juvenil, especialmente en las ratios de camas de hospitalización breve, media y larga estancia, que se mantienen en valores inferiores a los países del entorno. La dotación de recursos humanos e infraestructuras de atención y hospitalización debe ser consecuente con el entorno y la demanda existente.

Recomendaciones

- **Evaluar**, a nivel estatal y autonómico, las necesidades y capacidades existentes en **recursos humanos, asistenciales, tecnológicos y de sistemas de información**. En base a las necesidades detectadas, optimizar su **planificación y refuerzo** desde un planteamiento multisectorial, asignando un presupuesto adecuado, objetivos alcanzables y medibles e indicadores de seguimiento.
- **Incrementar el número de psiquiatras** que ejercen su actividad profesional en España, asegurando su distribución adecuada en las diferentes CC. AA., para poder hacer frente a la demanda y retos actuales y futuros.
- Incrementar y fortalecer la dotación de la **red de recursos asistenciales** de atención a la Salud Mental y su **accesibilidad**, abordando las diferencias existentes entre las CC. AA. para fomentar la equidad y la disponibilidad de recursos y acercarnos a las ratios definidas a nivel europeo (recursos asistenciales de base comunitaria, infraestructuras sanitarias para la atención de adultos, niños y adolescentes, recursos intermedios, recursos dirigidos a poblaciones específicas de pacientes y a grupos vulnerables, etc.).

- **Incrementar el número de camas de hospitalización breve, de media y larga estancia**, así como de las **plazas en los hospitales o centros de día**, para hacer frente a la demanda y reducir las listas de espera,
- Promover y apoyar iniciativas de apoyo a la Salud Mental en el **lugar de trabajo**, incluyendo a los profesionales sanitarios y asistenciales de primera línea.
- Impulsar la **humanización** de los espacios (hospitalización y ambulatorios) y de los procesos asistenciales.

Organización asistencial y coordinación

La organización asistencial de la atención psiquiátrica debe garantizar el abordaje integral del paciente y la coordinación eficaz entre diferentes profesionales, sectores y niveles asistenciales.

Retos

Uno de los grandes problemas detectados a nivel estatal y uno de los principales retos a futuro es la **heterogeneidad** de la organización asistencial y de atención a las personas con trastornos mentales en las distintas CC. AA. Además, en algunas CC. AA., se identifica la necesidad de facilitar y mejorar la **coordinación, comunicación e integración** entre niveles asistenciales y áreas de atención, así como en la **digitalización y sistemas de información**.

Recomendaciones

- **Coordinar y normalizar** las carteras de servicios en el ámbito de la Psiquiatría en las CC. AA.
- Reforzar la **coordinación sociosanitaria e intersectorial**, impulsando los recursos necesarios y el desarrollo de programas de continuidad de cuidados, para optimizar las relaciones entre diferentes colectivos.
- Potenciar la **transformación digital** de los Servicios de Salud Mental y la consolidación de los **sistemas compartidos de información**, así como mejorar los sistemas de información y el registro de datos de los pacientes.
- Tras el aumento de la prevalencia e incidencia de los trastornos de la Salud Mental comunes tras la pandemia de la COVID-19, se recomienda, como solución para **abordar el incremento de la demanda**, diseñar un modelo de atención escalonado para la organización de la prestación de los servicios a las personas con trastornos mentales comunes, basado en un enfoque de atención colaborativa (Atención Primaria – Psiquiatría).

Formación e investigación

Se considera clave planificar la incorporación de la nueva especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, impulsar acciones formativas específicas en Salud Mental dirigidas a los profesionales sanitarios y reforzar la I+D+i en Salud Mental, a través de vías específicas de financiación.

Retos

Se identifica, en determinadas CC. AA., la necesidad de disponer de mayores recursos dirigidos a la formación de los futuros residentes de **Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**, así como a la **formación continuada y específica** de los especialistas. En el ámbito de la **I+D+i** en Salud Mental, actualmente existe margen de mejora en la visibilidad, prioridad y recursos específicos asignados.

Recomendaciones

- Determinar las necesidades existentes a nivel autonómico en relación con la especialidad de **Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** (ej. Disponibilidad de psiquiatras para la formación de los residentes, de recursos específicos de atención, etc.) y diseñar, en su caso, acciones para abordarlas.
- Reforzar los recursos dirigidos a la **formación continuada** de los especialistas e impulsar la **formación y capacitación** de los profesionales que atienden condiciones específicas, que permitan completar y actualizar los conocimientos de los profesionales.
- Promover las **acciones formativas** dirigidas a los facultativos de Atención Primaria y otras especialidades médicas y profesionales sanitarios, así como en los centros educativos.
- **Potenciar**, a nivel estatal y autonómico, la I+D+i en los campos del conocimiento relacionados con la Psiquiatría, desarrollando convocatorias específicas en este ámbito, impulsando y facilitando la actividad de I+D+i entre los especialistas y fortaleciendo la **cooperación** entre los distintos agentes implicados.
- Reforzar la **recopilación de datos** sobre Salud Mental, a través de indicadores estandarizados y comparables.

