



# TELECONSULTA EN SALUD MENTAL EN UN SERVICIO DE SALUD

Fecha 01/10/2025

Salud Mental sin barreras: La teleconsulta digital como puente hacia una atención integral y equitativa.

## **Autores:**

Sra. Navidad Sánchez Marcos  
D. Alfonso del Río Sánchez  
D. Amador María Ruiz Torrejón

## **Tutor:**

Sra. Sandra Rueda Charro

Firmas:

Navidad Sánchez Marcos	
Alfonso del Río Sánchez	
Amador María Ruiz Torrejón	
Sandra Rueda Charro	

### **Agradecimientos**

A Sandra Rueda, nuestra tutora, por la paciencia, el trabajo, sus consejos y su dedicación.

A los responsables de nuestros servicios de IBSalut por ayudarnos y abrirnos las puertas de sus servicios, en especial al Dr. Antonio Zamora, psiquiatra y alma del proyecto y a la Sra. Fátima Ros, enfermera incansable en la tarea de perseguir a directivos y profesionales y recopilar toda la información.

A la dirección del Máster y a todos sus profesores y ponentes, por sus charlas y sus temarios, que han sido y serán una herramienta que seguro utilizaremos en el futuro.

## Contenido

3) Resumen: .....	1
Glosario de términos .....	2
4) Introducción .....	4
1.1 Objetivo general .....	8
1.2 Objetivos específicos .....	9
Objetivos relacionados con la Eficiencia y los Costes .....	9
Objetivos relacionados con la Calidad y los Resultados en Salud .....	9
5) Referencia de los contenidos del Temario que se han utilizado .....	9
6)Cuerpo del Trabajo .....	15
6.1 Metodología .....	15
6.2 Plan de trabajo .....	22
6.3 Diseño del proyecto .....	23
6.4 Valoración clínica mediante escalas de salud mental .....	26
6.5 Evaluación de la calidad de la teleconsulta percibida por el paciente .....	27
6.6 Cuestionario de usabilidad y repercusión de la teleconsulta en pacientes y profesionales .....	27
6.7 Entorno tecnológico: .....	29
6.7.1 Componentes necesarios en el lado del profesional.....	30
6.7.2 Componentes necesarios en el lado del paciente.....	31
6.7.3 Componentes Necesarios en la Infraestructura .....	32
6.7.4 Aspectos relativos a la seguridad .....	33
6.8 Planificación .....	34
Equipo de trabajo .....	34
Cronograma .....	36
6.9 Visión de futuro y próximos pasos .....	39
Incorporación de la Telemonitorización de Pacientes.....	40
Generación de Alertas Tempranas e Impacto en el Plan de Cuidados .....	41
Hacia Modelos Predictivos Específicos en Salud Mental .....	41
7) Sumario o síntesis de conclusiones .....	42
8) Inclusión de gráficos, tablas, ilustraciones, etc .....	50
Flujograma del procedimiento .....	50
9) Referencias bibliográficas según las normas recomendadas .....	51

10) Webgrafía .....	60
11) Anexo .....	63
Anexo 1. Cuestionario PHQ-9 .....	63
Anexo 2. Cuestionario GAD-7.....	64
Anexo 3 Índice WHO-5.....	65
Anexo 4. Test EQ-5D-5L .....	66
Anexo 5 Telehealth Usability Questionnaire TQU .....	68
Anexo 6 SUS System Usability Scale .....	69
Anexo 7 Guía para las consultas de Salud Mental por videollamada para los usuarios	71
Anexo 8. Guía breve para los profesionales .....	72
Anexo 9 Telesalud Mental: Experiencia y satisfacción de los usuarios .....	75
Anexo 10 Telesalud Mental: evaluación de la experiencia de los profesionales .....	76
Anexo 11: PADP Salut Mental Para Balears .....	78

### 3) Resumen:

La evidencia actual muestra que los programas de teleconsulta en salud mental pueden ser coste-efectivos en comparación con la atención presencial tradicional, aunque los resultados pueden variar según el contexto, el modelo de implementación y la población objetivo.

Diversos estudios sistemáticos y análisis económico han encontrado que la telepsiquiatría y las intervenciones digitales en salud mental tienden a reducir los costos directos e indirectos, especialmente cuando se consideran los ahorros en desplazamientos (tanto de pacientes como de profesionales), tiempos de espera y optimización de recursos profesionales. Si bien, los análisis de coste-efectividad disponibles favorecen las intervenciones digitales en salud mental, es necesario disponer de estudios más rigurosos para poder estandarizar la evaluación económica <sup>1</sup>.

En poblaciones específicas, como adultos mayores confinados en domicilio, la teleconsulta basada en activación conductual o psicoterapia por videoconferencia ha demostrado ser coste-efectiva y en algunos casos, dominante frente a la atención habitual, sobre todo en aquellos casos en los que no es posible disponer de personal sanitario especializado <sup>2</sup>. En contextos rurales o de difícil acceso, la telepsiquiatría ha resultado ser el modelo menos costoso frente a la consulta presencial o el desplazamiento de profesionales (sobre todo interislas) <sup>3</sup>.

En algunos sectores de la actividad asistencial, vemos que el proceso de teleconsulta se va consolidando en sus diferentes versiones. En Atención Primaria, la teleconsulta telefónica alcanza cotas del 27% del total de las consultas realizadas, con incremento del 3.5% respecto al año anterior, siendo ese incremento superior para las consultas de enfermería (5.56% de incremento) <sup>4</sup>.

## Glosario de términos

Término	Definición
<b>ARSULIPO</b>	Derechos de <b>A</b> cceso, <b>R</b> ectificación, <b>S</b> upresión, <b>U</b> (Limitación del tratamiento), <b>L</b> imitación, <b>P</b> ortabilidad y <b>O</b> posición aplicables al tratamiento de datos personales
<b>BSC / Cuadro de Mando Integral</b>	Sistema de gestión estratégica que monitoriza el desempeño organizativo en cuatro perspectivas: financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje/innovación
<b>Business Case (Caso de negocio)</b>	Documento en que se exponen costes, beneficios y el valor esperado de un proyecto para la toma de decisión (aceptar o rechazar)
<b>CEAC (Curva de aceptabilidad coste-efectividad)</b>	Representación gráfica que muestra la probabilidad de que una intervención sea coste-efectiva frente a diferentes umbrales de disposición a pagar
<b>CGI-I / CGI-S</b>	<b>CGI-S</b> : Impresión Clínica Global de Severidad; <b>CGI-I</b> : Impresión Clínica Global de Mejoría — escalas de 1 (mejor) a 7 (peor)
<b>CMI</b>	Cuadro de Mando Integral (véase BSC)
<b>COBIT</b>	Marco de referencia de ISACA para la gobernanza y gestión de tecnologías de la información a nivel corporativo
<b>Consentimiento informado digital</b>	Consentimiento explícito, documentado y comprensible en el entorno digital, con características específicas para menores o datos sensibles
<b>DAFO</b>	Análisis estratégico que identifica <b>D</b> ebilidades, <b>A</b> menazas, <b>F</b> ortalezas y <b>O</b> portunidades de un proyecto
<b>EEDS</b>	Reglamento (UE) 2025/327 que crea el Espacio Europeo de Datos de Salud, regulando el acceso y uso de datos sanitarios en la UE con garantías
<b>EIPD / DPIA</b>	Evaluación de Impacto en Protección de Datos / Data Protection Impact Assessment: instrumento obligatorio para tratamientos de alto riesgo como datos de salud
<b>EQ-5D-5L</b>	Instrumento genérico de calidad de vida con 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión) y 5 niveles por dimensión + escala visual analógica (VAS)
<b>GAD-7</b>	Cuestionario de 7 ítems para evaluar síntomas de ansiedad (rango 0–21); puntos de corte: 5 leve, 10 moderada, 15 grave
<b>ICER (RCEI)</b>	Razón coste-efectividad incremental: (Coste de la intervención – Coste de comparador) / (Efecto de la intervención – Efecto del comparador)
<b>ITIL</b>	Conjunto de buenas prácticas para la gestión de servicios de TI (IT Service Management) enfocadas en alineación con necesidades organizativas
<b>LOPDGDD</b>	Ley Orgánica 3/2018 en España, que adapta el RGPD y regula derechos digitales, con especial atención al tratamiento de datos de salud

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>MAST</b>	Model for Assessment of Telemedicine: marco europeo para evaluar proyectos de telemedicina en múltiples dimensiones (seguridad técnica, efectividad, costes, aspectos organizativos, éticos, etc.)
<b>Modelo de Donabedian</b>	Enfoque de evaluación de calidad en salud basado en tres componentes: estructura, proceso y resultado
<b>NMB (Beneficio Monetario Neto)</b>	Fórmula: $(\Delta \text{Efecto} \times \text{umbral monetario}) - \Delta \text{Coste}$ ; transforma resultados en unidades monetarias para comparación directa
<b>No asistencia (no-show)</b>	Paciente que no acude a la cita sin aviso previo; genera eficiencia perdida en agendas
<b>PHQ-9</b>	Cuestionario de 9 ítems para síntomas depresivos (rango 0–27); puntos de corte clásicos: 5 leve, 10 moderada, 15 moderada-grave, 20 grave
<b>QALY (AVAC)</b>	Año de vida ajustado por calidad: integra tiempo y utilidad (0 = muerte, 1 = salud perfecta)
<b>RGPD</b>	Reglamento (UE) 2016/679 relativo a protección de datos personales; en salud se considera tratamiento de alto riesgo, activando medidas de seguridad adicionales
<b>SUS (System Usability Scale)</b>	Escala rápida de 10 ítems (Likert) para medir usabilidad percibida de un sistema
<b>Teleconsulta</b>	Modalidad específica de telemedicina consistente en la interacción directa a distancia entre profesional sanitario y paciente (o entre profesionales), con fines clínicos de diagnóstico, seguimiento, tratamiento y atención. En tu trabajo puede entenderse como la “consulta remota” en salud mental dentro del marco de telemedicina.
<b>Telemedicina</b>	Prestación de servicios de salud a distancia mediante tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Incluye diagnóstico, tratamiento, prevención, seguimiento, investigación, evaluación clínica, telemonitorización, telecuidados, etc. Es un término amplio que engloba múltiples modalidades.
<b>Telepsicología</b>	Intervención psicológica realizada a distancia mediante medios digitales, sujeta a normativa profesional y deontológica
<b>Telepsiquiatría</b>	Aplicación de la telemedicina para evaluación, diagnóstico y tratamiento en salud mental
<b>TUQ (Telehealth Usability Questionnaire)</b>	Cuestionario diseñado específicamente para evaluar la usabilidad de servicios de telesalud (escala 1 a 7)

## 4) Introducción

La teleconsulta en salud mental en el Servicio de Salud de las Islas Baleares se enmarca dentro de la necesidad urgente de mejorar la accesibilidad, la equidad y la eficiencia de la atención sanitaria en un territorio insular, marcado por la dispersión geográfica y la escasez de recursos especializados en islas menores como Formentera, Ibiza y Menorca <sup>5</sup>.

En 2023, la Conselleria de Salud de las Islas Baleares creó una Dirección General de Salud Mental, refuerzo organizativo inédito dirigido a afrontar de forma estructural los crecientes desafíos de salud mental en la comunidad, mejorando la coordinación, prevención y atención desde una perspectiva transversal y centrada en el paciente <sup>6</sup>. Además, el Plan Estratégico de Salud Mental 2025-2027 y el recientemente publicado Plan Estratégico de Transformación e Innovación en Salud Digital (PETI) 2025-2029 <sup>7</sup> sitúan la transformación digital, la innovación y la personalización del modelo asistencial como ejes prioritarios para garantizar una sanidad moderna, accesible e interconectada, especialmente en salud mental.

La bibliografía muestra que existen grandes diferencias en las ratios de profesionales sanitarios especialistas en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras de salud mental y terapeutas ocupacionales) tanto entre países europeos como dentro de España, con una tendencia general a menor disponibilidad en el sur de Europa respecto al norte <sup>8-10</sup>.

En Europa, la ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes varía ampliamente: por ejemplo, España tiene una de las ratios más bajas, con aproximadamente 3,6 psiquiatras por 100.000 habitantes, mientras que países como Finlandia alcanzan hasta 17,5 por 100.000 <sup>9</sup>. Las ratios de psicólogos y enfermeras de salud mental también presentan variabilidad significativa, aunque los datos comparativos son menos consistentes y dependen de la fuente y del año analizado <sup>8-10</sup>. Además, la distribución regional dentro de los países puede ser hasta 5,5 veces mayor en las zonas urbanas respecto a las rurales <sup>9</sup>.

En España, la variabilidad entre comunidades autónomas es marcada, tanto en la disponibilidad de psiquiatras como en otros profesionales de salud mental, lo que genera desigualdades en el acceso y uso de servicios especializados <sup>11-12</sup>. Las regiones con mayor dotación de recursos humanos en salud mental muestran mayor uso de servicios psiquiátricos y mejor integración entre atención primaria y especializada <sup>12</sup>. Otra dificultad



destacable es la necesidad de indicadores cuantificables y fiables para monitorizar y analizar estos recursos de manera eficiente <sup>11</sup>.

Según datos proporcionados por el Servicio Balear de Salud (a fecha de junio 2025), los profesionales destinados a la salud mental del Servicio Público de Salud serían:

	Ratio Profesional por 100.000 hab.			
FACULTATIVO PSIQUIATRÍA	9,50	9,37	11,28	8,64
PSICÓLOGO CLÍNICO	6,50	6,98	4,51	2,62
PSICÓLOGO AT PRIMARIA	0,76	0,51	2,06	1,38
P. TÉCNICO TITULADO SUPERIOR PSICÓLOGO	0,77	0,68	1,03	0,00
ENFERMERA SALUD MENTAL	6,46	6,99	3,83	2,68
TERAPEUTA OCUPACIONAL	2,29	2,14	2,06	1,74

Tabla 1. Ratio Profesional por 100.000 habitantes

Ratios por encima de la media encontrada en la literatura, aunque esta podría estar anticuada (ya que datan del 2004).

En la red pública de las Islas Baleares, la salud mental se organiza en seis áreas de salud mental de adultos: Manacor (Llevant); Inca (Tramuntana); Son Llàtzer (Migjorn); Son Espases (Ponent), Menorca e Ibiza-Formentera, junto con una unidad especial para infancia y adolescencia. En cada área hay un coordinador que centraliza la supervisión de los recursos. La estructura cuenta con diferentes dispositivos, entre ellos:

- Unidades de Salud Mental (USM) de adultos
- Unidades de Hospitalización Breve (UHB): 100 camas (28 camas en Ponent, 24 en Migjorn, 15 en Tramuntana y Llevant, 9 en Menorca y 24 en Ibiza).
- Hospitales de Día de Adultos (HDD)
- Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR)
- Programas de Hospitalización a Domicilio
- Dispositivos para patología dual (adicciones + otros trastornos)

Por último, con datos de junio de 2025 proporcionados por el propio Servicio de Salud de las Islas Baleares y teniendo en cuenta las limitaciones en la recogida de información referente a las atenciones urgentes por motivos relacionados con la Salud Mental, durante el periodo de enero a julio de 2025, la media en Mallorca fue de 116 urgencias mensuales (3.241 urgencias en total), de la que ingresan una media mensual de 39 (1.379 ingresos), un 34% de las urgencias atendidas. En Menorca y en Ibiza y Formentera, los datos de visitas

a urgencias por motivos de salud mental pueden presentar un sesgo de identificación de las misma importante, ya que la media mensual de atenciones urgentes, apenas llega a 5, mientras que la media mensual de ingresos en las unidades de Salud Mental de ambos hospitales es 18 y 36 respectivamente. Lo que evidencia que hay un problema con el registro en los diferentes servicios de urgencias de este tipo de patologías.

La lista de espera para una primera visita con la especialidad de psiquiatría alcanza los 24,20 días de media (17,81 en Menorca; 10,26 en Ibiza y 36,53 días en la isla de Formentera). Mientras que la demora media para las segundas visitas se dispara a 66,85 días.

La prevalencia de enfermedad mental en las Islas Baleares, según el único estudio poblacional disponible realizado en Formentera (2004), muestra una prevalencia estimada de trastornos mentales del 21,4% en adultos, siendo los trastornos neuróticos y somatomorfos los más frecuentes, seguidos de los trastornos por consumo de sustancias, del sueño y del estado de ánimo. Esta cifra es similar a la reportada en estudios nacionales en España, donde la prevalencia de trastornos mentales en adultos oscila entre el 19,5% (vida) y el 8,4% (12 meses), con el episodio depresivo mayor como el diagnóstico más frecuente <sup>13-14</sup>.

Los datos nacionales confirman que la prevalencia de trastornos mentales tiende a ser mayor en adultos jóvenes y de mediana edad, con un descenso en los grupos de mayor edad. Por ejemplo, la prevalencia de episodio depresivo mayor y otros trastornos afectivos muestra un aumento progresivo hasta los 50-64 años y disminuye en los mayores de 65 años <sup>13,15</sup>. Además, los trastornos de ansiedad y fobias suelen aparecer a edades más tempranas, mientras que los trastornos afectivos y de pánico se inician más tarde <sup>14</sup>.

En la última década, la prevalencia de enfermedades mentales ha aumentado de forma significativa en Europa y España, aunque el incremento ha sido moderado y variable según región, tipo de trastorno y grupo de edad.

