



PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025



Castilla-La Mancha

LIDERAZGO Y GOBERNANZA NUEVO MODELO ORGANIZATIVO TRABAJO EN RED DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL ASISTENCIA INTEGRADA HUMANIZACIÓN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DESARROLLO COMPETENCIAL LIDERAZGO Y GOBERNANZA NUEVO MODELO ORGANIZATIVO TRABAJO EN RED DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL ASISTENCIA INTEGRADA HUMANIZACIÓN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DESARROLLO COMPETENCIAL

PLAN DE SALUD MENTAL

DE CASTILLA-LA MANCHA

2018-2025



Castilla-La Mancha

DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

» Consejería de Sanidad

- Consejero de Sanidad: **Jesús Fernández Sanz**.
- Directora General de Planificación Ordenación e Inspección Sanitaria: **María Teresa Marín Rubio**.

» Servicio Regional de Salud (SESCAM)

- Directora Gerente del SESCAM: **Regina Leal Eizaguirre**.
- Director General de Asistencia Sanitaria: **José Antonio Ballesteros Cavero**.

EQUIPO TÉCNICO

» D.G. Asistencia Sanitaria (DGAS). Coordinación Regional de Salud Mental

- Teresa Rodríguez Cano.
- Ignacio Redondo García.
- Víctor Manuel Devolx Neyra.
- María del Pino Morales Socorro.

» D.G. Planificación, Ordenación e Inspección (DGPOI)

- Flor Morillo Garay.
- Emma Catalán Rueda.
- Montserrat Aroche García.
- Enrique Galindo Bonilla.
- Gema de Pablos Bolonio.

» Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM)

- Susana García-Heras Delgado.
- Marta Nieto Moreno.
- Luis Alberto Casas Toral.

» Gabinete de Consejería de Sanidad

- Rocío Rodríguez Martín.

COLABORADORES

- » D.G. Planificación, Ordenación e Inspección: Servicio de Ordenación, Servicio de Información y Estadísticas Sanitarias y Servicio de Planificación.
- » D.G. Calidad y Humanización de la Asistencia.
- » D.G. Salud Pública y Consumo: Servicio de Epidemiología y Servicio de Evaluación, Calidad y Adicciones.
- » D.G. Asistencia Sanitaria: Área Asistencial Especializada, Área Asistencial Primaria, Área de Farmacia.
- » D.G. Recursos Humanos: Servicio de Análisis de Plantillas.
- » Área de Tecnologías de la Información para la Salud: Dirección de Sistemas de la Información, Unidad de Gestión Económica y Sistemas de Información.
- » Secretaría General del SESCAM: Control de Gestión, Área de Gestión Económica y Presupuestaria.

Diseño y maquetación: OGR Comunicación / La Fórmula Secreta
Impresión: Gráficas Hervi
Depósito Legal: TO 143-2018

Portada: Obra de Samuel Gil Rincón. Detalle

PRESENTACIÓN

Me produce una gran satisfacción presentar el nuevo Plan de Salud Mental 2018-2025. Es un documento completo que recoge y refleja un gran trabajo previo de profesionales, administración y entidades representantes de las personas con problemas de salud mental.

Este Plan supone el impulso y el compromiso del Gobierno regional por mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, y de avanzar socialmente hacia un nuevo entorno en el que puedan vivir de forma normalizada y libre de todo estigma social.

Desarrollado en base a los cuatro pilares básicos con los que el Gobierno de Castilla-La Mancha está abordando la reconstrucción de la sanidad pública, este Plan se configura integrando sus acciones en torno a 4 grandes líneas de trabajo: Sostenibilidad del sistema, apoyo a los profesionales que trabajan desde los distintos dispositivos y recursos, atención integral centrada en la persona con problemas de salud mental, y apuesta por un cambio de modelo.

Este cambio de modelo, que da respuesta a una transformación social, no queda limitado únicamente a la mejora de la atención sanitaria, sino que lleva implícito medidas dirigidas a avanzar en todas las dimensiones que afectan a la recuperación, la integración, y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias, promoviendo las condiciones necesarias para la prevención y promoción de la salud mental de todos los ciudadanos.