Implicación de profesionales y pacientes

Se considera fundamental incorporar la visión de los profesionales sanitarios de Salud Mental y de los pacientes y familiares/cuidadores en el diseño de planes, estrategias, normativas y aquellos ámbitos que impacten en la atención a la Salud Mental.

Retos

Se identifica la necesidad de una **mayor participación** de los especialistas de Psiquiatría y de los pacientes, familiares y/o cuidadores en el diseño, implementación y evaluación de planes, estrategias, recursos y normativas, para asegurar que su desarrollo se realiza acorde a las necesidades existentes y a la realidad de la práctica diaria.

Recomendaciones

- Potenciar el **papel de los especialistas en Psiquiatría en la comunicación de las necesidades existentes**, así como en el **diseño y evaluación de planes, políticas, normativas y recursos en materia de Salud Mental**, a través de las Sociedades Científicas.
- Fomentar una **mayor colaboración** entre las Asociaciones de Pacientes y Sociedades Científicas del campo de la Psiquiatría y Salud Mental.
- Impulsar la **implicación activa de las personas con trastornos mentales** y sus familiares y/o cuidadores en la formulación de estrategias, protocolos, normativas, etc., así como en la evaluación de servicios.
- Potenciar la figura del **Paciente Experto** o usuario en primera persona y reforzar los programas de apoyo *peer to peer*.

ANEXO I: Censo de psiquiatras, por Comunidad Autónoma

Se incluyen, en este anexo, los psiquiatras incluidos en la contabilización en cada una de las CC. AA., según la información recogida a nivel autonómico.

C. A.	Nº. psiquiatras	Detalle
Andalucía	527	No se incluyen los psiquiatras de la red de adicciones o del ámbito judicial.
Aragón	131	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatras que trabajan en el Servicio Aragonés de Salud (124). • Psiquiatras que trabajan en entidades concertadas con el Departamento (7).
Islas Baleares	139	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatras que trabajan en la red asistencial del Servicio de Salud. Dato proporcionado por el Departamento de Recursos Humanos del Servicio de Salud de las Islas Baleares.
Islas Canarias	155	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con psiquiatras fuera de la Red de Salud Mental, salvo los que ejercen en la medicina privada, del que no se dispone el número.
Cantabria	47	<ul style="list-style-type: none"> • Datos proporcionados por las Gerencias de Salud.
Castilla-La Mancha	160	<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatras totales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y la Consejería de Sanidad. • Incluye los psiquiatras vinculados al abordaje de las drogodependencias: Unidades de Conductas Adictivas (UCA, 6 psiquiatras), Unidad de Rehabilitación Residencial Alcohete (URR Alcohete, 2 psiquiatras) y Comunidad Terapéutica El Alba (CT Alba, 1 psiquiatra).
Castilla y León	201	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen únicamente los datos del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). • No se incluyen los profesionales en la red de drogodependencias (las competencias en materia de adicciones, con y sin sustancia, son competencia del Comisionado Regional para la Droga, adscrito a la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades). • No se incluyen los profesionales existentes en otro tipo de recursos sociales.
Cataluña	1.033	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen los psiquiatras dedicados a la atención a las adicciones en el ámbito hospitalario y ambulatorio, así como los psiquiatras dedicados al ámbito penitenciario y residencial.
C. Madrid	678	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen los psiquiatras de la red de adicciones y de los proveedores de servicios, tanto de gestión directa como indirecta.
C. F. Navarra	75	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye los psiquiatras de la red de Salud Mental de Navarra. • En relación a otros recursos, las Comunidades Terapéuticas con las que la Gerencia de Salud Mental de Navarra tiene plazas concertadas no incluyen profesionales de psiquiatría en su equipo.
C. Valenciana	299	<ul style="list-style-type: none"> • Se contabilizan los psiquiatras gestionados por los diferentes dispositivos de Salud Mental.
Extremadura	72	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo existen psiquiatras en ejercicio público en Extremadura en el Servicio Extremeño de Salud. • El Servicio Extremeño de Salud no tiene contratado ningún servicio externo con psiquiatras ni tampoco hay psiquiatras en otras redes públicas como Conductas Adictivas o Atención Social, etc.