En Europa, los datos poblacionales muestran que la prevalencia puntual de síntomas depresivos clínicamente relevantes pasó de 5,9% (2013-2015) a 6,5% (2018-2020), lo que representa un aumento relativo del 11% (aPR 1,11; IC 95%: 1,07-1,14), con una variabilidad entre países y mayor incremento en jóvenes y habitantes urbanos<sup>16</sup>. En los Países Bajos, la prevalencia anual de cualquier trastorno mental aumentó de 17,4% (2007-2009) a 26,1% (2019-2022), siendo el incremento más marcado en adultos jóvenes (18-34 años) y estudiantes.<sup>17</sup> En Dinamarca, también se observa un aumento en la incidencia de

trastornos mentales en cohortes más recientes, especialmente en menores de 30 años, con diferencias por sexo y tipo de trastorno.<sup>18</sup>

En España, la prevalencia de trastornos mentales en adultos se ha mantenido relativamente estable, con cifras de 19,5% de prevalencia de vida y 8,4% anual en estudios previos, aunque estudios recientes muestran un aumento en diagnósticos en atención primaria hasta 2015 y estabilización posterior<sup>14,19</sup>. En el periodo 2006-2017, la prevalencia de trastornos mentales comunes osciló entre 20,4% y 16,9%, sin un aumento sostenido<sup>20</sup>. En niños y adolescentes europeos, la prevalencia global es del 15,5%, con predominio de ansiedad y TDAH, y tendencia al aumento en los últimos años<sup>21</sup>.

En las Islas Baleares, los datos poblacionales son limitados y antiguos, pero la prevalencia estimada de trastornos mentales (21,4%) es similar a la media nacional y europea<sup>13</sup>. No existen estudios longitudinales recientes que permitan cuantificar el aumento en la última década en Baleares, aunque los patrones observados en España y Europa sugieren que el incremento ha sido más notable en adultos jóvenes y adolescentes.

Por todo ello, la telemedicina y la salud mental están estrechamente relacionadas, ya que la telemedicina (específicamente la telepsiquiatría o telemental health) ha demostrado ser una alternativa eficaz y aceptada para la evaluación y tratamiento de trastornos mentales. La evidencia muestra que la atención en salud mental mediante videoconferencia o llamadas telefónicas ofrece resultados clínicos comparables a la atención presencial en términos de severidad de síntomas, adherencia al tratamiento, satisfacción del paciente y calidad de vida, especialmente en trastornos como depresión, ansiedad, PTSD, TOC y esquizofrenia<sup>22-27</sup>.

La telemedicina ya demostró ser fundamental para mantener la continuidad de la atención durante la pandemia de COVID-19, permitiendo el acceso a servicios de salud mental en poblaciones rurales, personas con movilidad reducida o en contextos de escasez de profesionales<sup>28-31</sup>. Además, facilita la reducción del estigma, disminuye barreras geográficas y puede aumentar la frecuencia de contacto con especialistas, lo que favorece la adherencia y reduce hospitalizaciones innecesarias.<sup>23, 32, 33</sup>

Sin embargo, existen desafíos, como la brecha digital, la dificultad para evaluar riesgos agudos (por ejemplo, ideación suicida) de forma remota y la preferencia de algunos pacientes por la atención presencial. En resumen, la telemedicina amplía el acceso, mantiene la calidad y es una herramienta válida y segura para la atención en salud mental,

aunque requiere estrategias para optimizar su implementación y abordar limitaciones específicas.

Por todo ello, este proyecto de consulta telemática en Salud Mental responde a todas estas necesidades identificadas:

- **Accesibilidad y equidad:** la telemedicina ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar el acceso a los servicios sanitarios, especialmente en áreas de amplia dispersión geográfica o de difícil cobertura, donde la atención presencial es complicada y en algunos casos, insuficiente,
- **Calidad y continuidad asistencial:** permite mantener la continuidad de los cuidados, reducir las listas de espera y facilitar el seguimiento de pacientes, aspectos críticos en salud mental.
- **Eficiencia organizativa:** la telemedicina optimiza el uso de recursos humanos y materiales, permitiendo una mejor coordinación entre niveles asistenciales y una gestión más eficiente de la demanda.
- **Demanda social y tecnológica:** una sociedad, cada vez más digitalizada, junto con el avance en las tecnologías de la información comunicación, hace que tanto pacientes, como profesionales demanden soluciones innovadoras y flexibles.
- **Resiliencia ante crisis sanitarias:** experiencias recientes como la pandemia de COVID-19, han evidenciado la necesidad de sistemas asistenciales resilientes y adaptables, donde la telemedicina ha sido clave para mantener la atención en salud mental.

## 1.1 Objetivo general

Como **objetivo** general del proyecto se pretende evaluar la implantación y el impacto de un sistema de consulta telemática en salud mental, orientado a mejorar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de la atención. Centrándonos en evaluar su eficiencia en términos de costes y resultados en salud.

Implantar de forma progresiva y sostenible el servicio de teleconsulta en salud mental en el sistema público de Baleares (IBSalut), asegurando cobertura en las islas, mejorando la accesibilidad, reduciendo tiempos de espera y mejorando los resultados clínicos y de satisfacción de las personas usuarias, con especial atención a la equidad territorial y digital.

## 1.2 Objetivos específicos

### Objetivos relacionados con la Eficiencia y los Costes

- Realizar un análisis de coste-efectividad (ICER) y coste-utilidad (NMB) comparando la teleconsulta frente a la atención presencial.
- Cuantificar la reducción de costes directos e indirectos desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) y social, incluyendo específicamente los costes de transporte evitados en el contexto de las Islas Baleares y el coste por no-presentado evitado.
- Determinar el ahorro económico derivado de la reducción de hospitalizaciones y urgencias psiquiátricas en pacientes estables atendidos por teleconsulta.

### Objetivos relacionados con la Calidad y los Resultados en Salud

- Evaluar la efectividad clínica de la teleconsulta midiendo la reducción de síntomas psiquiátricos (estabilidad clínica) mediante escalas validadas como PHQ-9 para depresión y GAD-7 para ansiedad.
- Medir la calidad de vida de los pacientes utilizando indicadores como los QALYs (Años de Vida Ajustados por Calidad) obtenidos a partir del cuestionario EQ-5D-5L.
- Determinar el nivel de satisfacción y la usabilidad de la plataforma percibida tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios.
- Evaluar el impacto en la accesibilidad y equidad, midiendo la reducción en las listas de espera y la proporción de pacientes de islas menores atendidos sin necesidad de traslado interinsular.
- Analizar la adherencia terapéutica (farmacológica y psicoterapéutica) y las tasas de no asistencia y cancelaciones tardías en la modalidad telemática en comparación con la presencial.

## 5) Referencia de los contenidos del Temario que se han utilizado

En el desarrollo del presente trabajo, se han analizado, integrado y referenciado diversos contenidos del temario impartido a lo largo del curso, con el objetivo de fundamentar

teóricamente y contextualizar adecuadamente la propuesta. Para facilitar la comprensión y trazabilidad de las fuentes utilizadas, se han agrupado las referencias en siete grandes bloques temáticos que reflejan las dimensiones clave abordadas:

- (1) Marco Conceptual y Definiciones de Telemedicina y eSalud, que proporciona las bases terminológicas y conceptuales del entorno digital en salud
- (2) Contexto de la Salud Mental y la Teleconsulta Específica, centrado en las particularidades clínicas y organizativas de la atención psicológica y psiquiátrica a distancia
- (3) Inteligencia Artificial y Tecnologías de Soporte, que analiza el papel de las herramientas digitales avanzadas en la mejora de la atención
- (4) Interoperabilidad, Datos y Historia Clínica en el Servicio Público, que aborda los retos técnicos y organizativos para la integración de sistemas
- (5) Aspectos Legales, Éticos y de Seguridad de la Información, fundamentales para garantizar una práctica segura y conforme a la normativa vigente
- (6) Gestión y Evaluación de Servicios y Proyectos TIC en el Sector Público, que permite valorar la viabilidad y sostenibilidad de iniciativas como la teleconsulta
- (7) Retos y Transformación Digital en el Servicio Público de Salud, que enmarca el trabajo en el proceso más amplio de modernización del sistema sanitario

Esta estructura permite una lectura ordenada y coherente de los contenidos académicos que han sustentado el trabajo.

## 1. Marco Conceptual y Definiciones de Telemedicina y eSalud

<i>Tema de Referencia</i>	<i>Motivación</i>
---------------------------	-------------------

A4-T4	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Define la telemedicina según la OMS, enfocándose en mejorar el acceso y la calidad asistencial, y describe esta disciplina en "evolución permanente" enfrentando retos tecnológicos y organizativos.</li> <li>◦ La telemedicina es un concepto multidimensional que se puede analizar en capas (e-servicio, plataforma) y niveles (escenarios, áreas de dominio).</li> </ul>
Telemedicina	
A1-T2	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Establece la relación jerárquica entre eSalud, Telemedicina y Telesalud, situando la teleconsulta en el contexto de la digitalización sanitaria. Los sistemas TIC de gran envergadura se consideran de Complejidad Organizada.</li> </ul>
Sector de las TIC	

## 2. Contexto de la Salud Mental y la Teleconsulta Específica

Tema de referencia	Motivación
A4-T4	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Reconoce el "diverso grado de madurez" de la telemedicina en psiquiatría y que la interfaz paciente/domicilio aún está en fase exploratoria.</li> <li>◦ Menciona ejemplos de implementación en el ámbito público, como la telepsiquiatría en Castilla y León y la inclusión de la salud mental extrahospitalaria en servicios como O-Sarean (País Vasco).</li> <li>◦ Destaca la lección de la pandemia: el encuentro virtual no es adecuado para todos ni sostenible a corto plazo, requiriendo una evaluación de idoneidad por especialidad.</li> </ul>
Telemedicina	
A4-T5	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Presenta tecnologías para apoyo y prevención en personas con dificultades cognitivas, incluyendo telerehabilitación y detección temprana de demencias mediante análisis del habla.</li> </ul>
Tecnologías Atención Domiciliaria	
A 4-T3	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ilustra el uso de IA en salud mental con la aplicación "Youper" para monitorizar y mejorar la salud mental a través de conversaciones.</li> </ul>
innovación Digital hosp alta complej	
A3-T1	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La población percibe la necesidad de ampliar los servicios de salud mental en el SNS, justificando soluciones innovadoras como la teleconsulta.</li> </ul>
TIC en SS	

A3-T9

Nuevos  
Modelos

- La telemedicina es relevante para controlar reagudizaciones y mejorar el autocuidado y la adherencia en pacientes con enfermedades mentales crónicas, requiriendo una atención socio-sanitaria coordinada.

### 3. Inteligencia Artificial y Tecnologías de Soporte

<i>Tema de referencia</i>	<i>Motivación</i>
A2 T8 <i>Cloud, Big Data, ia</i>	◦ La Inteligencia Artificial ofrece grandes posibilidades en sanidad, como diagnóstico, modelos predictivos y servicios personalizados.
A4-T4 <i>Telemedicina</i>	◦ Los Grandes Modelos de Lenguaje (LLMs) como ChatGPT son capaces de generar texto, responder preguntas y resumir, siendo útiles como "copiloto" en teleconsultas y para automatizar la documentación.
A3-T10 <i>Gestión de datos invest</i>	◦ El Procesamiento del Lenguaje Natural (PLN) es fundamental para extraer información estructurada de textos narrativos en la HCE.
A2-T7 <i>Servicios al usuario final</i>	◦ Las herramientas de IA pueden generar contenido multilingüe y ofrecer respuesta de voz interactiva (IVR), mejorando la accesibilidad en teleconsultas.
A4-T6	◦ El uso de asistentes de voz con IA en salud plantea importantes retos de seguridad y privacidad, especialmente en el cumplimiento del RGPD.
A4-T8 <i>Anal. Mod. Predictivos</i>	◦ La analítica de texto permite comprender el lenguaje informal y la valencia afectiva en interacciones de salud mental.

### 4. Interoperabilidad, Datos e Historia Clínica en el Servicio Público

<i>Tema de referencia</i>	<i>Motivación</i>
---------------------------	-------------------



<p>A4-T1</p> <p>Interoperabilidad HCDSNS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La interoperabilidad y la Historia Clínica Digital (HCD) son cruciales para una asistencia de calidad en el SNS, permitiendo la portabilidad de datos y evitando duplicidades.</li> </ul>
<p>A3-T1</p> <p>TIC EN SS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La gestión integrada de servicios y la continuidad asistencial dependen de estándares técnicos para la interoperabilidad de sistemas de información sanitaria.</li> </ul>
<p>A4-T7</p> <p>Aplicaciones asistenciales investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Promueve la "reutilización efectiva de los datos de salud" para asistencia e investigación, siempre que estén modelados y estandarizados adecuadamente.</li> </ul>
<p>A4-T2</p> <p>Sistemas departamentales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La integración de sistemas departamentales con la historia de salud requiere orquestación de datos basada en estándares y el uso de servidores de terminología clínica.</li> </ul>

## 5. Aspectos Legales, Éticos y de Seguridad de la Información

Tema de referencia	Motivación
<p>A2-T5</p> <p>Seguridad TIC y legislación aplicable</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Las medidas de seguridad en los Sistemas de Información (SI) y el ordenamiento jurídico en protección de datos son esenciales, especialmente para datos sensibles de salud</li> <li>◦ El RGPD establece la obligatoriedad de Evaluaciones de Impacto (DPIA) para tratamientos a gran escala de datos de salud, dada su clasificación de "NIVEL DE RIESGO: Alto".</li> </ul>
<p>A3-T2</p> <p>Aplicación</p> <p>Protección de datos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La licitud del tratamiento de datos sensibles (salud) requiere consentimiento explícito o estar amparada por obligaciones legales o interés público esencial.</li> <li>◦ La finalidad primordial de la historia clínica es asistencial, y otros usos deben estar justificados y amparados por razones de interés público.</li> </ul>
<p>A4-T6</p> <p>Sist orientado</p> <p>Ciudadanía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La Organización Médica Colegial (OMC) recomienda a los profesionales respetar la confidencialidad y la responsabilidad sobre la información médica al usar tecnologías.</li> </ul>

A3-T1

TIC EN SS

- El Reglamento del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS) prohíbe el uso de datos sanitarios para fines como la publicidad y subraya la necesidad de alfabetización sanitaria digital.

## 6. Gestión y Evaluación de Servicios y Proyectos TIC en el Sector Público

<i><b>Tema de referencia</b></i>	<b>Motivación</b>
A2-T1 <i>Planificación</i>	◦ La planificación estratégica es crucial, incluyendo el análisis DAFO para el diagnóstico interno y externo de la organización.
A2-T4 <i>Metodologías</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Las metodologías ITIL (gestión de servicios) y COBIT (gobernanza) son fundamentales para la implementación y control de servicios TIC.</li> <li>◦ El Business Case es una herramienta esencial para evaluar costes y resultados de los proyectos [A2-T4]. El Cuadro de Mando Integral (CMI/BSC) permite evaluar el rendimiento desde múltiples perspectivas.</li> </ul>
A4-T9 <i>Evaluación tecnologías digitales</i>	Los marcos de evaluación de tecnologías sanitarias (GDEISST, MAST) ofrecen siete dimensiones (técnica, seguridad, efectividad clínica, paciente, económica, organizativa, socio-cultural, ética/legal) para evaluar intervenciones de telemedicina.

## 7. Retos y Transformación Digital en el Servicio Público de Salud

<i><b>Tema de referencia</b></i>	<b>Motivación</b>
A3-T7 <i>Continuidad Asistencial</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Los sistemas sanitarios enfrentan dificultades para ofrecer servicios integrados y coordinados, con problemas persistentes en la continuidad asistencial y la variabilidad en la implementación TIC entre CCAA.</li> <li>◦ El bajo presupuesto para TIC en el gasto sanitario público es un factor limitante.</li> </ul>

<p>A3-T1</p> <p>TIC en SS</p>	<p>La insuficiencia de recursos TIC y la dependencia de personal externo limitan el SNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Se propone un "modelo híbrido de atención" (presencial y remoto) y el fomento de entornos colaborativos para la transformación [Texto Tema 3.1]. Un enfoque "human-centric" es clave para la transformación digital.</li> </ul>
<p>A4-T10</p> <p>Prospectiva y escenarios de futuro en la salud digital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La limitación de recursos económicos y la necesidad de adquirir competencias digitales en el personal sanitario son desafíos críticos.</li> <li>◦ La prospectiva estratégica y la construcción de escenarios futuros son herramientas para guiar la transformación digital.</li> </ul>
<p>A3-T5</p> <p>Entorno y hab. Del CIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Es necesario pasar de un modelo reactivo a uno más proactivo y preventivo en la atención sanitaria, utilizando intensivamente las TIC.</li> </ul>

## 6)Cuerpo del Trabajo

### 6.1 Metodología

Como parte del enfoque metodológico, se ha realizado un análisis DAFO para identificar los factores clave que puedan influir en el éxito del proyecto. Este análisis nos permitirá contextualizar el modelo de intervención dentro del entorno organizativo, tecnológico y asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares y orientar a la toma de decisiones en la implementación y evaluación del piloto.

#### Fortalezas

- Mejora en la accesibilidad: permite atender a los pacientes de zonas rurales y con escasa conexión de transporte público con los centros de referencia. Además, evitará el desplazamiento de profesionales a las Islas Menores o a otras unidades en las que no se pueda cubrir esa necesidad.

- Infraestructura tecnológica existente: uso de la plataforma corporativa (Microsoft Teams®) junto con sistemas interoperables.
- Apoyo institucional: integración en el Plan Estratégico de Salud Mental 2025-2027 y el PETI 2025-2029.
- Diseño epidemiológico mixto: con indicadores clínico, económicos y de satisfacción.
- Reducción de las listas de espera: se pretende mejorar la eficiencia organizativa y la continuidad asistencial.
- Alta satisfacción: Estudios previos demuestran la buena aceptación por parte de los pacientes correctamente seleccionados y de los profesionales.