Quiero poner en valor la implicación y la colaboración activa y responsable de todos los departamentos de la administración regional, de los profesionales del ámbito de la salud mental, del tejido social representativo del colectivo de personas con problemas de salud mental por mejorar, ampliar y avanzar en un nuevo Plan más ambicioso para el beneficio de todos los ciudadanos y ciudadanas de Castilla-La Mancha.

Gracias a todas las personas que lo han hecho posible. Estoy convencido de que la ejecución de este Plan permitirá avanzar hacia una sociedad más justa, más integradora y avanzada.

Jesús Fernández Sanz
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN. PRINCIPIOS ORIENTADORES	7
1.1. INTRODUCCIÓN. PRINCIPIOS ORIENTADORES	9
1.2. PILARES ESTRATÉGICOS DE LA POLÍTICA SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA 2015-2020	12
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	15
2.1. VISIÓN	17
2.2. MISIÓN	17
2.3. VALORES	18
3. ANTECEDENTES, MARCO NORMATIVO Y EVALUACIÓN DE PLANES ANTERIORES	19
3.1. MARCO NORMATIVO	21
3.2. ANTECEDENTES DE ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL	25
3.3. ANTECEDENTES DE ÁMBITO REGIONAL	26
3.4. EVALUACIÓN DE PLANES ANTERIORES	21
4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA	33
4.1. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE CASTILLA-LA MANCHA	35
4.2. MAPA SANITARIO DE CASTILLA-LA MANCHA	37
4.3. LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA	40
4.4. DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	56
4.5. CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL	62
4.6. DATOS DE ACTIVIDAD	66
5. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN	75
5.1. METODOLOGÍA DAFO	78
5.2. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN	80

5.3. METODOLOGÍA CAME	81
5.4. ANÁLISIS DAFO GENERAL. MATRIZ DE IMPACTO	82
6. DIAGNÓSTICO Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA	83
6.1. MATRIZ DAFO	85
6.2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA	86
6.3. FACTORES CLAVE DE ÉXITO PARA EL DESARROLLO DE LA MISIÓN	87
6.4. MARCO DE REFERENCIA Y CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA MISIÓN	88
6.5. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	89
7. ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN	91
8. CRONOGRAMA Y ACTUACIONES	125
9. PLAN DE NECESIDADES	129
9.1. PLAN DE NECESIDADES DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025	132
9.2. PROPUESTA DE ACTUACIONES	133
9.3. CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DE ACTUACIONES PROPUESTAS	135
10. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO	137
11. ANEXOS	141
ANEXOS	
ANEXO 1. CERTIFICADO DE APROBACIÓN EN CONSEJO DE GOBIERNO	143
ANEXO 2. GRUPOS DE TRABAJO Y PARTICIPACIÓN	145
ANEXO 3. MARCO NORMATIVO SOBRE SALUD MENTAL	147
ANEXO 4: ESTIMACIÓN ECONÓMICA DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025	153
ANEXO 5: RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE INTERÉS	159
ANEXO 6: ÍNDICE DE GRÁFICOS	161
ANEXO 7: ÍNDICE DE TABLAS	163
ANEXO 8. GLOSARIO	165
ANEXO 9. ACRÓNIMOS	169
ANEXO 10: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

capítulo 1

Introducción. Principios Orientadores

4.1 Introducción. Principios Orientadores

4.2 Pilares Estratégicos de la Política Sanitaria de Castilla-La Mancha

1.1. INTRODUCCIÓN. PRINCIPIOS ORIENTADORES

La atención a la salud mental, entendida ésta como un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad (OMS), es una de las prioridades de las políticas sanitarias y sociales a nivel internacional, nacional y regional.

La salud mental, como parte integral de la salud y del bienestar de las personas, se ve afectada por una serie de determinantes socioeconómicos para los que son necesarias estrategias y actuaciones integrales de promoción, prevención y tratamiento, que promuevan el bienestar y el funcionamiento efectivo de los individuos en la comunidad. En este sentido, el actual Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 presta especial atención a este tipo de actuaciones considerando que el bienestar mental de la población es fundamental para quienes la integran y para nuestra sociedad.