C. A.	Nº. psiquiatras	Detalle
Galicia	235	<ul style="list-style-type: none"> • En los recursos de atención a la Salud Mental de gestión pública del Servicio Gallego de Salud trabajan 217 psiquiatras, sin incluir los psiquiatras que trabajan en la red privada o en los centros en los que se tiene concierto de forma puntual en función de la demanda asistencial (pero que no constituyen la estructura básica de prestación de servicios). • Adicionalmente, en Galicia trabajan 18 psiquiatras en centros de gestión municipal/ONG, con dependencia funcional del servicio gallego de salud para el desarrollo de programas de asistencia a adicciones, que se sumarían a los 217 anteriormente mencionados.
País Vasco	332	<ul style="list-style-type: none"> • Dato proporcionado por la Dirección de Recursos Humanos de Osakidetza, correspondientes con las plazas contratadas en la red pública. • No incluye los psiquiatras de la red concertada con los Hospitales de San Juan de Dios y Aita Menni.
P. de Asturias	117	No se dispone de información adicional.
R. de Murcia	162	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen los psiquiatras trabajando en la red de Salud Mental y drogodependencias, incluyendo el Programa de Adicciones.
La Rioja	22	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye atención a drogodependencias (integrada en la red de Salud Mental). • Las ONG con las que se tiene concierto (Proyecto Hombre y Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas) no disponen de psiquiatras. Dicha atención se realiza desde las Unidades de Salud Mental y en sus dispositivos.
Ceuta	4	Número de psiquiatras extrapolado a partir de la ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes indicado en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026.
Melilla	5	Número de psiquiatras extrapolado a partir de la ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes indicado en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026.

ANEXO II: Cuestionarios utilizados como base para la recopilación de información cuantitativa y cualitativa

COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR

¿Cuáles considera que son los temas con mayor impacto o preocupación para la psiquiatría actualmente?

A nivel de desarrollo legislativo

- Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto de 2021, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

¿Hay algún psiquiatra en las comisiones consultivas sobre la eutanasia en su Comunidad Autónoma?

- Proposición de Ley General de Salud Mental
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

¿Considera algún otro desarrollo legislativo-normativo que deba revisarse en el Libro Blanco?

¿Y en su Comunidad Autónoma?

A nivel de Políticas y estrategias

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026 (en proceso)
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016
- Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS.

¿Considera alguna otra estrategia, plan o política a nivel nacional o internacional que deba revisarse en el Libro Blanco?

¿Quién es el responsable/coordinador de Salud Mental? (si existe esta figura en la comunidad)

¿En qué situación se encuentra la Estrategia de Salud Mental en la comunidad?

¿Existe un Plan de Humanización específico para el ámbito de Salud Mental?

¿Existe integración/coordinación con la red de atención a drogodependencias?

¿Existe alguna figura para la coordinación asistencial y sociosanitaria?

Solicitud de indicadores

¿Con quién se debería contactar para la solicitud de datos/indicadores en la comunidad?

A nivel asistencial /planificación sanitaria)

- 1.1. Recursos humanos. OPE de plazas de psiquiatría.

¿Son independientes las plazas de adultos y de infanto-juvenil?

- 1.2. Unidades específicas.

- 1.3. Protocolos y procesos-rutas asistenciales.

¿Qué indicadores, además de los habituales (nº de psiquiatras en diferentes ámbitos, de adultos y de infantojuvenil, camas, plazas HD, actividad) debemos solicitar a las CC. AA.?

¿Existe algún estudio comparativo a nivel europeo que debamos revisar?

A nivel docente/formación

Plazas MIR Psiquiatría. *¿Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental?*

A nivel investigador

¿Existen convocatorias específicas en su Comunidad Autónoma para proyectos de investigación e innovación en Salud Mental?

Asociaciones de pacientes y familiares

¿Cuáles son las principales/más activas en su Comunidad?

¿Hay algún otro aspecto que debamos considerar en el Libro Blanco?

RESPONSABLES AUTONÓMICOS EN MATERIA DE SALUD MENTAL

Temas de mayor impacto para la Psiquiatría

A nivel de desarrollo legislativo

- Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto de 2021, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

¿Hay algún psiquiatra en las comisiones consultivas sobre la eutanasia en su Comunidad Autónoma?

- Proposición de Ley General de Salud Mental.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

¿Considera algún otro desarrollo legislativo-normativo de especial impacto en la especialidad?

En su CC. AA, ¿existe algún desarrollo legislativo-normativo específico?

A nivel de Políticas y estrategias

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026 (en proceso)
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016
- Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS.

¿En qué situación se encuentra la Estrategia de Salud Mental en la comunidad?

¿Existe un Plan de Humanización específico para el ámbito de Salud Mental?

¿Existe integración/coordinación con la red de atención a drogodependencias?

¿Existe alguna figura para la coordinación asistencial y sociosanitaria?