### **Debilidades**

- Brecha Digital: limitaciones tecnológicas y de competencias digitales en algunos pacientes y profesionales.
- Infraestructura incompleta: la plataforma de integración en telemedicina aún está en desarrollo, la plataforma de atención digital personalizada aún no está adjudicada.
- Limitaciones en la información: registros de urgencias psiquiátricas incompletos por problemas de identificación de estos.
- Desigualdad en ratios de profesionales: menor disponibilidad de psicólogos y enfermeras de salud mental en algunas islas.
- Exclusión de pacientes menores de edad y aquellos casos agudos o descompensados.

### **Oportunidades:**

- Demanda social y tecnológica creciente: la sociedad está cada vez más digitalizada y abierta a nuevas formas de atención. Gran experiencia en la medicina privada.
- Evidencia científica favorable: Existen multitud de estudios internacionales que respaldan la eficacia y el coste – efectividad de la medida.

- Reducción del estigma: la atención remota permite la intimidad del paciente que no tiene que acudir a una consulta específica de salud mental.
- Integración futura con el Plan de Atención Digital Personalizada (PADP): posibilidad de personaliza la atención con la incorporación de biomarcadores digitales y/o IoMT para el seguimiento ambulatorio de los pacientes.
- Financiación y apoyo político: con la creación de la DG de Salud Mental y la alineación con los planes estratégicos.

### Amenazas:

- Resistencia al cambio: tanto por parte de los profesionales como de los pacientes a adoptar esta modalidad telemática.
- Riesgos legales y éticos: Necesidad de garantizar la confidencialidad y privacidad de la consulta. Cumplimiento del RGPD, registro y custodia de los Consentimientos informados.
- Variabilidad en resultados clínicos: Según el perfil del paciente y tipo de trastorno, ésta puede variar.
- Sostenibilidad económica: Dependencia de análisis coste-utilidad para justificar la inversión a medio – largo plazo.
- Problemas técnicos: fallos de conexión, incidencias técnicas y necesidad de soporte continuo.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la accesibilidad en islas menores.</li> <li>• Uso de infraestructura tecnológica existente (Teams®, SI corporativos).</li> <li>• Apoyo institucional (Planes Estratégicos PETI y Salud Mental).</li> <li>• Evaluación rigurosa con indicadores clínicos, económicos y de satisfacción.</li> <li>• Reducción de listas de espera y mejora de continuidad asistencial.</li> <li>• Alta satisfacción en estudios previos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brecha digital en pacientes y profesionales.</li> <li>• Plataforma de integración aún en desarrollo.</li> <li>• Registro deficiente de urgencias psiquiátricas en algunas islas.</li> <li>• Desigualdad en ratios de profesionales entre islas.</li> <li>• Exclusión de menores y casos agudos en el piloto.</li> </ul>

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedad digitalizada y abierta a nuevas formas de atención.</li> <li>• Evidencia científica favorable sobre coste-efectividad.</li> <li>• Reducción del estigma asociado a la atención presencial.</li> <li>• Integración futura con PADP y uso de biomarcadores digitales.</li> <li>• Apoyo político y financiación autonómica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistencia al cambio por parte de algunos profesionales y pacientes.</li> <li>• Riesgos legales y éticos (confidencialidad, RGPD, consentimiento).</li> <li>• Variabilidad en resultados clínicos según perfil del paciente.</li> <li>• Sostenibilidad económica dependiente del análisis coste-utilidad.</li> <li>• Fallos técnicos y necesidad de soporte continuo.</li> </ul>

Tabla 2. Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)

Tras la realización del análisis DAFO, el siguiente paso consiste en desarrollar un análisis CAME que permita transformar los factores identificados en estrategias de actuación concretas. Este enfoque facilitará vincular las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas detectadas con acciones prácticas orientadas específicamente a la teleconsulta en salud mental. De este modo, se podrán establecer medidas para corregir las limitaciones existentes, afrontar los posibles riesgos, consolidar los aspectos positivos ya demostrados y aprovechar al máximo las oportunidades que ofrece esta modalidad asistencial, garantizando así su viabilidad, eficacia y sostenibilidad en el tiempo.

#### Corregir las debilidades

- Brecha digital: implementar programas de alfabetización digital para pacientes y formación continua para profesionales; facilitar dispositivos y conexión en zonas con peor acceso.
- Infraestructura incompleta: acelerar el desarrollo/adjudicación de la plataforma integral de telemedicina y garantizar interoperabilidad real.
- Limitaciones en la información: mejorar los sistemas de registro y codificación de urgencias psiquiátricas para contar con datos fiables y completos.
- Desigualdad en ratios de profesionales: planificar refuerzo de plantillas en islas deficitarias mediante contratación o uso priorizado de teleconsulta.
- Exclusión de menores y casos agudos: valorar progresivamente protocolos adaptados para población pediátrica y casos de mayor gravedad, mediante modelos híbridos (presencial+telemático).

#### Afrontar las amenazas

- Resistencia al cambio: desarrollar campañas de sensibilización y formación específicas para profesionales y pacientes; poner en valor experiencias de éxito.
- Riesgos legales y éticos: reforzar protocolos de consentimiento informado, confidencialidad y custodia de datos; apoyo de asesores legales y comité ético.
- Variabilidad de resultados clínicos: elaborar guías de inclusión de pacientes según perfil clínico, asegurando un uso apropiado de la teleconsulta.
- Sostenibilidad económica: demostrar la eficiencia mediante indicadores de coste-utilidad y resultados en salud; buscar financiación complementaria.
- Problemas técnicos: habilitar soporte técnico rápido y accesible, con redundancia en sistemas de conexión y monitorización de incidencias.

#### Mantener las fortalezas

- Accesibilidad mejorada: continuar priorizando la atención a pacientes de zonas rurales y con dificultad de desplazamiento.
- Infraestructura tecnológica existente: consolidar y optimizar el uso de Microsoft Teams® y sistemas interoperables.
- Apoyo institucional: mantener la alineación con planes estratégicos de salud mental y el PETI.
- Diseño epidemiológico mixto: conservar el enfoque de indicadores clínicos, económicos y de satisfacción para legitimar la intervención.
- Reducción de listas de espera: sostener la eficiencia organizativa como eje central del proyecto.
- Alta satisfacción: seguir evaluando y comunicando los resultados positivos de aceptación por parte de pacientes y profesionales.

#### Explotar las oportunidades

- Demanda social y tecnológica: aprovechar la predisposición de la sociedad para potenciar la telemedicina en salud mental en la red pública.
- Evidencia científica favorable: integrar resultados de estudios internacionales en los informes de evaluación y difusión del proyecto piloto.

- Reducción del estigma: reforzar mensajes sobre intimidad y seguridad de la atención remota para aumentar la aceptación social.
- Integración futura con el PADP: preparar la transición hacia la atención personalizada digital y la monitorización con biomarcadores/IoMT.
- Financiación y apoyo político: aprovechar la creación de la DG de Salud Mental y los planes estratégicos para obtener recursos estables y continuidad.

<b>CORREGIR</b> Centrarse en cerrar brechas digitales, infraestructuras incompletas y desigualdades territoriales.	<b>AFRONTAR</b> Anticipar resistencias, riesgos legales y problemas técnicos con protocolos y soporte sólido.
<b>MANTENER</b> Potenciar accesibilidad, satisfacción y respaldo institucional.	<b>EXPLOTAR</b> Utilizar la alta demanda social, la evidencia y el apoyo político para consolidar y escalar el modelo.

Tabla 3. Análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener, Explotar)

Este análisis estratégico viene a complementar los modelos de evaluación de tecnologías sanitarias y de calidad asistencial y en teoría de la difusión de la innovación en salud como el de Donabedian, modelo que permite identificar las áreas de mejora y establecer estándares de calidad. Se basa en tres dimensiones principales:

- Estructura: como los recursos físicos, humanos y organizativos.
- Proceso: Actividades realizadas durante la atención médica.
- Resultado: evaluando los efectos finales de la atención sanitaria realizada incluyendo, no sólo mejoría clínica, sino también teniendo en cuenta la satisfacción del paciente y la eficiencia de los recursos utilizados.

Otros modelos de evaluación de impacto organizativo y coste-efectividad:

1. Identificación y medición de costos: Se deben contabilizar los costos de implementación, operación, tecnología, capacitación, y los ahorros potenciales por reducción de desplazamientos, tiempos de espera y hospitalizaciones evitadas. Es fundamental considerar el umbral de rentabilidad según el volumen de consultas, ya que la literatura muestra que la telepsiquiatría suele ser más eficiente a partir de cierto número de visitas anuales<sup>3,34</sup>.



2. Evaluación de resultados en salud: Los desenlaces clínicos deben incluir medidas estandarizadas como calidad de vida (QALY), tasas de hospitalización, readmisiones, y satisfacción del paciente. La evidencia indica que los resultados clínicos de la teleconsulta son comparables a los de la atención presencial en adultos, con mejoras en acceso y satisfacción, aunque con variabilidad según el perfil del paciente <sup>22-35-36</sup>.

3. Análisis de coste-efectividad: Es recomendable calcular la ratio incremental de coste-efectividad (ICER) y el beneficio neto incremental, integrando tanto los costos como los resultados en salud. Los estudios recientes sugieren que las intervenciones digitales y telepsiquiatría pueden ser coste-efectivas o incluso dominantes, especialmente cuando se aprovecha la infraestructura tecnológica existente y se optimiza el modelo de atención <sup>1,34,37-38</sup>.

4. Perspectiva del análisis: El análisis se realiza desde la perspectiva del sistema público, considerando el impacto poblacional y la sostenibilidad a largo plazo. Es esencial realizar análisis de sensibilidad para explorar la incertidumbre en los parámetros económicos y clínicos <sup>37</sup>.

Los criterios técnicos que se utilizarán serán:

Diseño Mixto: combinación de métodos cuantitativos y cualitativos.

Cuantitativos:

- Indicadores específicos de resultados en salud utilizados para comparar la efectividad de los programas de teleconsulta frente a la atención presencial en servicios públicos de salud mental incluyen reducción de síntomas psiquiátricos (medidos por escalas validadas como PHQ-9 para depresión y GAD-7 para ansiedad),
- Tasas de hospitalización y readmisión hospitalaria,
- Calidad de vida (por ejemplo, Q-LES-Q),
- Satisfacción del paciente
- Satisfacción del profesional sanitario
- Resolución de necesidades clínicas y funcionales <sup>36, 40-43</sup>;
- Análisis de Costo-Efectividad: comparando el coste de la intervención con su efectividad clínica, coste por unidad de mejora clínica.
- Análisis de Costo-Utilidad, que incorpora la calidad de vida ajustada por años (QaLYs, Q-LES-Q o EQ-5D-5L)
- Coste por paciente (por ejemplo, coste mensual per cápita),

- Coste por episodio de tratamiento <sup>1,36,43</sup>.

Cualitativos:

- Entrevistas
- Grupos focales con pacientes y profesionales

## 6.2 Plan de trabajo

### 1. Fase de planificación y revisión bibliográfica

Identificación de necesidades y prioridades.

El proyecto se inicia en diciembre de 2024, durante los siguientes meses (hasta marzo de 2025) se hacen reuniones entre la parte asistencial, la dirección General de Salud Mental y la subdirección de transformación, innovación y salud Digital para definir el alcance y los requerimientos necesarios para su puesta en marcha. Se realizaron reuniones mensuales de seguimiento.

Se evalúan dos posibles soluciones, una ya implantada en la historia clínica de atención primaria (comúnmente utilizada por los servicios de salud mental extrahospitalarios) durante la pandemia, y otra mediante la plataforma de comunicación implantada por el Servicio de Salud de las Islas Baleares (Teams<sup>®</sup>). La primera vía se descartó, pese a estar embebida en la herramienta de trabajo de profesional, que solo permitía emitir la llamada, pero no video-llamada al faltar por implementar un desarrollo en la plataforma de comunicación del Servicio de Salud. Por lo que, para el desarrollo inicial del piloto, se priorizó la utilización de la plataforma corporativa de Teams<sup>®</sup>.

Elaboración de documentos funcionales de:

- Formularios de satisfacción de los pacientes y profesionales.
- Criterios de inclusión y exclusión
- Requerimientos mínimos tecnológicos para su implementación
- Formación de los profesionales en salud digital.

Revisión sistemática de la literatura y experiencias previas.

## 6.3 Diseño del proyecto

Definición de objetivo: Evaluar la eficiencia en términos de costes y resultados en salud

Hipótesis: La implantación de la teleconsulta en el ámbito de la Salud Mental aporta una mayor eficiencia en costes y resultados en salud en los pacientes seleccionados.

Variables:

- Reducción de síntomas psiquiátricos:
- Tasas de abandono o discontinuación del tratamiento
- Satisfacción del paciente y alianza terapéutica
- Calidad de vida
- Coste- efectividad y análisis de costes directos e indirectos.

Indicadores:

- Coste total del programa: costes directos, indirectos (infraestructura tecnológica, formación, tiempo del profesional, desplazamientos evitados, costes de implementación).
- Tasa de respuesta clínica: mejoría en síntomas psiquiátricos, remisión, reducción de puntuaciones en escalas validadas.
- Satisfacción y aceptación por el paciente como indicadores de viabilidad y potencial impacto en la adherencia.
- Acceso y equidad: número de pacientes atendidos, reducción de listas de espera, cobertura geográfica.
- Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER): comparación del coste adicional por unidad de resultado clínico obtenido (por ejemplo, coste por año de vida ajustado por calidad, QALY).[2-5]
- Quality-Adjusted Life Years (QALY), como medida de utilidad y resultado en salud, utilizado para comparar la ganancia en calidad y cantidad de vida.
- Net Monetary Benefit (NMB), traduce los resultados en términos monetarios para facilitar la comparación entre intervenciones.

Selección de la muestra:

Criterios de inclusión de profesionales de la Salud Mental:

- Que quieran colaborar en el proyecto y tengan motivación por la innovación

- Que presenten competencias digitales básicas.
- Que en su puesto de trabajo se den las necesidades tecnológicas mínimas: Equipos con cámara, micrófono y conectividad estable para desarrollar una videollamada con calidad.

#### Criterios de exclusión:

- Profesionales que manifiesten rechazo al proyecto y/o que no tengan competencias elementales digitales.
- Profesionales que no dispongan de los recursos tecnológicos mínimos para desarrollar una teleconsulta de calidad

#### Criterios de inclusión de pacientes:

- Paciente con patología psiquiátrica estable en el momento de la inclusión.
- Pacientes con vínculo con el profesional ya establecido.
- Que tenga competencias básicas tecnológicas y el domicilio y el equipo empleado por el paciente pueda mantener una videollamada con calidad.
- Que el domicilio del usuario reúna las condiciones de intimidad y silencio durante la teleconsulta.

#### Criterios de exclusión:

- Exclusión por nivel de riesgo clínico: Riesgo de suicidio/ autolesión
- Excluidos los procedimientos de emergencia
- Exclusión de los pacientes menores de edad durante la fase piloto.

#### Requerimientos ético-legales

Si bien existe la necesidad de solicitar un consentimiento informado a los pacientes que participan en programas de videoconsulta en salud mental, requisito fundamentado en la normativa nacional sobre protección de datos personales y derechos del paciente, así como de los principios éticos y legales que rigen la telemedicina y la atención digital en salud mental, no es obligatorio que siempre sea por escrito, puede ser verbal o en otro formato, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales y éticos de información, autonomía y registro adecuado en la historia clínica. Este, debe abordar los aspectos específicos de la videoconsulta, incluyendo la naturaleza del acto clínico, las

implicaciones sobre la confidencialidad y la protección de datos, los riesgos potenciales asociados al uso de tecnologías digitales y las alternativas disponibles.

Entre las opciones planteadas están:

- Incluir el disclaimer/mensaje en la invitación a la reunión.
- Quitar las grabaciones para estas sesiones.
- Creación de una plantilla de sesiones de Teams ® para telesalud mental.

La teleconsulta en salud mental se ha consolidado como una herramienta eficaz para garantizar la continuidad asistencial, especialmente en entornos donde la atención presencial resulta limitada. Sin embargo, su implementación debe cumplir con un marco normativo y deontológico que asegure la protección de los derechos del paciente y la calidad del servicio<sup>44,48</sup>. Los aspectos ético-legales específicos en España que deben considerarse al implementar un proyecto de teleconsulta en salud mental incluyen la protección de datos personales y la confidencialidad, regulada por el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Es fundamental asegurar la seguridad en la transmisión y almacenamiento de información clínica, así como establecer protocolos para el manejo de datos sensibles<sup>45,46</sup>.

El Consentimiento informado debe ser explícito, adaptado al entorno digital y documentado, garantizando que el paciente comprenda los riesgos, beneficios y limitaciones de la teleconsulta. Es obligatorio informar al paciente sobre el procedimiento y alternativas de la teleconsulta, obteniendo su consentimiento explícito. En menores de 16 años, sería necesaria la autorización escrita de los tutores legales<sup>47,49</sup>.

La equidad en el acceso es un reto ético relevante, ya que la brecha digital puede excluir a pacientes vulnerables, especialmente en zonas rurales o con limitaciones tecnológicas. Es necesario implementar medidas para evitar la discriminación y garantizar la accesibilidad universal<sup>45,50,51</sup>.

La responsabilidad profesional y la cobertura legal requieren que los profesionales estén debidamente colegiados y que la teleconsulta se realice dentro del marco regulatorio español, incluyendo la responsabilidad civil y la documentación adecuada de las intervenciones<sup>49,52</sup>. Además, la normativa española exige que la telemedicina sea

complementaria y no sustitutiva de la atención presencial, para evitar la deshumanización y preservar la calidad de la relación terapéutica<sup>46,52</sup>.

La teleconsulta implica el tratamiento de datos especialmente protegidos, por lo que se deben cumplir las disposiciones del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)<sup>46</sup> y la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD)<sup>53</sup>: Elaboración del Registro de Actividades de Tratamiento, realización de Análisis de Riesgo y evaluación de Impacto; garantía de los derechos ARSULIPO (Acceso, Rectificación, Supresión, Limitación, Portabilidad y Oposición).