Las personas con un diagnóstico en salud mental tienen tasas muy elevadas de discapacidad y mortalidad en el mundo. La reciente actualización de los estudios de Carga Global de Enfermedad vuelve a poner de manifiesto que, en países desarrollados como España, la depresión mayor o la esquizofrenia son los trastornos que mayor contribución aportan a la carga global de enfermedad, generando no sólo sufrimiento y discapacidad a las personas afectadas y a sus familiares, sino costes directos e indirectos a nivel sanitario y social. Además, periodos de crisis macroeconómica, como los vividos recientemente, han comprometido seriamente el bienestar mental de la población; las demandas sanitarias por problemas de depresión y ansiedad han aumentado, así como las tasas de suicidio. Han emergido nuevos grupos vulnerables o de riesgo (como jóvenes en situación de desempleo), y los sistemas públicos de protección social y de la salud han tenido que asumir una reasignación eficiente de los recursos así como afrontar recortes en la financiación. Actuaciones sostenibles en el sector sanitario y social, coordinadas e integrales resultan indispensables para reducir el impacto negativo en el bienestar y en la participación social de las personas con un trastorno mental.

El sistema sanitario de Castilla-La Mancha tiene como objetivo garantizar una sanidad pública, universal y gratuita para todas las personas, por ello, debe abordar el trabajo presente y futuro con una estrategia global y coordinada que alcance unos niveles de calidad y satisfacción acordes con el contexto actual y con los desafíos futuros.

Por este motivo se hace cada vez más necesario asumir una serie de retos: por un lado, implementar fórmulas de gestión sanitaria y sociosanitaria innovadoras e integrales, que respondan a los cambios sociales, de un modo más eficiente y próximo a la persona, mediante los modelos de atención integrada en red y por otro, conjugar las habilidades técnicas de profesionales sanitarios y sociosanitarios con la capacidad de investigar y gestionar el conocimiento, tanto en base a la evidencia científica, como a la de la propia realidad socio-sanitaria en la que desarrollan su labor.

Proponemos un cambio de modelo que pase por la búsqueda de la sostenibilidad, con el objetivo de tomar decisiones que ofrezcan valor con retorno, pero también centrándonos en la persona, incidiendo de forma expresa en la humanización, en la reconversión del rol profesional, en una mayor resolución clínica, y enfrentando nuevos retos en aspectos como la docencia, la seguridad, la humanización o el uso adecuado de recursos.

La atención a la Salud Mental en Castilla-La Mancha cuenta con una Red de dispositivos en permanente crecimiento técnico y profesional, dotados de una oferta de servicios capaz de dar respuesta a los nuevos retos asistenciales del siglo XXI, en estrecha relación con los niveles de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y los Recursos Comunitarios, que tiene como objetivos la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de problemas de salud mental de la población, velando por la seguridad, la accesibilidad y la calidad.

El Plan de Salud Mental (PSM) de Castilla-La Mancha 2018-2025 ha de continuar el modelo de atención comunitaria y proceso de desinstitucionalización iniciados tras la Reforma Psiquiátrica en España, mantenido en los planes de salud mental regionales anteriores, adaptándose a la realidad actual.

Para ello es importante reordenar los recursos, definir objetivos de salud que tengan valor y significado para la persona, tomar decisiones compartidas contando con sus preferencias, desarrollar investigaciones transparentes y organizar los servicios de atención asistenciales y sociales en función de las necesidades de cada persona. En definitiva, trata de integrar valores y conocimientos implementando sistemas dinámicos de mejora continua basados en la autoevaluación y diálogo con intervinientes.

Pero además, y sobre todo, han de incorporar aspectos clave que superan la reorganización y optimización de los servicios en aras de lograr una participación real y efectiva de las personas en la comunidad. La incorporación de la “voz” de las personas con problemas de salud mental es fundamental en el diseño de los planes de intervención y los procesos de toma de decisiones, en el desarrollo, prestación y evaluación de programas y servicios.

Por otro lado, hemos de adoptar la perspectiva de los derechos humanos, ya que este es un aspecto clave recogido el PSM 2018-2025. En este sentido, se hace necesario que el cambio de modelo esté orientado hacia la “humanización” de la asistencia y de las instituciones, recogiendo acciones y estrategias dirigidas a proteger, promover y respetar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, incorporando los movimientos civiles en pro de la salud mental.