A nivel asistencial / planificación sanitaria

- Recursos humanos. OPE de plazas de psiquiatría.

En las OPEs *¿Son independientes las plazas de adultos y de infanto-juvenil?*

¿Hay alguna iniciativa relevante que afecte a la contratación /planificación/ordenación de plazas de psiquiatría?

- Unidades específicas.

¿Se ha creado recientemente alguna unidad de especial relevancia?

- Protocolos y procesos-rutas asistenciales.

¿Se ha creado recientemente alguna unidad de especial relevancia?

A nivel docente/formación

Plazas MIR psiquiatría.

¿Existe alguna Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental?

A nivel investigador

¿Existen convocatorias específicas en su Comunidad Autónoma para proyectos de investigación e innovación en Salud Mental?

Sociedades Científicas y Asociaciones de pacientes y familiares

¿Cuáles son las SS, CC y AA, PP principales/más activas en su Comunidad?

¿Existe alguna iniciativa relevante de participación de asociaciones de pacientes y familiares?

¿Hay algún otro aspecto que considere relevante para la psiquiatría en su Comunidad Autónoma?

RECOGIDA DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA A NIVEL AUTONÓMICO

Comunidad Autónoma	
--------------------	--

Número de psiquiatras (Sistema público)

Pirámide de edad:

Tramo de edad	Hombres (nº)	Mujeres (nº)	Total
< 30 años			
30-39 años			
40-49 años			
50-59 años			
60-65 años			
> 65 años			

Psiquiatras por ámbito asistencial:

	Nº de psiquiatras
Hospital (unidad de hospitalización breve de psiquiatría, unidad de subagudos, consultas hospitalarias y programas específicos hospitalarios)	
Hospitales de día/centros de día	
Ambulatorio (centros de salud mental, otros dispositivos ambulatorios no hospitalarios)	
Hospitales/ centros de larga y media estancia	

Psiquiatras por edad de los pacientes:

	Nº de psiquiatras
Adultos	
Infanto-juvenil	

Por tipo de contrato y jornada:

	Nº de psiquiatras
Por tipo de contrato	
Plaza fija	
Interinos	
Eventuales	
Otros contratos temporales:	
Contrato COVID-19	
Contratos de investigación	
Por tiempo:	
Jornada completa	
A Tiempo parcial (indicar % o n.º de horas respecto a jornada completa)	
N.º ETC (equivalentes a tiempo completo)	

Número de residentes:

	nº	R1	R2	R3	R4
N.º. de Unidades Docentes Multiprofesionales					
N.º. plazas MIR Psiquiatría (2021)					
N.º. plazas MIR Psiquiatría (2022)					
N.º. plazas PIR (2021)					
N.º. plazas PIR (2022)					
N.º. plazas EIR (2021)					
N.º. plazas EIR (2022)					

Docencia de grado Medicina:

	Nº de psiquiatras
Catedráticos	
Profesores titulares	
Profesores asociados	

Recursos de atención**Nº de dispositivos y camas hospitalarias de psiquiatría - general: adultos + infantil**

	N.º	N.º camas adultos	N.º camas infanto-juvenil
Hospitalización psiquiatría agudos (unidades de hospitalización)			
Camas en dispositivos subagudos / Media estancia			
Larga estancia			

Nº de dispositivos y camas hospitalarias de psiquiatría - adultos

	N.º	N.º camas
Hospitalización psiquiatría agudos (unidades de hospitalización)		
Camas en dispositivos subagudos / Media estancia		
Larga estancia		

Nº de dispositivos y camas hospitalarias de psiquiatría - infanto-juvenil

	N.º	N.º de camas
Hospitalización psiquiatría agudos (unidades de hospitalización)		
Camas en dispositivos subagudos / Media estancia		
Larga estancia		

Hospital o centro de día

	N.º	N.º de plazas
Hospital de Día adultos		
Plazas hospital de día niños/adolescentes		

Centros de Salud Mental / Unidades de Salud Mental ambulatorias

	N.º
Centros de Salud Mental de adultos	
Centros de Salud Mental infanto-juvenil	

Programas específicos

	Unidades monográficas	Consultas	N.º
Trastornos de personalidad			
Programa Primero Episodios Psicóticos (PEP)			
Psicogeriatría			
Trastornos conducta alimentaria			
Discapacidad intelectual			
Autismo			
Adicciones			
Adicciones sin sustancia			
Alto riesgo			
Perinatal			
Patología Dual			
Programa jóvenes			
Violencia de género/trauma			
Otros:			

Actividad

En adultos:

Consultas	N.º (total)	N.º Hospital	N.º centros de Salud Mental (ambulatorio)
Primeras consultas adultos (2021)			
Consultas sucesivas adultos (2021)			