Finalmente, se debe considerar la protección de los derechos humanos, priorizando la autonomía y la dignidad, en línea con las recomendaciones de la literatura jurídica y de derechos humanos en salud mental en España<sup>52</sup>.

## 6.4 Valoración clínica mediante escalas de salud mental

La evaluación clínica constituye el eje central de cualquier intervención en salud mental. La teleconsulta debe incorporar instrumentos estandarizados que permitan objetivar el estado psicopatológico y monitorizar la evolución del paciente en el tiempo. El empleo de escalas validadas no solo facilita la homogeneidad diagnóstica y la comparabilidad entre profesionales, sino que también contribuye a la toma de decisiones clínicas más ajustadas.

Entre las herramientas más recomendadas se encuentran el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) para la detección y seguimiento de síntomas depresivos<sup>54</sup>, el GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) para la ansiedad generalizada<sup>55</sup>, y el WHO-5 Well-Being Index (véase anexo 3), que ofrece una valoración global del bienestar psicológico con alta sensibilidad para la depresión<sup>56</sup>. Adicionalmente, instrumentos genéricos como el EQ-5D-5L (véase anexo 4), ampliamente utilizado para medir calidad de vida relacionada con la salud, permiten comparar resultados entre pacientes atendidos de forma presencial y telemática<sup>57</sup>.

La administración de estas escalas puede realizarse antes de la consulta (mediante formularios digitales enviados al paciente) o durante la propia teleconsulta. Su carácter autoadministrado, breve y sencillo favorece la adherencia a la evaluación, y su repetición periódica facilita detectar recaídas o ausencia de respuesta terapéutica, generando alertas clínicas que permiten una intervención temprana.

## 6.5 Evaluación de la calidad de la teleconsulta percibida por el paciente

La implantación de la teleconsulta en salud mental no puede limitarse a la dimensión clínica: la percepción de calidad y satisfacción del paciente resulta esencial para garantizar la continuidad y la efectividad del servicio. La literatura señala que los factores más determinantes en la satisfacción del paciente con telemedicina son la accesibilidad, la facilidad de uso, la calidad de la comunicación terapéutica y la percepción de seguridad y confidencialidad<sup>58,59</sup>.

Diversos cuestionarios pueden adaptarse a este contexto. Entre los más utilizados se encuentran el Telehealth Usability Questionnaire (TUQ)(véase anexo 5), que evalúa la utilidad percibida, la facilidad de uso, la interacción y la satisfacción, y el Telemedicine Satisfaction Questionnaire (TSQ/TSUQ), que explora la calidad del cuidado, la similitud con la atención presencial y la interacción con el profesional<sup>60</sup>. Asimismo, cuestionarios de satisfacción adaptados del modelo SERVQUAL permiten valorar aspectos como la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la empatía y la confianza transmitida por el profesional<sup>61</sup>.

En la práctica, resulta útil combinar cuestionarios validados con escalas breves ad hoc (por ejemplo, ítems tipo Likert de 1 a 5 sobre accesibilidad, confianza y preferencia respecto a la atención presencial). Estos instrumentos permiten recoger información sistemática sobre la experiencia del paciente, detectar barreras (p. ej., problemas de conexión, dificultades de comprensión o sensación de menor cercanía) y orientar acciones de mejora en la implementación del servicio.

Estos instrumentos permiten recoger información sistemática sobre la experiencia del paciente, detectar barreras (p. ej., problemas de conexión, dificultades de comprensión o sensación de menor cercanía) y orientar acciones de mejora en la implementación del servicio.

## 6.6 Cuestionario de usabilidad y repercusión de la teleconsulta en pacientes y profesionales

Además de la dimensión clínica y la calidad percibida, es imprescindible evaluar la usabilidad tecnológica y la repercusión organizativa tanto para pacientes como para profesionales.

El éxito de un modelo de teleconsulta depende en gran medida de que la plataforma/sistema sea intuitivo, seguro y fácil de utilizar, minimizando la carga técnica para el usuario<sup>62</sup>.

En el caso de los pacientes, la evaluación debe incluir aspectos como:

- Facilidad de acceso a la plataforma.
- Claridad de las instrucciones recibidas.
- Confianza en la privacidad de los datos.
- Preferencia por continuar en modalidad telemática frente a la presencial.

Para los profesionales, los cuestionarios deben valorar:

- Integración de la teleconsulta en su flujo de trabajo habitual.
- Percepción del tiempo invertido frente a la consulta presencial.
- Impacto en la relación terapéutica y la calidad de la anamnesis.
- Formación y soporte técnico recibido.

El System Usability Scale (SUS) (véase anexo 6) es una herramienta breve y validada que mide la facilidad de uso de cualquier sistema digital<sup>63</sup>. Por su parte, el Telehealth Usability Questionnaire (TUQ) ofrece un análisis más amplio, específico para entornos de telemedicina, incluyendo percepción de utilidad y satisfacción<sup>64</sup>.

La recogida de datos en ambos colectivos (pacientes y profesionales) permite identificar fortalezas y debilidades de la implantación, cuantificar la carga de trabajo asociada y estimar la sostenibilidad del modelo a largo plazo.

### **Desarrollo de la plataforma tecnológica:**

La plataforma tecnológica es la plataforma corporativa Teams de Microsoft®, aunque previsiblemente se enmarque en un futuro en la plataforma de telemonitorización del Proyecto de Atención Digital Personalizada del Servicio Balear de Salud. Esta plataforma se integra con los SI de los diferentes ámbitos (Atención Primaria y Hospitalaria) mediante



la Plataforma de integración en Telemedicina (aún en desarrollo) del propio Servicio de Salud.

### **Difusión y recomendaciones**

- Elaboración de informes una vez realizado y evaluado el Piloto
- Propuestas de mejora y escalabilidad, tras la revisión de los indicadores, tanto asistenciales como económicos.
- Presentación tanto al Director Gerente del Servicio de Salud, como a la Directora General de Salud Mental como a la propia Consejera de Sanidad de las Islas Baleares. Junto con la presentación de los resultados del Plan Estratégico de Transformación, Innovación y Salud Digital de les Illes Balears 2025-2029 y del Plan Estratégico para la Salud Mental de las Islas Baleares.

### **Viabilidad**

**Recursos disponibles:** El proyecto se apoyará en infraestructuras TIC ya existentes en el sistema sanitario, plataformas interoperables y recursos humanos especializados en el ámbito de la salud mental y de tecnologías de la información.

**Accesibilidad y aplicabilidad:** La consulta telemática es especialmente adecuada para entornos con limitaciones de acceso presencial, pero también aplicable en contextos urbanos para mejorar la eficiencia y la conciliación de los pacientes.

**Adecuación al tiempo:** El plan de trabajo es escalable, adaptándose a las necesidades y recursos disponibles, así como al grado de avance en la capacitación de los profesionales y pacientes.

**Ámbito:** El proyecto se orienta a la población con problemas de salud mental que enfrenta barreras de acceso, así como los profesionales y gestores interesados en innovar y mejorar la calidad del sistema sanitario.

## **6.7 Entorno tecnológico:**

El presente capítulo detalla los componentes tecnológicos esenciales para la implementación y operación del sistema de teleconsulta en salud mental, segmentando los requisitos para el profesional, el paciente y la infraestructura de soporte. Asimismo, se

abordan los aspectos críticos de seguridad necesarios para garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información.

### 6.7.1 Componentes necesarios en el lado del profesional

Para asegurar una participación efectiva y eficiente en el programa de teleconsulta, los profesionales de la salud mental deberán cumplir con los siguientes requisitos tecnológicos y operativos:

#### *Equipamiento Hardware*

- Ordenador Personal: Un ordenador (de escritorio o portátil) que garantice el rendimiento adecuado para la ejecución simultánea de la plataforma de teleconsulta y las herramientas corporativas integradas.
  - Unidad Central de Procesamiento (CPU): Se recomienda un procesador de al menos 4 núcleos (por ejemplo, Intel Core i5 de 8ª generación o AMD Ryzen 5 2000 series o superior).
  - Memoria de Acceso Aleatorio (RAM): Un mínimo de 8 GB de RAM para un rendimiento fluido.
  - Almacenamiento (Disco Duro): Un disco de estado sólido (SSD) con al menos 256 GB de capacidad, de los cuales una parte significativa debe estar libre para actualizaciones y archivos temporales, para asegurar la rapidez del sistema operativo y las aplicaciones.
- Periféricos:
  - Cámara: Una cámara web de alta definición (HD, 720p como mínimo) integrada o externa, que ofrezca una imagen clara para la comunicación visual.
  - Micrófono y Auriculares: Un micrófono de calidad para una captura de audio nítida y auriculares para asegurar la privacidad y eliminar el eco durante la videollamada.
- Conectividad: Conexión a internet estable y de alta velocidad (preferentemente fibra óptica o ADSL de alta capacidad) para garantizar la fluidez y calidad ininterrumpida de las videoconsultas.

#### *Software y Herramientas Corporativas*

- Sistema Operativo: Un sistema operativo actualizado y compatible con las aplicaciones corporativas (por ejemplo, Windows 10/11 o macOS Big Sur o posterior)



- **Plataforma de Teleconsulta:** La herramienta principal será la plataforma corporativa Teams de Microsoft®.
- **Integración con Herramientas Corporativas:** El ordenador del profesional debe estar completamente integrado con los Sistemas de Información (SI) de los diferentes ámbitos asistenciales del IBSalut. Esta integración es crítica para proporcionar al profesional una visión global y contextualizada antes, durante y después de la llamada. Esto implica:
  - **Acceso Pre-consulta:** Consultar el historial clínico del paciente, diagnósticos previos, medicación, notas de otras consultas y resultados de pruebas relevantes antes de iniciar la teleconsulta.
  - **Acceso Durante la Consulta:** Registrar la información de la sesión en tiempo real, acceder a guías clínicas o recursos de apoyo y, si es necesario, coordinar con otros especialistas a través de las mismas herramientas corporativas.
  - **Acceso Post-consulta:** Actualizar el plan de tratamiento, emitir recetas electrónicas, programar futuras citas o derivaciones, y documentar el seguimiento, asegurando la trazabilidad y la continuidad asistencial. La integración se facilita a través de una Plataforma de integración en Telemedicina que se encuentra en desarrollo por el propio IBSalut.

### *Competencias y Habilidades*

- **Competencias Digitales:** Los profesionales deben poseer competencias digitales básicas y mostrar motivación por la innovación para colaborar eficazmente en el proyecto.

### 6.7.2 Componentes necesarios en el lado del paciente

Para la adecuada participación en el proyecto de teleconsulta, los pacientes deben cumplir con los siguientes requisitos:

#### *Equipamiento Hardware*

- **Dispositivo:** Un dispositivo (ordenador, tableta o smartphone) capaz de mantener una videollamada con calidad.
  - **Unidad Central de Procesamiento (CPU):** Un procesador con capacidad suficiente para ejecutar aplicaciones de videollamada. Para smartphones/tabletas, un procesador de

gama media-alta de los últimos 3-5 años; para ordenadores, un procesador Intel Core i3 o AMD Ryzen 3 de 6ª generación o superior.

- Memoria de Acceso Aleatorio (RAM): Un mínimo de 4 GB de RAM (para smartphones/tabletas) o 8 GB (para ordenadores) para un funcionamiento adecuado.

- Almacenamiento (Disco Duro): Suficiente espacio de almacenamiento disponible (al menos 10-20 GB libres) para la instalación de aplicaciones y actualizaciones del sistema

- Periféricos:

- Cámara y Micrófono: El dispositivo debe incluir una cámara y un micrófono funcionales que permitan la comunicación audiovisual de calidad.

- Conectividad: Conexión a internet estable en el domicilio (ADSL, fibra óptica o datos móviles 4G/5G) que permita una comunicación efectiva y sin interrupciones durante la consulta.

### *Competencias y Entorno*

- Competencias Tecnológicas: Los pacientes deben tener competencias tecnológicas básicas para el uso de la plataforma de videollamada.

- Entorno Físico: El domicilio del usuario debe garantizar las condiciones de intimidad y silencio necesarias durante la teleconsulta para asegurar un ambiente confidencial y propicio para la atención.

### 6.7.3 Componentes Necesarios en la Infraestructura

La infraestructura tecnológica subyacente es fundamental para el soporte del sistema de teleconsulta, garantizando su operatividad y escalabilidad:

- Plataforma Tecnológica Principal: La plataforma corporativa Teams de Microsoft® es la base tecnológica para las teleconsultas.

- Integración de Sistemas de Información: La plataforma de teleconsulta se integra con los Sistemas de Información (SI) de los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria). Esta integración se gestionará a través de una Plataforma de integración en Telemedicina, la cual está actualmente en desarrollo por el propio Servicio de Salud.

- **Aprovechamiento de Infraestructuras Existentes:** El proyecto se apoya en las infraestructuras de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) ya existentes en IBSA-lut, optimizando los recursos y la inversión.
- **Plataformas Interoperables:** Se hará uso de plataformas que permitan la interoperabilidad entre los distintos sistemas y servicios del ecosistema sanitario.
- **Recursos Humanos Especializados:** El desarrollo e implementación del proyecto cuenta con el apoyo de recursos humanos especializados en el ámbito de las tecnologías de la información.
- **Evolución Futura:** Se prevé que, en una fase posterior, la plataforma de teleconsulta se integre en la plataforma de telemonitorización del Proyecto de Atención Digital Personalizada del Servicio Balear de Salud.
- **Marco Estratégico:** La arquitectura tecnológica y su implementación se alinean con los objetivos del Plan Estratégico de Transformación e Innovación en Salud Digital (PETI) 2025-2029, buscando una sanidad moderna, accesible e interconectada, con un enfoque particular en la salud mental.

#### 6.7.4 Aspectos relativos a la seguridad

La naturaleza sensible de la información de salud mental y el uso de una "plataforma corporativa Teams de Microsoft®" sugieren una adhesión a estándares de seguridad robustos. Para un proyecto de teleconsulta en salud mental, los aspectos de seguridad que imperativamente deben estar cubiertos serán:

- **Confidencialidad de la Información:** Asegurar que los datos de los pacientes sean accesibles sólo por personal autorizado. Esto implica la implementación de controles de acceso basados en roles y la protección contra accesos no autorizados.
- **Protección de Datos Personales:** Cumplimiento estricto con la normativa vigente en materia de protección de datos (por ejemplo, el Reglamento General de Protección de Datos - GDPR en Europa) para la gestión, almacenamiento y transmisión de la información clínica y personal del paciente.
- **Autenticación Segura:** Implementación de mecanismos robustos de autenticación para profesionales y pacientes (por ejemplo, autenticación multifactor) para verificar la identidad de los usuarios antes de acceder al sistema o iniciar una consulta.

- **Cifrado de Comunicaciones:** Todas las comunicaciones de voz, video y datos durante las teleconsultas deben ser cifradas de extremo a extremo para evitar la interceptación y el acceso no autorizado a la información transmitida.
- **Cifrado de Datos en Reposo:** Los datos almacenados en servidores (historiales clínicos, grabaciones si las hubiera, etc.) deben estar cifrados para protegerlos en caso de una brecha de seguridad física o lógica.
- **Control de Acceso y Gestión de Permisos:** Implementación de políticas que definan quién puede acceder a qué tipo de información y bajo qué circunstancias, minimizando el principio de menor privilegio.
- **Auditoría y Monitoreo:** Mantener registros detallados de todas las actividades realizadas dentro de la plataforma (acceso, modificaciones, consultas, etc.) para permitir la auditoría de seguridad, la detección de anomalías y la respuesta a incidentes.
- **Respaldo y Recuperación de Datos:** Establecer procedimientos de respaldo de datos regulares y planes de recuperación ante desastres para garantizar la disponibilidad de la información en caso de fallos del sistema o pérdida de datos.
- **Actualizaciones de Seguridad:** Mantener todos los sistemas operativos, aplicaciones y plataformas (incluyendo Microsoft® Teams) actualizados con los últimos parches de seguridad para mitigar vulnerabilidades conocidas.
- **Formación en Seguridad:** Capacitación continua a profesionales y, en la medida de lo posible, a pacientes sobre las mejores prácticas de seguridad y privacidad en el uso de la plataforma de teleconsulta.

La adecuada implementación de estas medidas de seguridad es crucial para generar confianza entre los usuarios y garantizar la viabilidad y aceptación del proyecto de teleconsulta en salud mental.

## 6.8 Planificación

### Equipo de trabajo

A continuación, se enumeran los perfiles y áreas clave que forman parte activa en la planificación y puesta en marcha del proyecto piloto de teleconsulta en Salud Mental.

La complejidad del proyecto, que busca evaluar la implantación y el impacto del sistema, requiere una colaboración interdepartamental intensiva.

Los principales perfiles involucrados en la definición y planificación operativa del proyecto incluyen:

- **Parte Asistencial:** El equipo de profesionales clínicos aporta la visión de las necesidades y prioridades y que serán los usuarios directos del sistema de teleconsulta.
- **Dirección General de Salud Mental:** Esta entidad supone un papel fundamental en la coordinación, la definición del alcance y la validación final de la documentación y los contenidos formativos para garantizar su precisión y adecuación.
- **Subdirección de Transformación, Innovación y Salud Digital:** Área institucional responsable de gestionar la implementación tecnológica, aseguran que la plataforma corporativa (Microsoft Teams®) y los Sistemas de Información (SI) cumplieran los requerimientos técnicos y estratégicos definidos en el Plan Estratégico de Transformación e Innovación en Salud Digital (PETI).
- **Recursos Humanos Especializados en Tecnologías de la Información (TI):** Personal de soporte y desarrollo esencial para la implementación, el soporte a la infraestructura y el aseguramiento de los aspectos de seguridad y privacidad.
- **Profesionales de la Salud Mental Participantes:** Facultativos y personal que cumplen los criterios de inclusión y que contribuyen con sus competencias digitales básicas y motivación por la innovación al pilotaje del proyecto.
- 

Este enfoque multidisciplinar garantiza que los aspectos de estructura, proceso y resultado se aborden de manera integral.

Dirección	
Director Salud Mental	DSM
Coordinador autonómico	CA
Técnicos Unidad Salud Mental	
Psiquiatra	PSM
Psicólogo	PSSM
Enfermero	ESM
Técnicos Centro Atención Primaria	
Psicólogos	PC

<b>Técnicos de conductas adictivas</b>	
Psicólogo	PCA
Psiquiatra	PSCA
Enfermera Salud Mental	ECA
<b>TICS</b>	
Director TIC	DTIC
Técnico de sistemas	TS

Tabla 4. Profesionales sanitarios

### Cronograma

A continuación, se detalla el cronograma de ejecución del proyecto piloto de teleconsulta en Salud Mental. Este cronograma articula las distintas fases, desde la planificación inicial hasta la evaluación de resultados, asegurando la coherencia con el Plan de trabajo definido.



Tarea	jul-25				ago-25				sep-25				oct-25				nov-25				dic-25	
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22
<b>Gestión y seguimiento</b>																						
<b>Planificación y Consenso</b>																						
Definición alcance		DSM, CA, DT																				
Establecimiento de equipo		DSM, CA, T																				
Definición estrategia de implantación																						
Definición plan de formación			DSM, CA, T																			
<b>Planificación inicial</b>																						
<b>Hitos</b>																						
Hito 1: Análisis completo			◆																			
Hito 3: Pilotaje					◆																	
Hito 4: Despliegue productivo										◆												
Hito 4: Análisis de datos																			◆			
<b>Seguimiento</b>																						
Reunión kickoff		DSM,CA,DT																				
Reuniones seguimiento					DSM,CA,DT			DSM,CA,DT				DSM,CA,DT					DSM,CA,DT				DSM,CA,DT	
Reunión cierre																						DSM,CA,DT
<b>Fase I: Inicio</b>																						
<b>Análisis</b>																						
Realización de estudio		DSM,CA,DT																				
Definición de roles y responsabilidades		DSM,CA,DT																				
Identificación KPIs		DSM,CA,DT																				
Establecimiento de métodos de valoración (Escala)			DSM,CA,DT																			
Establecimiento de procesos de teleconsulta			DSM,CA,DT																			
<b>Diseño</b>																						
Diseño funcional			CA,DTIC																			
Diseño Técnico			CA,PSM																			
<b>Construcción</b>																						
Integración Sistemas IBSalut			DTIC,TS																			
<b>Pruebas</b>																						
Definición de la estrategia de pruebas			DSM,CA,DT																			
Pruebas funcionales			DSM,CA																			
Pruebas de integración			DSM,CA,DT																			
<b>Documentación</b>																						
Guía del usuario				PSM																		
Documentación de administración				PSM																		
Gestión y seguimiento				PSM,CA																		
Documentación de Pruebas				PSM,CA																		

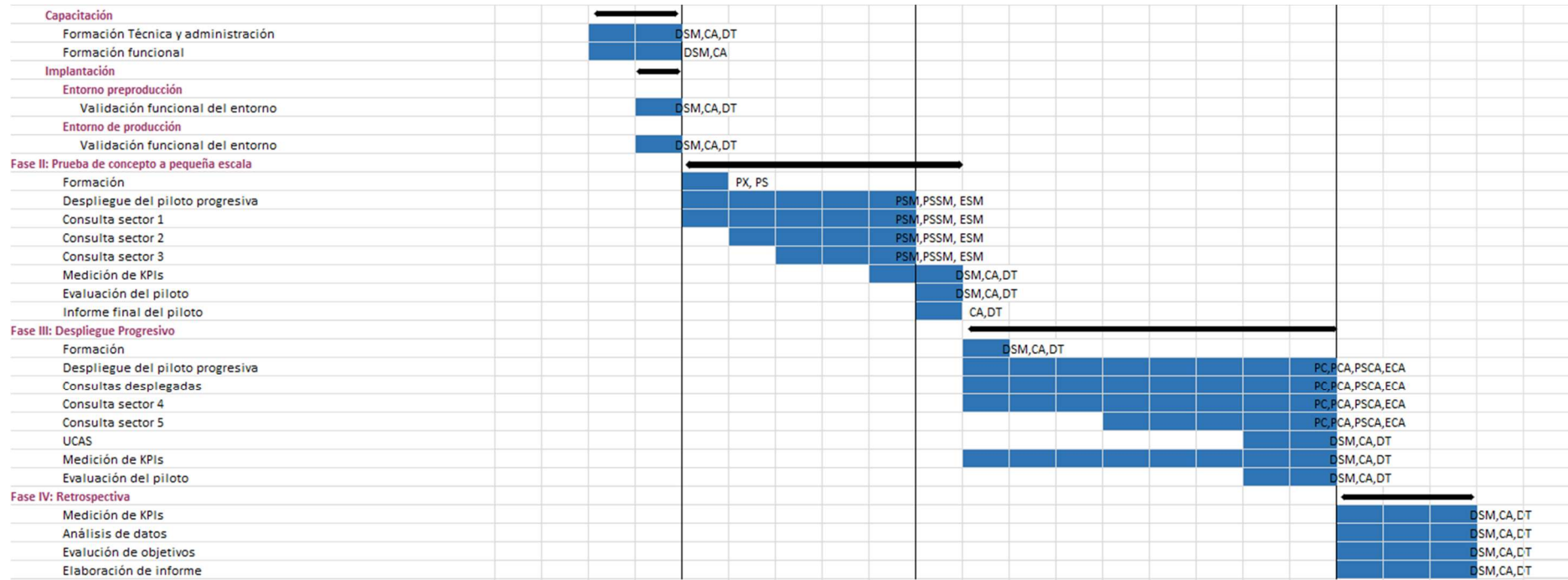


Tabla 5. Cronograma del proyecto

## Formación:

Objetivo: capacitar a los profesionales y usuarios del proyecto de telesalud mental en la correcta utilización y gestión de la teleconsulta.

**Plan de formación:** Desarrollo del plan de formación y materiales. Diseñar el programa formativo integral, detallando objetivos, audiencias (técnicos, clínicos, administradores, usuarios del servicio de salud), contenidos por perfil y cronograma. Creación de materiales didácticos (manuales, presentaciones, guías, contenido e-learning) adaptados a cada necesidad, asegurando la calidad y practicidad para una capacitación efectiva.

**Creación de un repositorio:** de gestión del conocimiento. Establecer una plataforma centralizada para alojar de forma organizada toda la documentación del proyecto, manuales, materiales formativos, FAQs y guías, facilitando el acceso y la consulta continua por parte de las personas autorizadas.

**Sesiones formativas:** Ejecución de las sesiones de formación. Impartir las sesiones de formación planificadas (presenciales, virtuales, formador de formadores) a los diferentes colectivos, utilizando la metodología pedagógica definida y los materiales desarrollados, fomentando la participación y la resolución de dudas para asegurar la asimilación del conocimiento.

**Validación del material:** validación de la documentación y contenidos formativos por la Dirección General de Salud Mental, incorporando el feedback recibido para asegurar que los contenidos son precisos, completos y adecuados.

## 6.9 Visión de futuro y próximos pasos

La implementación de la teleconsulta mediante videollamada, utilizando la plataforma corporativa Microsoft Teams®, se ha establecido como el pilar inicial para mejorar la accesibilidad y eficiencia en el Servicio de Salud Mental de las Islas Baleares. No obstante, la visión de futuro y los próximos pasos estratégicos apuntan a una evolución hacia modelos de atención digital más sofisticados y proactivos, centrados en la telemonitorización continua del paciente.

De hecho, la plataforma tecnológica actualmente utilizada para la teleconsulta se prevé que se enmarque en una fase posterior en la Plataforma de Telemonitorización del Proyecto de Atención Digital Personalizada del Servicio Balear de Salud. Este avance está alineado con los ejes prioritarios del Plan Estratégico de Transformación e Innovación en Salud Digital (PETI) 2025-2029, que sitúan la transformación digital, la innovación y la personalización del modelo asistencial como objetivos clave.

### Incorporación de la Telemonitorización de Pacientes

La continuación natural de este proyecto piloto de teleconsulta implica la incorporación de la telemonitorización de pacientes. Esta transición permitirá pasar de un modelo de atención fundamentalmente reactivo a uno más proactivo y preventivo, haciendo un uso intensivo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para el seguimiento.

A partir de programas diseñados para pacientes con patologías mentales crónicas o en riesgo de reagudización (pacientes estables con necesidad de seguimiento continuo), se podrá realizar un seguimiento basado en variables identificadas del paciente. Algunas de estas variables clínicas (como la severidad de síntomas depresivos y de ansiedad mediante escalas validadas como PHQ-9 y GAD-7) ya son consideradas en la fase actual del proyecto.

La telemonitorización avanzada permitirá ampliar esta recogida de datos mediante la integración de dispositivos móviles o wearables capaces de generar indicadores objetivos y continuos, tales como:

- Sueño.
- Actividad física.
- Estrés.
- Aislamiento en domicilio
- actividad en redes sociales (variables que requieren analítica de texto, en línea con el potencial del Procesamiento del Lenguaje Natural—PLN—para extraer información de textos narrativos).
- Estado clínico (recogida periódica de variables clínicas como temperatura, pulso, saturación, tensión).

## Generación de Alertas Tempranas e Impacto en el Plan de Cuidados

La clave de la telemonitorización reside en que todas estas variables, recogidas de forma continua y estructurada, podrán ser combinadas y analizadas mediante herramientas de Inteligencia Artificial (IA) y analítica de datos (Big Data).

El análisis de esta información masiva permitirá generar modelos predictivos y alertas tempranas que notificarán a los profesionales ante la detección de un patrón de deterioro o riesgo de recaída antes de que se produzca una crisis o una urgencia psiquiátrica. Esta capacidad de anticipación impactará de forma significativa en el plan de cuidados del paciente, permitiendo:

- Ajustes de medicación.
- Intervención psicoeducativa.
- Intervenciones terapéuticas oportunas.
- Mejorar el autocuidado y la adherencia en pacientes con enfermedades mentales crónicas.

Este enfoque es coherente con la utilización de la tecnología móvil y la telemedicina para promover la gestión y la salud poblacional en trastornos psiquiátricos. La evidencia ya apoya el uso de la tecnología móvil para la gestión de la salud poblacional y el apoyo en el control de reagudizaciones y la adherencia en pacientes con enfermedades mentales crónicas.

## Hacia Modelos Predictivos Específicos en Salud Mental

La generación de alertas en sistemas de telemonitorización representa un componente esencial para la atención proactiva en salud. En el ámbito de la salud mental, esta necesidad se vuelve aún más crítica debido a la naturaleza insidiosa y multifactorial de muchas patologías psiquiátricas. A diferencia de otras áreas clínicas donde existen modelos de alerta temprana ampliamente aceptados —como el NEWS (National Early Warning Score) y su variante pediátrica PEWS—, en salud mental aún no se han consolidado sistemas estandarizados equivalentes.

Es indispensable que en el futuro se desarrollen modelos específicos de alerta temprana para patologías concretas de salud mental, como la depresión mayor, el trastorno bipolar o la esquizofrenia. Estos modelos deberán ser capaces de identificar patrones de deterioro cognitivo, emocional o conductual antes de que se manifiesten clínicamente, permitiendo así intervenciones preventivas más eficaces.

La construcción de estos modelos podrá apoyarse en tecnologías de inteligencia artificial (IA), que ya han demostrado su capacidad para analizar grandes volúmenes de datos clínicos, biométricos y conductuales, y detectar señales tempranas de trastornos mentales. Por ejemplo, algoritmos de aprendizaje automático están siendo utilizados para predecir recaídas en pacientes con depresión o esquizofrenia con una precisión superior al 85%.

No obstante, para que estos modelos puedan ser implementados en entornos clínicos, será necesario que cumplan con los procedimientos de certificación médica vigentes, especialmente aquellos establecidos por el Reglamento de Inteligencia Artificial de la Unión Europea (RIA) y el Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS). Además, dado que muchos de estos sistemas se integran en dispositivos médicos, deberán ajustarse al **Reglamento (UE) 2017/745 sobre productos sanitarios (MDR)**, que exige altos estándares de seguridad, eficacia clínica y gestión de riesgos. Este reglamento es esencial para obtener el marcado CE, requisito indispensable para la comercialización de dispositivos médicos en el mercado europeo. Las normativas mencionadas exigen que los sistemas de IA de alto riesgo —como los utilizados en diagnóstico o predicción médica— sean sometidos a rigurosas evaluaciones de conformidad, transparencia y protección de datos antes de su aprobación.

Una vez que estos modelos predictivos sean certificados y validados clínicamente, la telemonitorización predictiva en salud mental dará un salto cualitativo. Permitirá no solo el seguimiento pasivo de parámetros, sino la anticipación activa de eventos críticos, como crisis psicóticas, intentos autolíticos o descompensaciones emocionales graves.

## 7) Sumario o síntesis de conclusiones

La consulta por videollamada se está consolidando como una herramienta cada vez más valiosa en el manejo y seguimiento de los problemas de salud mental. Diversos estudios han comenzado a arrojar luz sobre los beneficios concretos de esta modalidad;

los datos sugieren mejoras significativas en los síntomas conductuales de afecciones como la depresión, la ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático gracias al uso de la videollamada para realizar las consultas con especialistas <sup>65-68</sup>.

Otros beneficios que cabe destacar en relación con el usuario son que la telesalud mental, o consulta con profesionales especialistas en salud mental a través de videollamada, ofrece la ventaja principal de evitar desplazamientos y optimizar el tiempo de las personas usuarias. Por tanto, el impacto de esta modalidad de consulta en la vida del paciente supone un ahorro de tiempo (trayecto y sala de espera) y un ahorro económico asociado al transporte y/o al aparcamiento. Otro aspecto que puede resultar relevante para algunos pacientes es que este tipo de asistencia es mucho más discreta y mejora la conciliación con las rutinas diarias.

En relación con los profesionales de la salud mental, la telesalud mental puede facilitar el seguimiento y las intervenciones en pacientes crónicos estables que necesitan, por ejemplo, ajustes de medicación, intervención psicoeducativa o aclaración de dudas. Aunque el tiempo de consulta que el especialista dedique al paciente sea el mismo que en la modalidad presencial, es esperable que se optimicen los tiempos invertidos en otros aspectos como la gestión administrativa y de la sala de espera, la preparación de la consulta o la disponibilidad de recursos físicos. Al invertir menos tiempo y recursos materiales, se puede estimar una ganancia de tiempo de los diferentes profesionales involucrados y la liberación de espacios físicos para realizar otro tipo de actividades.

Todo esto puede repercutir en un aumento de la eficiencia del sistema sanitario y en la satisfacción tanto del usuario como de los profesionales. Este impacto podría medirse analizando los tiempos medios de espera de las consultas, las listas de espera para los distintos profesionales de salud mental, la adherencia al tratamiento farmacológico y a la psicoterapia, el absentismo y la cancelación de consultas, el grado de satisfacción y la experiencia del usuario y el coste – efectividad de la implantación de dicho programa.

En el contexto de las Islas Baleares, caracterizado por una dispersión geográfica significativa, la implementación de un proyecto piloto de teleconsulta representa una oportunidad estratégica para reducir desigualdades en el acceso y optimizar recursos sanitarios.

Para el desarrollo de este proyecto se proponen tanto indicadores de costes y resultados en salud que se emplearán en la evaluación, así como el marco analítico para determinar la eficiencia de la teleconsulta en comparación con el modelo presencial habitual.

## **Indicadores de costes**

Se propone estudiar tanto costes directos sanitarios como costes indirectos desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, de forma complementaria, desde la perspectiva social. Las fuentes concretas de los identificadores utilizados en este proyecto son (oficina del dato) Subdirección de gestión y gobernanza del dato. Cada indicador busca identificar y cuantificar una dimensión diferente del impacto económico.

### **1. Coste por visita completada (€/visita)**

Refleja el coste medio de una consulta efectiva realizada por teleconsulta.

Incluye costes fijos amortizados (licencias de plataforma, integración con HCE, equipos, soporte técnico, formación inicial) y costes variables por visita (tiempo profesional, secretaría, recordatorios, incidencias técnicas).

Se calcula dividiendo la suma de costes fijos y variables entre el número total de visitas efectivas realizadas en el periodo analizado.

**Costes fijos (anuales, amortizados):** licencias de plataforma de teleconsulta, integración con HCE, equipos (cámara, auriculares), ciberseguridad, soporte TI, formación inicial.

**Costes variables por visita:** tiempo profesional (min × €/min), tiempo de administración, mensajería/recordatorio de cita, incidencias técnicas.

### **2. Coste por paciente/año (€/paciente)**

Se calcula a partir del gasto anual total por paciente estable, incluyendo todas las consultas, interconsultas y consumos asociados.

Realizar una comparativa entre la teleconsulta y la consulta presencial permite estimar diferencias en eficiencia global.

Es útil para valorar el impacto presupuestario de la inclusión de un paciente en el servicio de teleconsulta.



Gasto total del seguimiento de un paciente estable en 12 meses.

Incluye todas las visitas de seguimiento, interconsultas, pruebas asociadas, llamadas administrativas, y si procede, transporte sanitario programado evitado por el modelo remoto.

Permite la comparación entre Teleconsulta y consulta presencial. presencial (análisis «intention-to-treat» si hay conversión a presencial).