Hospitalización (agudos)	N.º
Ingresos (2021)	
Altas (2021)	
Nº de reingresos	
Estancia media	
Tiempos de espera en Psiquiatría y Psicología	Tiempo medio (días)

Tiempos espera media para primera visita	
% Pacientes en espera más de 60 días	
Tiempos espera media para visitas sucesivas	
%Pacientes en espera más de 60 días	
Estancia media hospitalaria	
Ausentismo de paciente citados en consulta de Psiquiatría	Número o tasa
Ausencias en primeras visitas (número o tasa)	
Ausencias en consultas sucesivas (número o tasa)	

En infanto-juvenil:

Consultas	N.º (total)	N.º Hospital	N.º centros de Salud Mental (ambulatorio)
Primeras consultas infanto-juvenil (2021)			
Consultas sucesivas infanto-juvenil (2021)			

Hospitalización (agudos)	N.º
Ingresos (2021)	
Altas (2021)	
Nº de reingresos	
Estancia media	

Tiempos de espera en Psiquiatría y Psicología	Tiempo medio (días)
Tiempos espera media para primera visita	
% Pacientes en espera más de 60 días	
Tiempos espera media para visitas sucesivas	
%Pacientes en espera más de 60 días	
Estancia media hospitalaria	

Ausentismo de paciente citados en consulta de Psiquiatría	Número o tasa
Ausencias en primeras visitas (número o tasa)	
Ausencias en consultas sucesivas (número o tasa)	

REFERENCIAS

1. de Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguera I. Mental health and public health in Spain: Epidemiological surveillance and prevention. *Psiquiatr Biol*. 2016;23(2):67-73. doi:10.1016/j.psiq.2016.03.001
2. Mental health: strengthening our response [Nota de Prensa] 17 junio de 2022. Acceso: 20/09/22. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3
4. Headway 2023 - Mental Health Index. Disponible en: https://www.angelinipharma.es/media/xahawdh3/211005_headway-2023_report_def.pdf.
5. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020 - 2021. Disponible: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf.
6. Encuesta Europea de Salud en España. EESE 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf.
7. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Número 2. Disponible en: <https://>.
8. A New Benchmark for Mental Health Systems : Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. OECD. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4ed890f6-en/index.html?itemId=/content/publication/4ed890f6-en>.
9. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf.
10. Estadísticas de Salud Mental y temas relacionados. Eurostat. Acceso: 20/09/22. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics#Deaths_from_mental_and_behavioural_disorders.2C_Alzheimer.E2.80.99s_disease_and_intentional_self-harm.

11. Mental Health Atlas 2020. World Health Organization, Disponible en: <https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2022/05/03-Atlas-Mental-Health-eng.pdf>.
12. OECD (2022), Indicador de tasa de suicidio. Acceso: 27/09/22. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>.
13. Observatorio del Suicidio en España. Acceso: 29/12/22. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>.
14. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre de 2022 (datos provisionales). INE. [Nota de Prensa] 19 de diciembre de 2022. Acceso: 29/12/22. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf-strengthening-our-r.
15. Health at a Glance: Europe 2020. Adult mental health. OECD. Acceso: 23/11/22. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/89109c81-en.pdf?expires=1669196187&id=id&accname=guest&checksum=23DC4623BCE0B7DD2569493B36F2264E>.
16. Los pediatras piden un plan contra el suicidio infantil ante el incremento de los casos desde el inicio de la pandemia. Acceso: 27/09/22. Disponible: <https://www.rtve.es/noticias/20220126/pediatras-piden-plan-contra-suicidio-infantil-aumento-casos-pandemia/2270741.shtml>.
17. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos (2022). Organización Mundial de Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
18. Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(2):105-110. doi:10.1016/j.rpsm.2020.04.004
19. McFarland DC, Hlubocky F, Riba M. Update on Addressing Mental Health and Burnout in Physicians: What Is the Role for Psychiatry? *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(11). doi:10.1007/s11920-019-1100-6
20. Chen JA, Chung W, Young SK, Tuttle MC, Razafsha M, Kerner C, et al. COVID-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;66(January):89-95.
21. Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM. Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(12):2510-2523. doi:10.1016/j.mayocp.2019.04.018
22. Türközer HB, Öngür D. A projection for psychiatry in the post-COVID-19 era: potential trends, challenges, and directions. *Mol Psychiatry.* 2020;25(10):2214-2219. doi:10.1038/s41380-020-0841-2