### **3. Coste por no-presentado evitado (€/no asistencia)**

Mide el ahorro económico derivado de la reducción de citas perdidas, frecuentes en salud mental.

Se calcula como la diferencia en la tasa de no asistencia entre teleconsulta y consulta presencial, multiplicada por el coste de oportunidad de una cita perdida.

La teleconsulta suele disminuir la no asistencia y por tanto mejorar la eficiencia en la agenda del profesional sanitario (optimización del tiempo del clínico).

Ahorro atribuible a la reducción de citas perdidas.

En telepsiquiatría es habitual observar mayor asistencia a citas y menos tasa de pérdida de citas por ausencia del paciente, con impacto directo en eficiencia de agenda<sup>69</sup>.

### **4. Coste por hospitalización evitada**

Este indicador permite cuantificar el ahorro que se genera si la consulta es llevada a cabo por vía telemática contribuye a reducir ingresos hospitalarios en salud mental.

Se calcula multiplicando la diferencia en la tasa de hospitalización entre los pacientes participantes en el servicio de teleconsulta y los que se mantienen en consulta presencial exclusivamente por el coste medio de un ingreso psiquiátrico.

Diversas experiencias internacionales han mostrado que la telepsiquiatría se asocia con menos hospitalizaciones sin aumentar el coste global.

Ahorro por menor probabilidad de ingreso psiquiátrico (o urgencia) en 12 meses.

Programas de telepsiquiatría han mostrado reducciones de ingresos sin empeorar resultados clínicos<sup>69</sup>.

## 5. Costes de transporte evitados

Se calcula multiplicando el número de desplazamientos evitados por el coste medio del trayecto (paciente, cuidador o transporte sanitario programado).

En un contexto geográfico como el de las Islas Baleares, donde los traslados pueden requerir barco, avión o helicóptero, este indicador es especialmente relevante.

Gastos evitados por desplazamiento del paciente/cuidador y, si aplica, transporte sanitario programado.

$\text{Nº de visitas sustituidas} \times \text{coste medio por trayecto} + \text{tiempo de viaje evitado}$

## 6. Costes indirectos (productividad)

Incluye el tiempo laboral o personal ahorrado por pacientes y cuidadores al evitar desplazamientos y esperas.

Se traduce en ahorro de horas laborales o familiares, que se multiplica por el valor medio de la hora de trabajo.

Productividad y tiempo personal ahorrados.

$\text{Horas evitadas de desplazamiento} + \text{espera} \times \text{coste/hora (paciente y cuidador)}$ .

## Indicadores de resultados en salud

La eficacia y seguridad de la teleconsulta en pacientes estables se evaluará mediante instrumentos validados y registros asistenciales. Estos indicadores permiten demostrar la equivalencia o superioridad clínica respecto al modelo presencial.

### Estabilidad clínica

Se medirá mediante escalas validadas: PHQ-9 para depresión y GAD-7 para ansiedad, recogiendo puntuaciones basales y en seguimiento (3, 6 y 12 meses).

Se evaluará la reducción en puntuaciones, la proporción de pacientes en remisión (PHQ-9 <5) y la tasa de respuesta (reducción ≥50%).

Ambas escalas son válidas, breves y sensibles al cambio en clínica y seguimiento remoto<sup>70</sup>.

### Utilización de recursos adversos

Incluye el número de recaídas, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias psiquiátricas, expresados como tasa por 100 paciente/año.

El objetivo es demostrar no inferioridad del seguimiento remoto respecto al presencial.

Tasa de recaídas, ingresos y urgencias psiquiátricas (por 100 paciente-año).

Este indicador tiene como objetivo demostrar no inferioridad de la consulta por medios telemáticos frente a la consulta presencial en pacientes estables; incluso reducción de eventos en subgrupos con mejor continuidad<sup>69</sup>.

### Adherencia terapéutica

Se medirá a través del registro de retirada de fármacos a través de la receta electrónica y el porcentaje de asistencia a sesiones psicoterapéuticas previstas.

- Adherencia farmacológica: a partir de receta electrónica (p. ej., PDC/MPR).
- Adherencia psicoterapéutica: porcentaje de sesiones asistidas sobre planificadas.

### No asistencia y cancelaciones

Se analizará la proporción de citas perdidas o canceladas de forma tardía en ambas modalidades.

La teleconsulta suele reducir la tasa de no-shows, lo cual se asocia a mejor continuidad asistencial.

% de no-presentados y % de cancelaciones tardías por modalidad; tiempo hasta reprogramación.

Indicador proxy de continuidad asistencial y adecuación del modelo a la vida del paciente.

### Calidad de vida y QALYs

Se medirá mediante el cuestionario EQ-5D-5L<sup>71</sup>, utilizando la tarifa española para convertir los estados de salud en utilidades.

A partir de estas utilidades se calcularán los años de vida ajustados por calidad (QALYs), indicador clave para el análisis coste-utilidad.

### **Satisfacción y experiencia**

Se aplicarán encuestas a pacientes y profesionales sobre facilidad de uso, percepción de confidencialidad, utilidad percibida y preferencia futura.

Un alto nivel de satisfacción contribuye a la sostenibilidad del programa.

Se evalúa mediante encuestas a pacientes y profesionales incluyendo utilidad percibida, facilidad de uso, privacidad, preferencia futura.

Es un indicador clave en la evaluación de la sostenibilidad del servicio y es posible escalado relacionándolo con la variable de no asistencia, duración de consulta y fallos técnicos

### **Equidad y acceso**

Se medirá el tiempo medio de espera hasta cita, así como la proporción de pacientes de islas menores atendidos sin necesidad de traslado interinsular. Este indicador permitirá evaluar la contribución del modelo a la equidad territorial.

Tiempo medio a cita (días), % de pacientes de islas menores atendidos sin derivación interinsular, comparación por área sanitaria.

### **Indicadores de proceso (implementación)**

- Duración de consulta (min) y % de «overruns» o tiempo extra empleado respecto al programado en la consulta.
- Incidencias técnicas por 100 visitas (reconexión, cambio a telefónico, reprogramación).
- Conversión a presencial (% y motivos).
- Cumplimiento RGPD/consentimiento (registro y auditoría).

## **Análisis de coste-eficiencia**

El análisis económico se basará en un estudio de coste-utilidad.

La perspectiva principal será la del Sistema Nacional de Salud, incluyendo costes directos como consultas, hospitalizaciones y consumos asociados.

De manera adicional, se considerará la perspectiva social para recoger costes indirectos como productividad o tiempo de cuidadores.

El horizonte temporal será de 12 meses, con posibilidad de extensión a 24 meses en análisis de sensibilidad.

La medida de efecto principal serán los QALYs calculados a partir del EQ-5D-5L. Los resultados secundarios incluirán la proporción de pacientes en remisión, los ingresos hospitalarios evitados y la reducción de no-shows.

El cálculo principal será el ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio), definido como la diferencia de costes entre teleconsulta y presencial dividida por la diferencia en QALYs.

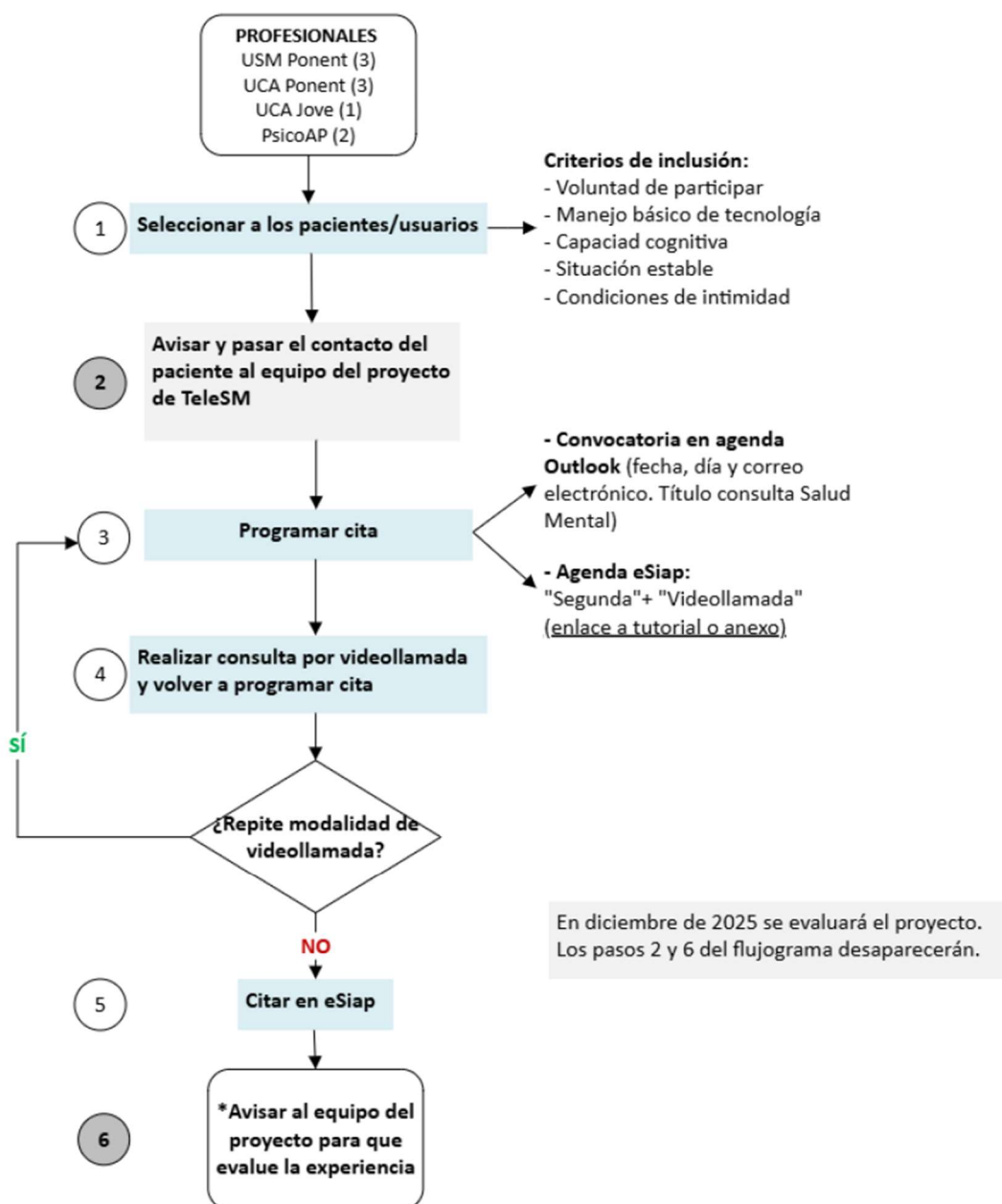
Este resultado se interpretará frente a los umbrales de aceptabilidad existentes en España (~22.000–25.000 €/QALY).

Se realizarán análisis de sensibilidad determinísticos (variación de costes de plataforma, tasa de no asistencia a teleconsulta, frecuencia de citas) y probabilísticos mediante modelización estadística (PSA).

También se plantearán escenarios específicos que reflejen diferencias entre islas capitalinas y no capitalinas, y entre modalidades de videollamada o telefónica.

## 8) Inclusión de gráficos, tablas, ilustraciones, etc

### Flujograma del procedimiento



\*Cuando se finaliza el pilotaje es importante notificarlo al equipo técnico para que pueda evaluar la experiencia tanto del usuario como del profesional. Se considera que finaliza el pilotaje cuando:

1. El usuario ha hecho una primera visita por videollamada y decide hacer la siguiente de forma presencial.
2. Después de hacer la segunda visita por videollamada.

## 9) Referencias bibliográficas según las normas recomendadas

1. Economic Evaluation and Costs of Telepsychiatry Programmes: A Systematic Review.  
Naslund JA, Mitchell LM, Joshi U, Nagda D, Lu C.  
Journal of Telemedicine and Telecare. 2022;28(5):311-330.  
doi:10.1177/1357633X20938919.
2. Cost-Effectiveness of Tele-Delivered Behavioral Activation by Lay Counselors for Homebound Older Adults With Depression.  
Chen GJ, Kunik ME, Marti CN, Choi NG.  
BMC Psychiatry. 2022;22(1):648. doi:10.1186/s12888-022-04272-9.
3. A Cost Analysis Comparing Telepsychiatry to in-Person Psychiatric Outreach and Patient Travel Reimbursement in Northern Ontario Communities.  
Serhal E, Lazor T, Kurdyak P, et al.  
Journal of Telemedicine and Telecare. 2020;26(10):607-618.  
doi:10.1177/1357633X19853139.
4. Servei de Salut de les Illes Balears. Datos proporcionados a fecha de julio de 2025
5. Govern de les Illes Balears. Se inicia el proyecto para implantar la telesalud mental en el Servicio de Salud de las Illes Balears [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears; 2025 [citado 2025 sep 30]. Disponible en:  
<https://www.caib.es/pidip2front/jsp/es/ficha-convocatoria/se-inicia-el-proyecto-para-implantar-la-telesalud-mental-en-el-servicio-de-salud-de-las-illes-balears>
6. Redacción Médica. Baleares crea una dirección general “para la salud mental de sanitarios” [Internet]. Madrid: Redacción Médica; 2025 [citado 2025 sep 5]. Disponible en:  
<https://www.redaccionmedica.com/autonomias/baleares/baleares-crea-una-direccion-general-para-la-salud-mental-de-sanitarios--3119>
7. Servei de Salut de les Illes Balears. Plan Estratégico de Transformación e Innovación en Salud Digital de las Illes Balears 2025-2029 [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears; 2025 [citado 2025 sep 30]. Disponible en:  
<https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/que-es-ibsalut/planes-y-estrategias/4418-plan-estrategico-de-salud-digital-de-las-islas-baleares-2025-2029>
8. A Comparison of Mental Health Care Systems in Northern and Southern Europe: A Service Mapping Study.  
Sadeniemi M, Almeda N, Salinas-Pérez JA, et al.

- International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(6):E1133. doi:10.3390/ijerph15061133.
9. Psychosocial Wellbeing and Psychiatric Care in the European Communities: Analysis of Macro Indicators.  
Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, et al.  
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004;39(11):883-92. doi:10.1007/s00127-004-0871-0.
  10. Time Trends in the Regional Distribution of Physicians, Nurses and Midwives in Europe.  
Winkelmann J, Muench U, Maier CB.  
BMC Health Services Research. 2020;20(1):937. doi:10.1186/s12913-020-05760-y.
  11. The State of Psychiatry in Spain.  
Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bobes-Bascaran MT, et al.  
International Review of Psychiatry (Abingdon, England). 2012;24(4):347-55. doi:10.3109/09540261.2012.691090.
  12. Inequalities in the Use of Services Provided by Psychiatrists in Spain: A Multilevel Study.  
Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, et al.  
Psychiatric Services (Washington, D.C.). 2013;64(9):901-7. doi:10.1176/appi.ps.201100419.
  13. Mental Disorders on the Island of Formentera: Prevalence in General Population Using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN).  
Roca M, Gili M, Ferrer V, et al.  
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1999;34(8):410-5. doi:10.1007/s001270050162.
  14. Prevalence of Mental Disorders and Associated Factors: Results From the ESEMeD-Spain Study.  
Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al.  
Medicina Clinica. 2006;126(12):445-51. doi:10.1157/13086324.
  15. Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results From the ESEMeD-Spain Project.  
Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, et al.  
Journal of Affective Disorders. 2010;120(1-3):76-85. doi:10.1016/j.jad.2009.04.016.



16. Prevalence and Variability of Depressive Symptoms in Europe: Update Using Representative Data From the Second and Third Waves of the European Health Interview Survey (EHIS-2 and EHIS-3).  
Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, et al.  
The Lancet. Public Health. 2023;8(11):e889-e898. doi:10.1016/S2468-2667(23)00220-7.
17. Prevalence and Trends of Common Mental Disorders From 2007-2009 to 2019-2022: Results From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), Including Comparison of Prevalence Rates Before vs. During the COVID-19 Pandemic.  
Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, et al.  
World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2023;22(2):275-285. doi:10.1002/wps.21087.
18. Mental Health Disorder Trends in Denmark According to Age, Calendar Period, and Birth Cohort.  
Momen NC, Beck C, Lousdal ML, et al.  
JAMA Psychiatry. 2025;82(2):161-170. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.3723.
19. Trends and Associated Factors of Mental Health Diagnoses in Catalan Primary Care (2010-2019).  
Mas A, Clougher D, Anmella G, et al.  
European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists. 2024;67(1):e81. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.1793.
20. Environmental, Health and Sociodemographic Determinants Related to Common Mental Disorders in Adults: A Spanish Country-Wide Population-Based Study (2006-2017).  
Cebrino J, Portero de la Cruz S.  
Journal of Clinical Medicine. 2020;9(7):E2199. doi:10.3390/jcm9072199.
21. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in Europe.  
Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D.  
European Child & Adolescent Psychiatry. 2024;33(9):2877-2894. doi:10.1007/s00787-022-02131-2.
22. Telemental Health for Clinical Assessment and Treatment.  
Sugarman DE, Busch AB.  
BMJ (Clinical Research Ed.). 2023;380:e072398.

- doi:10.1136/bmj-2022-072398.
23. Virtual Mental Health Care and Suicide-Related Events.  
Tenso K, Strombotne K, Garrido MM, Lum J, Pizer S.  
JAMA Network Open. 2024;7(11):e2443054.  
doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43054.
24. Telehealth v. Face-to-Face Provision of Care to Patients With Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis.  
Scott AM, Clark J, Greenwood H, et al.  
Psychological Medicine. 2022;52(14):2852-2860.  
doi:10.1017/S0033291722002331.
25. Telemedicine Interventions as an Attempt to Improve the Mental Health of Populations During the COVID-19 Pandemic-a Narrative Review.  
Rutkowska A.  
International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(22):14945. doi:10.3390/ijerph192214945.
26. The Empirical Evidence for Telemedicine Interventions in Mental Disorders.  
Bashshur RL, Shannon GW, Bashshur N, Yellowlees PM.  
Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association. 2016;22(2):87-113.  
doi:10.1089/tmj.2015.0206.
27. Tele-Medicine and Improvement of Mental Health Problems in COVID-19 Pandemic: A Systematic Review.  
Hatami H, Deravi N, Danaei B, et al.  
International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2022;31(3):e1924. doi:10.1002/mpr.1924.
28. COVID-19 Pandemic and Telemental Health Policy Reforms.  
Sistani F, Rodriguez de Bittner M, Shaya FT.  
Current Medical Research and Opinion. 2022;38(12):2123-2126.  
doi:10.1080/03007995.2022.2096355.
29. Implementation, Adoption, and Perceptions of Telemental Health During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review.  
Appleton R, Williams J, Vera San Juan N, et al.  
Journal of Medical Internet Research. 2021;23(12):e31746. doi:10.2196/31746.
30. Association Between Telemedicine Use in Nonmetropolitan Counties and Quality of Care Received by Medicare Beneficiaries With Serious Mental Illness.

- Wang B, Huskamp HA, Rose S, et al.  
JAMA Network Open. 2022;5(6):e2218730.  
doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.18730.
31. Use of Direct-to-Consumer Telemedicine to Access Mental Health Services.  
Hohman JA, Martinez KA, Anand A, et al.  
Journal of General Internal Medicine. 2022;37(11):2759-2767.  
doi:10.1007/s11606-021-07326-y.
32. Use of Telemedicine and Quality of Care Among Medicare Enrollees With Serious Mental Illness.  
Wilcock AD, Huskamp HA, Busch AB, et al.  
JAMA Health Forum. 2023;4(10):e233648.  
doi:10.1001/jamahealthforum.2023.3648.
33. The Use of Telemedicine and Mobile Technology to Promote Population Health and Population Management for Psychiatric Disorders.  
Turvey C, Fortney J.  
Current Psychiatry Reports. 2017;19(11):88. doi:10.1007/s11920-017-0844-0.
34. Economic Evaluation of Home-Based Telebehavioural Health Care Compared to in-Person Treatment Delivery for Depression.  
Bounthavong M, Pruitt LD, Smolenski DJ, et al.  
Journal of Telemedicine and Telecare. 2018;24(2):84-92.  
doi:10.1177/1357633X16678147.
35. The Effectiveness of Teleconsultations in Primary Care: Systematic Review.  
Carrillo de Albornoz S, Sia KL, Harris A.  
Family Practice. 2022;39(1):168-182.  
doi:10.1093/fampra/cmab077.
36. Medicaid Costs and Outcomes for Patients Treated in an Outpatient Telepsychiatry Clinic.  
Havlik JL, Ghomi RH, An N, Budhiraja P, Arzubi ER.  
JAMA Network Open. 2025;8(5):e258558.  
doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.8558.
37. A Telehealth and Telepsychiatry Economic Cost Analysis Framework: Scoping Review.  
Hilty DM, Serhal E, Crawford A.  
Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association. 2023;29(1):23-37.

- doi:10.1089/tmj.2022.0016.
38. Cost-Effectiveness of Internet Interventions Compared With Treatment as Usual for People With Mental Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.  
Rohrbach PJ, Dingemans AE, Evers C, et al.  
Journal of Medical Internet Research. 2023;25:e38204. doi:10.2196/38204.
  39. Comparing Efficacy of Telehealth to in-Person Mental Health Care in Intensive-Treatment-Seeking Adults.  
Bulkens NZ, Davis K, Kay B, Riemann BC.  
Journal of Psychiatric Research. 2022;145:347-352.  
doi:10.1016/j.jpsychires.2021.11.003.
  40. Comparison of in-Person vs. Telebehavioral Health Outcomes From Rural Populations Across America.  
McCord C, Ullrich F, Merchant KAS, et al.  
BMC Psychiatry. 2022;22(1):778. doi:10.1186/s12888-022-04421-0.
  41. Evaluation of Telehealth in Child Behavioral Health Services Delivery During the COVID-19 Pandemic.  
Riley EN, Cordell KD, Shimshock SM, et al.  
Psychiatric Services (Washington, D.C.). 2023;74(3):237-243.  
doi:10.1176/appi.ps.20220141.
  42. Development of Outcome Indicators for Monitoring the Quality of Public Mental Health Care.  
Srebnik D, Hendryx M, Stevenson J, et al.  
Psychiatric Services (Washington, D.C.). 1997;48(7):903-9.  
doi:10.1176/ps.48.7.903.
  43. Treatment Outcome, Duration, and Costs: A Comparison of Performance Indicators Using Data From Eight Mental Health Care Providers in the Netherlands.  
de Beurs E, Warmerdam EH, Oudejans SCC, et al.  
Administration and Policy in Mental Health. 2018;45(2):212-223.  
doi:10.1007/s10488-017-0818-x
  44. De la Torre Martí M, Pardo Cebrián R. Guía para la intervención telepsicológica [Internet]. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2018 [citado 2025 sep 30]. Disponible en:  
[https://psicociencias.org/pdfrecursos/guiaintervencion\\_telepsicologica.pdf](https://psicociencias.org/pdfrecursos/guiaintervencion_telepsicologica.pdf)

45. Hall CL, Gómez Bergin AD, Rennick-Egglestone S. Research into digital health intervention for mental health: 25-year retrospective on the ethical and legal challenges. *J Med Internet Res*. 2024;26:e58939. doi:10.2196/58939.
46. Torres-Castaño A, Abt-Sacks A, Toledo-Chávarri A, et al. Ethical, legal, organisational and social issues of teleneurology: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3694. doi:10.3390/ijerph20043694.
47. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 nov 2002 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
48. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 nov 2002 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
49. A Framework of Ethics for Telepsychiatry Practice. Sabin JE, Skimming K. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England). 2015;27(6):490-5. doi:10.3109/09540261.2015.1094034.
50. Spanish-Speaking Therapists Increasingly Switch to Telepsychology During COVID-19: Networked Virtual Reality May Be Next. Sampaio M, Navarro Haro MV, Wilks C, et al. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*. 2021;27(8):919-928. doi:10.1089/tmj.2021.0124.
51. Use of Telehealth for Psychosocial Oncology: A Mixed Methods Study About Barriers to and Opportunities With Latino Patients From Latin America, Spain, and the United States. Ruda-Santolaria L, Bergerot C, Hernandez J, et al. *Psycho-Oncology*. 2023;32(8):1289-1297. doi:10.1002/pon.6182.
52. 'If Someone Had Stopped to Talk to Me': A Human Rights Analysis of Spain's Mental Health System. Serra ML. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2025 Mar-Apr;99:102069. doi:10.1016/j.ijlp.2025.102069.
53. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 nov 2002 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
54. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 nov 2002 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
55. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 nov 2002 [citado 2025 sep 30]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

56. Ettman CK, Long MW, Nock MK, et al. Trends in telepsychiatry and in-person psychiatric care: appointment completion and cancellations. *Psychiatr Serv.* 2024;75(11):1190-8. [psychiatryonline.org](https://psychiatryonline.org)
57. Cummins MR, Kalicka EA, et al. Telemedicine appointments are more likely to be completed than in-person appointments in behavioral health. *JAMIA Open.* 2024; (ahead of print). doi:10.1093/jamiaopen/ooaeXXX.
58. Cummins MR, Kalicka EA, et al. Telemedicine appointments are more likely to be completed than in-person appointments in behavioral health. *JAMIA Open.* 2024; (ahead of print). doi:10.1093/jamiaopen/ooaeXXX.
59. Cummins MR, Kalicka EA, et al. Telemedicine appointments are more likely to be completed than in-person appointments in behavioral health. *JAMIA Open.* 2024; (ahead of print). doi:10.1093/jamiaopen/ooaeXXX.
60. Cummins MR, Kalicka EA, et al. Telemedicine appointments are more likely to be completed than in-person appointments in behavioral health. *JAMIA Open.* 2024; (ahead of print). doi:10.1093/jamiaopen/ooaeXXX.
61. Cummins MR, Kalicka EA, et al. Telemedicine appointments are more likely to be completed than in-person appointments in behavioral health. *JAMIA Open.* 2024; (ahead of print). doi:10.1093/jamiaopen/ooaeXXX.
62. American Psychiatric Association. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) – Formulario clínico [Internet]. Washington, DC: APA; 2025 [citado 2025 sep 11]. Disponible en: <https://www.apa.org/>
63. Dartmouth-Hitchcock Medical Center. GAD-7 Anxiety Scale – Formulario y normas de puntuación [Internet]. Lebanon, NH: DHMC; 2021 [citado 2025 sep 11]. Disponible en: <https://www.dartmouth-hitchcock.org/>
64. National Institute of Mental Health. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (Guy W, ed.). Washington, DC: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare; 1976.
65. National Institute of Mental Health. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (Guy W, ed.). Washington, DC: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare; 1976.
66. López Seguí F, Vidal-Alaball J, Sagarra Castro M, García-Altés A, García Cuyàs F. General practitioners' perceptions of whether teleconsultations reduce the number of face-to-face visits in the Catalan public primary care system: retrospective cross-sectional study. *J Med Internet Res.* 2020;22:e14478. doi:10.2196/14478.

67. Teleconsulta: encontrando su lugar en Atención Primaria.  
Oliva JA, Belmonte IA, Costa EJP, Perarnau MA, Goussens A, Vidal-Alaball J. *Atencion Primaria*. 2024;56(6):102927.
68. Paredes Costa EJ, Fàbrega Ramon N, Godoy García S, Perera S, Pooler Perea A, Theilheimer Tosca RD. Videoconsulta en atención primaria: una ventana a la realidad. A propósito de 3 casos clínicos. *Aten Primaria Pract*. 2021;3:100121. doi:10.1016/j.appr.2021.100121
69. Ettman CK, Brantner CL, Albert M, Goes FS, Mojtabai R, Spivak S, et al. Trends in Telepsychiatry and In-Person Psychiatric Care for Depression in an Academic Health System, 2017–2022. *Psychiatric Services* [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2024 Feb 1 [cited 2025 Sep 11];75(2):178–81. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230064>
70. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
71. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L [Internet]. Rotterdam: EuroQol Research Foundation; 2025 [citado 2025 sep 11]. Disponible en: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>

## 10) Webgrafía

1. Equimed. La escala NEWS: qué es, cómo funciona y sus beneficios [Internet]. 2022 [citado 28 sep 2025]. Disponible en: <https://equimed.es/la-escala-news-que-es-como-functiona-y-sus-beneficios/>
2. Sánchez Arnas AM. Impacto de la inteligencia artificial en la detección temprana de trastornos mentales en atención primaria. Rev Sanitaria Investig [Internet]. 2024 sep;72(71):1 [citado 28 sep 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/impacto-de-la-inteligencia-artificial-en-la-deteccion-temprana-de-trastornos-mentales-en-atencion-primaria/>
3. XofoSol. Usando IA para Monitorear el Bienestar Mental: Flujos de Datos [Internet]. 2025 jul 27 [citado 28 sep 2025]. Disponible en: <https://xofosol.com/posts/ia-monitoreo-bienestar-mental>
4. XofoSol. Modelos Predictivos en Salud Mental: Estrategias para la Prevención de Crisis [Internet]. 2025 jun 5 [citado 28 sep 2025]. Disponible en: <https://xofosol.com/posts/modelos-predictivos-salud-mental-prevencion-crisis>
5. Pérez Campillo L. Regulando el futuro de la salud: cómo el Reglamento de IA y el Espacio Europeo de Datos Sanitarios moldean la IA médica en Europa. New Medical Economics [Internet]. 2024 ago 1 [citado 28 sep 2025]. Disponible en: <https://www.newmedicaleconomics.es/regulando-el-futuro-de-la-salud-como-el-reglamento-de-ia-y-el-espacio-europeo-de-datos-sanitarios-moldean-la-ia-medica-en-europa-i/>
6. XofoSol. El Futuro de la Telemonitorización: Innovaciones Basadas en IA para el Cuidado de Salud [Internet]. 2025 ago 22 [citado 28 sep 2025]. Disponible en: <https://xofosol.com/posts/futuro-telemonitoreo-innovaciones-ia-salud>
7. Servei de Salut de les Illes Balears. Datos proporcionados a fecha de julio de 2025.
8. Govern de les Illes Balears. Se inicia el proyecto para implantar la telesalud mental en el Servicio de Salud de las Illes Balears [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears; 2025 [citado 30 sep 2025]. Disponible en:



- <https://www.caib.es/pidip2front/jsp/es/ficha-convocatoria/se-inicia-el-proyecto-para-implantar-la-telesalud-mental-en-el-servicio-de-salud-de-las-illes-balears>
9. Redacción Médica. Baleares crea una dirección general “para la salud mental de sanitarios” [Internet]. Madrid: Redacción Médica; 2025 [citado 5 sep 2025]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/baleares/baleares-crea-una-direccion-general-para-la-salud-mental-de-sanitarios--3119>
  10. Servei de Salut de les Illes Balears. Plan Estratégico de Transformación e Innovación en Salud Digital de las Illes Balears 2025-2029 [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears; 2025 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/que-es-ibsalut/planes-y-estrategias/4418-plan-estrategico-de-salud-digital-de-las-islas-baleares-2025-2029>
  11. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 nov 2002 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
  12. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 294, 6 dic 2018 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
  13. Consejo General de la Psicología de España. Guía para la práctica de la telepsicología [Internet]. Madrid: COP; 2017 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: <https://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
  14. De la Torre Martí M, Pardo Cebrián R. Guía para la intervención telepsicológica [Internet]. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2018 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: [https://psicociencias.org/pdfrecursos/guiaintervencion\\_telepsicologica.pdf](https://psicociencias.org/pdfrecursos/guiaintervencion_telepsicologica.pdf)
  15. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L: information and support [Internet]. Rotterdam: EuroQol Research Foundation; 2025 [citado 11 sep 2025]. Disponible en: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>

16. American Psychiatric Association. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) – Formulario clínico [Internet]. Washington, DC: APA; 2025 [citado 11 sep 2025]. Disponible en: <https://www.apa.org/>
17. Dartmouth-Hitchcock Medical Center. GAD-7 Anxiety Scale – Formulario y normas de puntuación [Internet]. Lebanon, NH: DHMC; 2021 [citado 11 sep 2025]. Disponible en: <https://www.dartmouth-hitchcock.org/>

## 11) Anexo

### Anexo 1. Cuestionario PHQ-9

#### CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil □	Un poco difícil □	Muy difícil □	Extremadamente difícil □
-------------------------	----------------------	------------------	-----------------------------

Fuente: Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63(4):679-86. doi:10.1097/00006842-200107000-00021

## Anexo 2. Cuestionario GAD-7

<b>GAD-7</b>				
<b>Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b> <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T \_\_\_\_ = \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ )**

Fuente: García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Rejas J. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8. doi:10.1186/1477-7525-8-8

## Anexo 3 Índice WHO-5



Psychiatric Research Unit  
WHO Collaborating Centre in Mental Health

### WHO (Five) Well Being Index (1998 version) OMS (cinco) Índice de Bienestar (versión 1998)

Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante la últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar. **Ejemplo:** Si se ha sentido **alegre y de buen humor más de la mitad del tiempo durante las últimas dos semanas**, marque una cruz en el recuadro con el número 3 en la esquina superior derecha.

<i>Durante las últimas dos semanas:</i>	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Más de la mitad del tiempo</b>	<b>Menos de la mitad del tiempo</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>Nunca</b>
<b>1. Me he sentido alegre y de buen humor</b>	5	4	3	2	1	0
<b>2. Me he sentido tranquilo y relajado</b>	5	4	3	2	1	0
<b>3. Me he sentido activo y energético</b>	5	4	3	2	1	0
<b>4. Me he despertado fresco y descansado</b>	5	4	3	2	1	0
<b>5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan</b>	5	4	3	2	1	0

Fuente: Region Hovedstaden. WHO-5 Questionnaires [Internet]. Region Hovedstaden; [citado 24 sep 2025]. Disponible en: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>

## Anexo 4. Test EQ-5D-5L

### CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

#### Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

☐  
☐  
☐

#### Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

☐  
☐  
☐

**Actividades cotidianas** (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

☐  
☐  
☐

#### Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

☐  
☐  
☐

#### Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

☐  
☐  
☐

# TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado  
de salud  
hoy

El mejor estado  
de salud  
imaginable

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

El peor estado  
de salud  
imaginable

Fuente: Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1999;112(Supl 1):79-85.