23. WHO European Framework for Action on Mental Health 2021 - 2025. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1414471/retrieve>.
24. Recommendations from the WHO Technical Advisory Group on the mental health impacts of COVID-19 in the WHO European Region (2021). Disponible en: https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/tag-mental-health-covid-19-recommendations-eng.pdf?sfvrsn=e719291b_6&download=true.
25. World Mental Health Day. Acceso: 28/11/2022. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day>.
26. Sadeniemi M, Almeda N, Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosía MR, García-Alonso C, Ala-Nikkola T, et al. A comparison of mental health care systems in northern and southern Europe: A service mapping study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6). doi:10.3390/ijerph15061133
27. Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. 2013. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/europopp_full_en_0.pdf.
28. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.
29. Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuad Trab Soc*. Published online 2010:253.
30. DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf>.
31. Training Requirements for the Specialty of Child and Adolescent Psychiatry European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. Disponible en: https://www.uems.eu/___data/assets/pdf_file/0019/44434/UEMS-2014.18-European-Training-Requirements-Child-adolescent-Psychiatry.pdf.
32. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. 2014. Disponible en: <https://fundacionaliciakoplowitz.org/wp-content/uploads/2020/09/libroblanco.pdf>.
33. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Disponible en: <https://www>.
34. Steinert T, Henking T. Law and psychiatry-current and future perspectives. *Front*

- Public Health. 2022 Aug 24;10:968168. doi: 10.3389/fpubh.2022.968168.
35. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>.
 36. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la "Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia". Disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf).
 37. Germán Urdiola, M J. (2021). Novedades de la Ley 8/2021 para personas con problemas de Salud Mental. Guía en 100 preguntas para trabajadores, familias y usuarios. Disponible en: <https://www.fadesaludmental.es/images/100preguntas.pdf>.
 38. Proposición de Ley General de Salud Mental. Disponible: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-185-1.PDF.
 39. El peligro de dejar sin protección a las personas con trastornos mentales graves. La Razón, 27 de noviembre de 2022. Acceso: 29/11/22. Disponible en: <https://www.larazon.es/sociedad/20221127/fjriunzqbjclfmihpdihz5f7m4.html>.
 40. Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Disponible en: <https://www.newtral.es/wp-content/uploads/2021/07/APL-Igualdad-Trans-LGTBI-v4-def.pdf?x32658>.
 41. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>.
 42. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Plan-Accion-Salud-Mental-2022-2024.pdf>.
 43. Los Presupuestos Generales del Estado de 2023 consolidan el compromiso del Gobierno por fortalecer el Sistema Nacional de Salud [Gabinete de Prensa del Ministerio de Sanidad]. Acceso: 22/11/2022. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/>. Published online 2022.
 44. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/II_PLAN ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf.
 45. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 - 2024. Disponible en:

https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf.

46. Plan de acción sobre adicciones 2021-24. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf.
47. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS. Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME). Disponible en: <https://www.fsme.es/app/download/11974110424/Propuesta+para+una+Estrategia+de+Prevenci%C3%B3n+del+Suicidio+en+el+SNS.pdf?t=1438737169>.
48. SALUD MENTAL ESPAÑA urge un Plan Nacional de Prevención del Suicidio ante la mayor vulnerabilidad de la salud mental de la población debido a la pandemia. [Noticia]. Acceso: 15/11/21. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/plan-prevencion-suicidio-espana-salud-mental/>.
49. 024. Línea de atención a la conducta suicida. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>.
50. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, rev. septiembre 2020. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf.
51. Proyecto SURVIVE. Disponible en: <https://www.surviveproyecto.com/quienes-somos/>.
52. Humanización en Salud Mental. Fundación Humans. Disponible en: <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2020/02/informe-humanizacion-en-salud-mental.pdf>.
53. López M, Laviana M. La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con trastornos mentales graves. *Enfermería Clínica*. 2016;26(1):61-67.
54. Minkoff K. Developing Standards of Care for Individuals With Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders. *Psychiatr Serv*. 2001;52(5):1-56. doi:10.4324/9780429490408-1
55. Yule AM, Kelly JF. Integrating treatment for co-occurring mental health conditions. *Alcohol Res Curr Rev*. 2019;40(1):e1-e13. doi:10.35946/arcv.v40.1.07.
56. Minkoff K, Covell NH. Recommendations for Integrated Systems and Services for People With Co-occurring Mental Health and Substance Use Conditions. *Psychiatr Serv*. 2022;73(6):686-689. doi:10.1176/appi.ps.202000839
57. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a