## Anexo 5 Telehealth Usability Questionnaire TQU

1. La telemedicina mejora mi acceso a los servicios de atención de salud
2. La telemedicina me ahorra el tiempo de viajar a hospitales/ clínicas y/ o ver a un profesional de la salud
3. La telemedicina resuelve mis necesidades de atención en salud\*
4. Fue sencillo utilizar el sistema
5. Fue fácil aprender a usar el sistema
6. Considero que yo podría beneficiarme utilizando el sistema\*
7. La forma en la que interactúo con el sistema es amigable\*
8. Me gusta usar el sistema\*
9. El sistema es simple y fácil de comprender\*
10. Este sistema puede hacer todo lo que necesito que haga\*
11. Puedo comunicarme fácilmente con el médico utilizando el sistema de Telemedicina
12. Puedo escuchar claramente al médico usando el sistema de Telemedicina\*
13. Siento que fui capaz de expresarme adecuadamente
14. Usando el sistema telemedicina, puedo ver al médico como si lo estuviera viendo en persona
15. Siento que las consultas provistas por el sistema de telemedicina son equivalentes a las consultas personales\*
16. Cuando cometí un error con el sistema de telemedicina, pude solucionarlo rápido y fácilmente
17. El sistema dio alerta de error que me indicó claramente cómo resolver el problema\*
18. Me sentí cómodo comunicándome con el médico mediante el uso del sistema de Telemedicina
19. La Telemedicina es una forma aceptable de recibir cuidados de salud
20. Volvería a utilizar el sistema de Telemedicina
21. Estoy satisfecho con el uso del sistema de Telemedicina

---

*\*Preguntas eliminadas por resultar redundantes y/o presentar baja carga factorial*

Fuente: Parmanto B, Lewis AN Jr, Graham KM, Bertolet MH. Development of the Telehealth Usability Questionnaire (TUQ). *Int J Telerehabil.* 2016;8(1):3-10. doi:10.5195/ijt.2016.6196



## Anexo 6 SUS System Usability Scale

<p>1. Creo que me gustaría usar este sistema frecuentemente</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>2. Encontré el sistema innecesariamente complejo</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>3. Pensé que el sistema era fácil de usar.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>

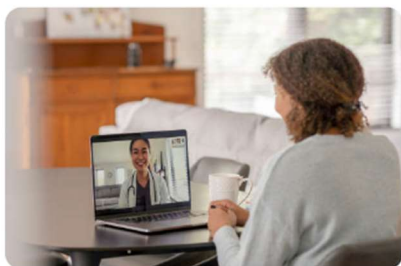
<p>4. Creo que necesitaría la ayuda de personal técnico para poder usar este sistema.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>5. Encontré que las diversas funciones de este sistema estaban bien integradas.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>6. Pensé que había demasiada inconsistencia en este sistema.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>7. Imagino que la mayoría de las personas podrían aprender a usar este sistema muy rápidamente.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>8. Encontré el sistema muy difícil de usar.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>9. Me sentí muy seguro usando el sistema.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
<p>10. Necesité aprender muchas cosas antes de poder empezar a usar este sistema.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Totalmente en desacuerdo</span> <span>Totalmente de acuerdo</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>

## Anexo 7 Guía para las consultas de Salud Mental por videollamada para los usuarios



# Telesalud Mental

## Guía para las consultas de Salud Mental por videollamada



Para asegurar la calidad y eficacia de este servicio, esta modalidad se ofrecerá únicamente a pacientes que cumplan con criterios clínicos y tecnológicos específicos.

No cubre servicios de emergencias o crisis.

Mayor accesibilidad - menos esperas - menor estigma - optimización de recursos

### ANTES DE LA SESIÓN

#### Tecnología y conexión

- Asegúrate de tener una conexión a internet estable y segura.
- Ten un dispositivo con cámara y micrófono activados. Si utilizas tu móvil, deberás instalar previamente la app de Microsoft Teams.
- A la hora de la cita inicia la sesión y establece la conexión a través de la convocatoria agendada.
- Apaga notificaciones y aplicaciones que puedan distraerte.

#### Entorno y privacidad

- Elige un espacio privado, tranquilo donde nadie te interrumpa y sin distracciones.
- La habitación debe estar bien iluminada (evita contraluz).
- Si hay otras personas contigo, informa a tu profesional y asegúrate de que estén a la vista de la cámara.

### DURANTE LA SESIÓN

- Intenta mantener un buen contacto visual con la cámara y habla con claridad.
- Si la conexión falla al inicio o durante la sesión, tu profesional te llamará por teléfono.
- Si la conexión es inestable, se acordará si continuar la sesión, seguir por teléfono o reagendar una nueva cita.

### DESPUÉS DE LA SESIÓN

- Confirma la fecha, hora y modalidad de tu próxima sesión.
- Asegúrate de finalizar correctamente la sesión en tu dispositivo.
- Guarda de forma segura cualquier información o documentación recibida.



## Anexo 8. Guía breve para los profesionales



**Conselleria de Salut**  
Servei de Salut

### Proyecto de Telesalud Mental. Guía breve para los profesionales.

#### Alcance del proyecto: Sector Ponent

##### Planificación actualizada

- 1 Unidad de Salud Mental: 1 psiquiatra, 1 psicólogo/a clínico/a y 1 enfermero/a especialista en SM.
- 2 Centros de PsicoAP: 2 psicólogos clínicos/as.
- 1 Unidad de Conductas Adictivas: 1 médico/a de familia, 1 psicólogo/a clínico/a y 1 enfermero/a especialista en SM.
- Unidad de Conductas adictivas Jove: 1 enfermera

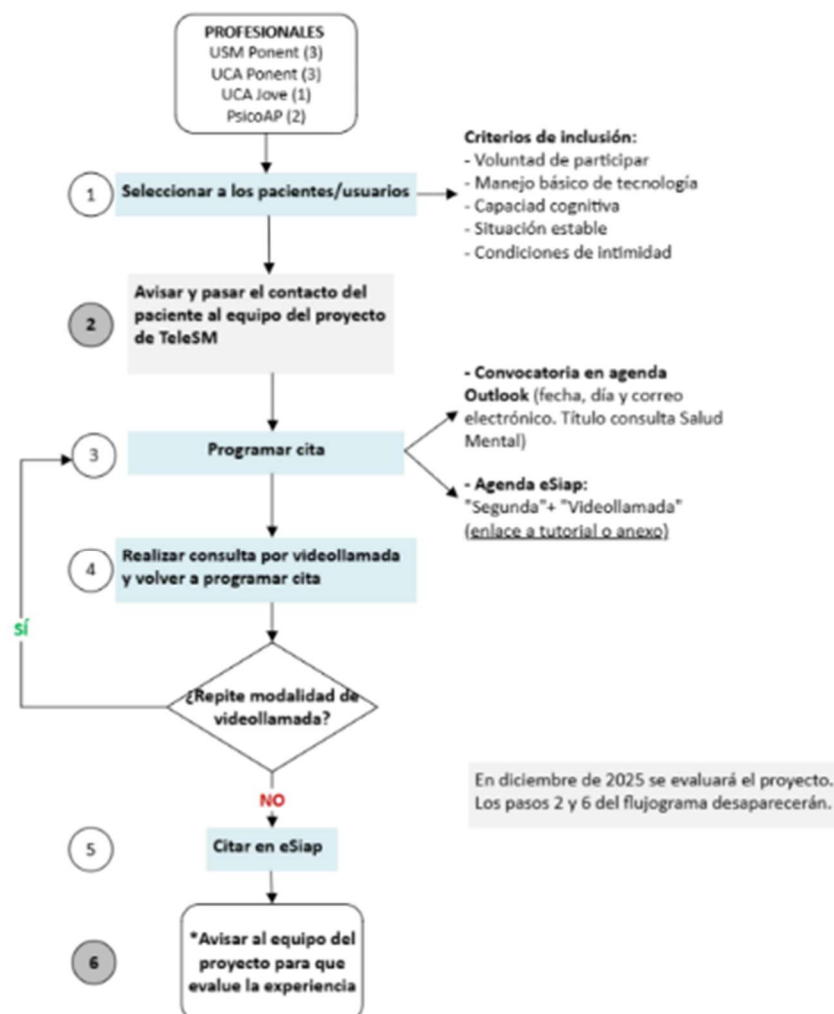
##### Requisitos técnicos y funcionales de los profesionales sanitarios

- Uso de Microsoft Teams como herramienta corporativa (revisadas las políticas de privacidad)
- Equipos profesionales con cámara, micrófono y conectividad a internet estable. En los centros de Atención Primaria no se cuenta en la actualidad con cámaras web. Para hacer las pruebas, se hallará la forma de equipar a estos profesionales participantes.

##### Criterios de inclusión para seleccionar los usuarios

- Tecnológicos:
  - El usuario tiene competencias digitales básicas
  - Dispone de acceso a conexión estable
  - Es capaz de conectarse a videollamada por Teams después de haber hecho la prueba.
- Clínicos:
  - Se ha establecido vínculo terapéutico en al menos una consulta previa presencial.
  - Está estable y mantiene la capacidad cognitiva necesaria.
- Domiciliarios:
  - Dispone de una sala que reúne condiciones de intimidad, iluminación y silencio.
- Otros criterios que pueden tenerse en cuenta:
  - Domicilio del usuario distante del centro de salud
  - Problemas de acceso (condiciones físicas, transporte)

## Flujograma del procedimiento



\*Cuando se finaliza el pilotaje es importante notificarlo al equipo técnico para que pueda evaluar la experiencia tanto del usuario como del profesional. Se considera que finaliza el pilotaje cuando:

1. El usuario ha hecho una primera visita por videollamada y decide hacer la siguiente de forma presencial.
2. Después de hacer la segunda visita por videollamada.

## Evaluación

- Experiencia y satisfacción de usuarios y profesionales mediante cuestionarios y entrevistas.
  - o Los profesionales cumplimentarán solo una vez el cuestionario valorando la experiencia con todos los usuarios en conjunto.
  - o Los usuarios cumplimentarán el cuestionario cuando hayan realizado al menos dos consultas mediante videollamada. Si en el periodo del proyecto solo hace una consulta, será después de esta. El profesional contactará con el equipo de apoyo para que este pase el enlace por correo al usuario.
- Indicadores de actividad (pdte. revisar):
  - o Número de teleconsultas realizadas (objetivo: 100% de las previstas).
  - o Proporción de usuarios que han continuado con la modalidad de teleconsulta (objetivo: 80% de los usuarios que han participado).
  - o Duración media de las videollamadas.



## Anexo 9 Telesalud Mental: Experiencia y satisfacción de los usuarios

1. Mediante este breve cuestionario deseamos saber cómo valora la efectividad y facilidad de uso de la Telesalud Mental (TeleSM: consultas de Salud Mental por videollamada). Por favor, marque el número que mejor represente su nivel de acuerdo en las siguientes afirmaciones. 1= "totalmente en desacuerdo"; 7= "totalmente en desacuerdo". Gracias por su colaboración.

	1- Totalmente en desacuerdo	2- En desacuerdo	3- Algo en desacuerdo	4-Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5-Algo de acuerdo	6-De acuerdo	7- Totalmente de acuerdo
La TeleSM mejora mi acceso a las consultas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La TeleSM me ahorra el tiempo de viajar al centro para ver al profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sencillo utilizar este sistema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fácil aprender a usar este sistema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo comunicarme fácilmente con el profesional usando la TeleSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que soy capaz de expresarme adecuadamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando este sistema puedo ver al profesional como si lo estuviera viendo en persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando lha habido algún fallo en el sistema, lo he solucionado rápida y fácilmente (p.ej: cámara desactivada, fallo micro, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí cómodo/a comunicándome con el profesional mediante TeleSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La TeleSM es una forma aceptable de recibir cuidados de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo 10 Telesalud Mental: evaluación de la experiencia de los profesionales

...

1. Mediante este breve cuestionario deseamos saber cómo valora la efectividad y facilidad de uso de la Telesalud Mental (TeleSM: consulta de Salud Mental por videollamada). Por favor, marque la opción que mejor represente su nivel de acuerdo para cada afirmación. Muchas gracias por su colaboración.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La TeleSM mejora la accesibilidad a los servicios que presto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La TeleSM me ahorra tiempo para ver a mis pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sencillo utilizar el sistema de TeleSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fácil aprender a usar el sistema de TeleSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo comunicarme fácilmente con el paciente utilizando TeleSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando hay fallos en el sistema, puedo solucionarlos rápida y fácilmente (p.ej: cámara desactivada o fallo de audio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La TeleSM es una forma aceptable de brindar cuidados de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Volvería a utilizar la modalidad de TeleSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que puedo resolver las necesidades de salud de mis pacientes utilizando la TeleSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la mayor parte de las teleconsultas, el diagnóstico y tratamiento hubieran sido los mismo que de forma presencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me sentí seguro/a al diagnosticar y/o intervenir en la mayor parte de las teleconsultas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la mayor parte de las teleconsultas, no tuve la necesidad de indicarle al paciente una consulta presencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la Telesalud Mental?



3. En este espacio puede compartir comentarios u observaciones sobre el uso de la Telesalud Mental

## Anexo 11: PADP Salut Mental Para Baleares

### Proyecto de Atención Digital Personalizada (PADP) en Salud Mental para las Islas Baleares:

#### Introducción

La salud mental constituye una prioridad creciente en los sistemas sanitarios modernos, no solo por su alta prevalencia sino también por su impacto social y económico. En territorios insulares como las Illes Balears, las barreras geográficas y de accesibilidad hacen imprescindible la innovación en los modelos de atención. El Plan y sistema de Atención Digital Personalizada (PADP), impulsado por el Servei de Salut de les Illes Balears, se configura como un marco estratégico que integra digitalización, telemedicina, IoMT e inteligencia artificial (IA) para transformar el cuidado de la salud mental a través de la gestión avanzada de datos y flujos clínicos.

#### Justificación y contexto

La dispersión poblacional y la limitada oferta de profesionales en psiquiatría y psicología generan listas de espera, discontinuidad y riesgo de agravamiento de la enfermedad mental. Los sistemas de atención convencionales no garantizan un seguimiento adaptado a la evolución dinámica de estos pacientes. La teleconsulta y la atención digital personalizada permiten superar estos inconvenientes al acercar la asistencia, potenciar la prevención y facilitar el manejo colaborativo e informado en tiempo real.

#### Objetivos

- Mejorar la accesibilidad y la equidad asistencial en salud mental.
- Facilitar el seguimiento proactivo, personalizado y seguro de pacientes con patologías del espectro psiquiátrico.
- Favorecer la coordinación entre niveles y equipos profesionales.
- Empoderar a pacientes y cuidadores, fomentando su autogestión y participación activa en el proceso de salud.

#### Arquitectura tecnológica e integración

El PADP implementa una plataforma interoperable basada en estándares HL7 FHIR y elementos de IA, integrados en la monitorización, análisis y soporte clínico. Se articula la integración bidireccional con los sistemas de historia clínica y registros locales:

- **Millennium (hospitales agudos), HCIS (hospitales de especialidades y psiquiátricos) y eSIAP (Atención Primaria):** sincronización de agenda, informes, planes individualizados, permitiendo la continuidad real del paciente.
- El orquestador NEXA automatiza circuitos de derivación, generación de alertas y gestión multidisciplinar.

#### Descripción del circuito asistencial integral

- **Atención Primaria:** Detección precoz, screening, seguimiento, derivación a salud mental mediante cuestionarios digitalizados y teleconsulta.
- **061 Urgencias-Emergencias:** Recepción de alertas automáticas y acceso en tiempo real a datos críticos, coordinación con unidades de agudos.
- **Hospitales de agudos:** Ingreso, intervención multidisciplinar, integración con el PADP, monitorización con loMT, coordinación con seguimiento digital tras el alta.
- **Hospitales psiquiátricos y rehabilitación:** Continuidad híbrida presencial-digital, monitorización integral con dispositivos loMT y supervisión comunitaria.

---

## Herramientas y servicios digitales

### Plataforma paciente y profesional

- Vídeconsulta y chat seguro, notificaciones proactivas, acceso a programas psicoeducativos digitales.
- Registro de síntomas, crisis, adherencia y eventos vía apps o portal web.
- Portal profesional con agenda, alertas y generación inteligente de informes.

### Dispositivos loMT y analítica avanzada

- Pulseras, sensores de sueño, monitores biométricos, dispositivos ambientales integrados vía HL7.
- Alertas inteligentes generadas por patrones de riesgo detectados automáticamente.

---

## Inteligencia artificial y su papel determinante

La IA es transversal en este modelo y permite:

- **Detección precoz y alertas inteligentes:** Algoritmos de aprendizaje automático analizan patrones de síntomas y datos loMT para anticipar crisis, descompensaciones o riesgo suicida.
- **Soporte a la decisión clínica:** La IA procesa escalas y evolución clínica, orientando sobre intervenciones personalizadas.
- **Optimización de recursos:** Predice carga asistencial y agenda, evita saturaciones y ajusta recursos.
- **Procesamiento de lenguaje natural:** Identifica mensajes o síntomas de riesgo en chats y notas clínicas, apoyando a los equipos y el cribado digital.

---

## Plan de formación para profesionales y pacientes

### Formación para profesionales

1. **Formación inicial:** Uso avanzado de la plataforma, integración con historia clínica (Millennium, HCIS, eSIAP), manejo de dispositivos loMT y gestión de alertas e IA clínica.
2. **Simulación y acompañamiento:** Talleres de casos prácticos, videollamada simulada, incidencias reales, pruebas de circuitos de urgencias.
3. **Actualización continua:** Formación online modular sobre novedades, ética en IA, ciberseguridad y nuevas funcionalidades.

## Formación para pacientes y cuidadores

1. **Talleres de empoderamiento digital:** Uso del portal, apps móviles, sistemas de videollamada y configuración de notificaciones.
2. **Entrenamiento en autogestión:** Guías multimedia, vídeos breves, simulaciones prácticas y ejercicios de autodiagnóstico.
3. **Soporte permanente:** Línea de ayuda y bot conversacional, acceso a tutoriales, materiales adaptados a diversidad funcional/lingüística.

Todos los materiales se adaptan para diferentes niveles de alfabetización, idiomas y capacidades.

---

## Evaluación, indicadores e impacto

- Medición de accesibilidad, desplazamientos evitados y tiempos de respuesta.
- Continuidad y adherencia al tratamiento.
- Resultados en escalas clínicas (PHQ-9, C-SSRS, WHO-DAS).
- Satisfacción de usuarios y profesionales.
- Ahorros y eficiencia del sistema.
- Adopción, confianza y resultados derivados del uso de IA y tecnología avanzada.

---

## Conclusión

El PADP en salud mental de Illes Balears representa un referente internacional por su integración de inteligencia artificial y orientación al paciente. Gracias a la formación y acompañamiento a profesionales y pacientes, su adopción y sostenibilidad están aseguradas. Este ecosistema, inteligente, interoperable y centrado en la persona, es aplicable a otros entornos con retos demográficos y asistenciales similares.

---