- systematic review. *BMC Psychiatry*. 2011;11. doi:10.1186/1471-244X-11-64
58. Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2006;30(1):79-84. doi:10.1016/j.jsat.2005.10.004
 59. The Case for Screening and Treatment of Co-Occurring Disorders. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [Contenido electrónico] Septiembre 2022. Acceso: 18/11/2022. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/co-occurring-disorders>.
 60. Libby AM, Riggs PD. Integrated substance use and mental health treatment for adolescents: Aligning organizational and financial incentives. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15(5):826-834. doi:10.1089/cap.2005.15.826
 61. Minkoff K, Covell N. *Integrated Systems and Services for People with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Conditions: What's Known, What's New, and What's Now?*; 2019.
 62. Karapareddy V. A Review of Integrated Care for Concurrent Disorders: Cost Effectiveness and Clinical Outcomes. *J Dual Diagn*. 2019;15(1):56-66. doi:10.1080/15504263.2018.1518553
 63. Hermans M. Education in psychiatry in Western Europe. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32(2):133-139.
 64. Brittlebank A, Hermans M, Bhugra D, Pinto da Costa M, Rojnic-Kuzman M, Fiorillo A, et al. Training in psychiatry throughout Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;266(2):155-164. doi:10.1007/s00406-016-0679-4
 65. Baessler F, Zafar A, Gargot T, Pinto da Costa M. Psychiatry training in 42 European countries: A comparative analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2021;46:68-82.
 66. De Picker L, Nobels A. Heterogeneity in psychiatry training in Europe: competition or collaboration? *Tijdschr Voor Pshychiatrie*. 2019;61:175-181.
 67. Barrett E, Jacobs B, Klasen H, Hergunger S. The child and adolescent psychiatry: study of training in Europe (CAP-STATE). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:11-27.
 68. Rao R. What are the subspecialties of psychiatry? *BMJ*. 2004;328.
 69. Types of psychiatrist. Royal College of Psychiatrists. Acceso: 04/10/2022. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/become-a-psychiatrist/choose-psychiatry/what-is-psychiatry/types-of-psychiatrist> .
 70. Galderisi S, Falkai P. Psychiatry and psychiatrists: Fourteen core statements. *Eur Psychiatry*. 2018;52:136-138. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.05.013
 71. Boletín Oficial del Estado. Disponible en: <https://www.boe.es/>.

72. Orden SND/840/2022, de 26 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2022 para el acceso en el año 2023, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Disponible: <https://www.boe.es/boe/dias/2022/09/02/pdfs/BOE-A-2022-14414.pdf>.
73. Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón Municipal. Resultados 2021. Disponible: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177011&menu=resultados&idp=1254734710990.
74. Periodo de acreditación especial para las Unidades Docentes de Salud Mental. Redacción Médica, 19 de septiembre de 2022. Acceso: 28/09/2022. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/periodo-de-acreditacion-especial-para-las-unidades-docentes-de-salud-mental-9278>.
75. Degenhardt F. Child and adolescent psychiatry meets its challenges. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(5):699-700. doi:10.1007/s00787-022-02000-y
76. OCED Stat. Acceso: 10/05/2022. Disponible en: <https://stats.oecd.org/>.
77. Eurostat Data Browser 2021. Acceso: 03/10/2022. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_rs_spec-.
78. Rate of practicing child psychiatrist per 100 000 population aged 0-14 years. European Region. World Health Organization. Acceso: 10/12/2022. Disponible en: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/cahb_survey_39-rate-of-practicing-child-psychiatrist-pe.
79. Sourander A, Chudal R, Skokauskas N, Malallah A, Ansari A, Brunstein A, et al. Unmet needs of child and adolescent psychiatrists among Asian and European countries : does the Human Development Index (HDI) count ? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(1):5-8. doi:10.1007/s00787-017-1095-7
80. Signorini G, Singh SP, Boricevic-marsanic V, Dieleman G, Dodig-ćurković K, Franic T, et al. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services : a 28-country survey in Europe. *Health Policy (New York)*. 2017;0366(17). doi:10.1016/S2215-0366(17)30127-X
81. Summary report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health and Human Services. Sept. 30, 1980. Volumen I. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED210990.pdf>.
82. H. Remschmidt, H. Engeland. Child and Adolescent Psychiatry in Europe. Historical Development Current Situation Future Perspectives (1999). Ed. Springer.

83. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos técnicos 4. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos4.pdf>.
84. A vision for Change. Report of the expert group on Mental Health Policy. Irlanda, 2006. Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/mental-health---a-vision-for-change.pdf>.
85. Konrad T, Ellis A, Thomas K, Holzer C, Morrissey J. County-Level Estimates of Need for Mental Health Professionals in the United States. *Psychiatr Serv.* 2009;60(10). doi:10.1176/appi.ps.60.10.1307
86. Royal College of Psychiatrists. Building and sustaining specialist CAMHS to improve outcomes for children and young people: update of guidance on workforce, capacity and functions of CAMHS in the UK. 2013. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/def>.
87. Burke BT, Miller BF, Proser M, Petterson SM, Bazemore AW, Goplerud E, et al. A needs-based method for estimating the behavioral health staff needs of community health centers. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):1-12. doi:10.1186/1472-6963-13-245
88. The Silent Shortage. A White Paper Examining Supply, Demand and Recruitment Trends in Psychiatry. Merritt Hawkins, an AMN Health Company. White Paper Series. 2018. Disponible en: https://www.merrithawkins.com/uploadedFiles/MerrittHawkins/Content/News_and_
89. Informe Monográfico. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema nacional de Salud, 2020 - 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Info.
90. Psychiatrist Salaries by Country. Acceso: 03/11/2022. Disponible en: <https://www.salaryexpert.com/salary/browse/countries/psychiatrist>.
91. Kirill V. Bykov, Inna A. Zrazhevskaya, Elvira O. Topka, Valery N. Peshkin, Alexander P. Dobrovolsky, Ruslan N. Isaev, Andrey M. Orlov. Prevalence of burnout among psychiatrists: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2022. V.
92. Ortiz-fune C, Kanter JW. Burnout in Mental Health Professionals: The Roles of Psychological Flexibility, Awareness, Courage, and Love. 2020;31:85-90.
93. Alkhamees AA, Assiri H, Alharbi HY, Nasser A, Alkhamees MA. Burnout and depression among psychiatry residents during COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health.*

2021;19(1):1-9. doi:10.1186/s12960-021-00584-1

94. Informe trimestral de absentismo laboral. Julio de 2022. Randstad Research. Disponible en: <https://www-randstadresearch-es.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2022/07/RANDSTAD-RESEARCH-Informe-de-Absentismo-laboral-2022T1.pdf>.
95. Mundt AP, Rozas Serri E, Irrázaval M, O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T, et al. Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Mol Psychiatry*. 2022;27(4):1873-1879. doi:10.1038/s41380-021-01435-0
96. OECD (2022), Hospital beds. Acceso: 03/10/2022. Disponible en: <https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm>.
97. Eurostat. Psychiatric care beds in hospital. Acceso: 03/06/2022. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00047/default/table?lang=en>.
98. Fuller Torrey E, Entsminger K, Geller J, Stanley J, Jaffe D. The Shortage of Public Hospital Beds for Mentally Ill Persons. A Report of the Treatment Advocacy Center.
99. Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2019. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadist>.
100. Consulta autoinformada de profesionales de atención de la salud mental o de rehabilitación por sexo, edad y nivel educativo. Acceso: 25/11/2022. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am6e/default/table?lang=en.
101. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 2020 [Nota de Prensa] 27 de abril de 2022. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/emh_2020.pdf.
102. Informe "La situación de la salud mental en España". Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña. Marzo 2023. Disponible en: <https://www.fundacionmutua.es/documents/informe-salud-mental-espana-2023-bajo.pdf>.
103. Reig X, Larraz JA. El Paciente Experto en personas con trastorno mental grave. El grupo de iguales como factor de recuperación. *Inf Psiquiátricas*. 2016;(255):39-46.
104. Red de Escuelas de Salud del Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.redescuelassalud.es/actividades/aprenderACuidarse.htm>.
105. de Arriba-Enriquez J, Sanz-Casado E, Vieta E, Rapado-Castro M, Arango C. Quality of care in psychiatry is related to research activity. *Eur Psychiatry*. 2021;64(1).

doi:10.1192/j.eurpsy.2021.16

106. Marazziti D, Stahl SM. Novel challenges to psychiatry from a changing world. *CNS Spectr*. 2021;26(1):3-4. doi:10.1017/S1092852919001858
107. Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, Leboyer M, Carvalho AF, Berk M. The new field of "precision psychiatry." *BMC Med*. 2017;15(1):1-7. doi:10.1186/s12916-017-0849-x
108. Ward ET, Kostick K, Lázaro-Muñoz G. Integrating Genomics into Psychiatric Practice: Ethical and Legal Challenges for Clinicians. *Har Rev Psychiatry*. 2019;27(1):53-64. doi:10.1097/HRP.000000000000203.Integrating
109. Fusar-Poli P, Manchia M, Koutsouleris N, Leslie D, Woopen C, Calkins ME, et al. Ethical considerations for precision psychiatry: A roadmap for research and clinical practice. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022;63:17-34. doi:10.1016/j.euroneuro.2022.08.001
110. Scala J, Ganz A, Snyder M. Precision Medicine Approaches to Mental Healthcare. *Physiol*. Published online 2022.
111. Horizon Europe. Work Programme 21-22 (Health). Disponible en: https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/docs/2021-2027/horizon/wp-call/2021-2022/wp-4-health_horizon-2021-2022_en.pdf.