El Plan ha de promover cambios en las instituciones orientados a velar por una práctica asistencial que incorpore la dimensión subjetiva de la persona en su sentido más amplio, y que velen por preservar sus derechos. Asimismo, ha de prestar especial atención a la inserción laboral, entendida como un derecho fundamental de todas las personas, y para la que se requiere acciones no sólo vinculadas a programas especializados de formación y apoyo al empleo, sino además, actuaciones específicas en el tejido empresarial.

En el marco de los pilares estratégicos de la Política Sanitaria de Castilla-La Mancha para el periodo 2015-2020 (Gráfico 2), el PSM 2018-2025, incorpora en sus líneas estratégicas aspectos conceptuales de los ejes del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013/20 de la OMS (Gráfico 1): (1) Reforzar el liderazgo y una gobernanza eficaces en Salud Mental; (2) Proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; (3) Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; (4) Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones en salud mental.

Otras acciones en Salud Mental que forman parte del marco de referencia son:

- European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing.
- EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing 2016.
- Estrategia Nacional en Salud Mental 2013-2016.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL. 2013-2020 (OMS)

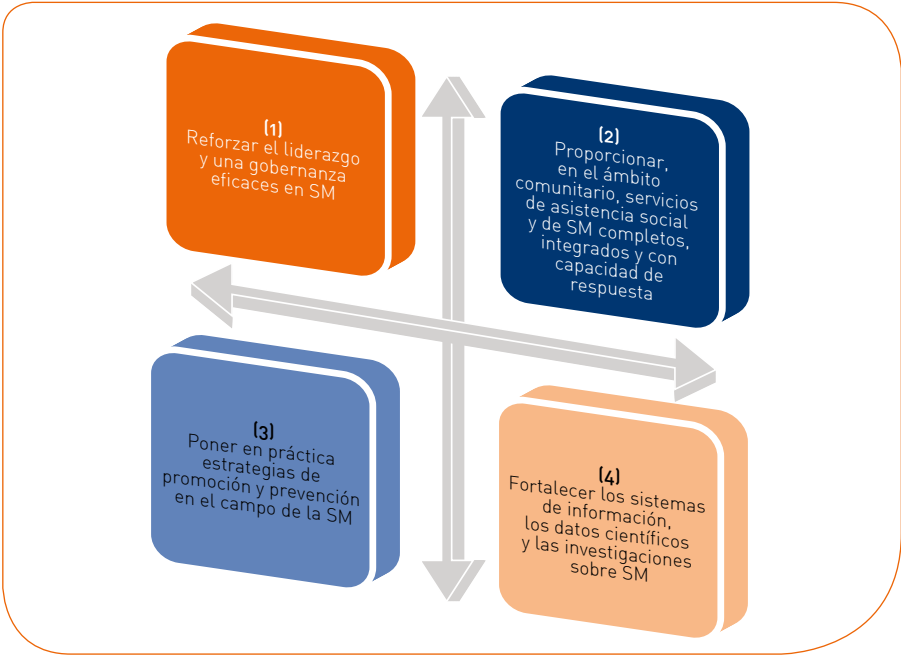


Gráfico 1. Principios Orientadores del PSM 2018-2025 basados en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS). Ejes de Actuación.

1.2. PILARES ESTRATÉGICOS DE LA POLÍTICA SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA 2015-2020



Gráfico 2. Pilares de la Política Sanitaria de Castilla-La Mancha para el periodo 2015-2020.

El Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 asume los principios orientadores del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS:

OFRECER cobertura sanitaria universal.

RESPETAR los derechos humanos, ajustándose a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

REALIZAR una práctica basada en evidencias, teniendo en cuenta también el contexto en el que se desarrolla.

ABARCAR la totalidad del ciclo vital.

TENER un enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas entre los sectores públicos, de salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social, así como con el sector privado, los principios de la Responsabilidad Social Corporativa y respetando las normas de buenas prácticas.

PROMOVER la emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

La finalidad del Plan de Salud Mental 2018-2025 es conseguir una estructura de calidad para la atención a la Salud Mental en Castilla-La Mancha que integre el Liderazgo y Gobernanza de la Organización, con una Atención integrada centrada en la persona, teniendo en cuenta la Sostenibilidad del sistema y mediante la Gestión del Conocimiento que posibilitan las nuevas TICs *(Gráfico 3)*.

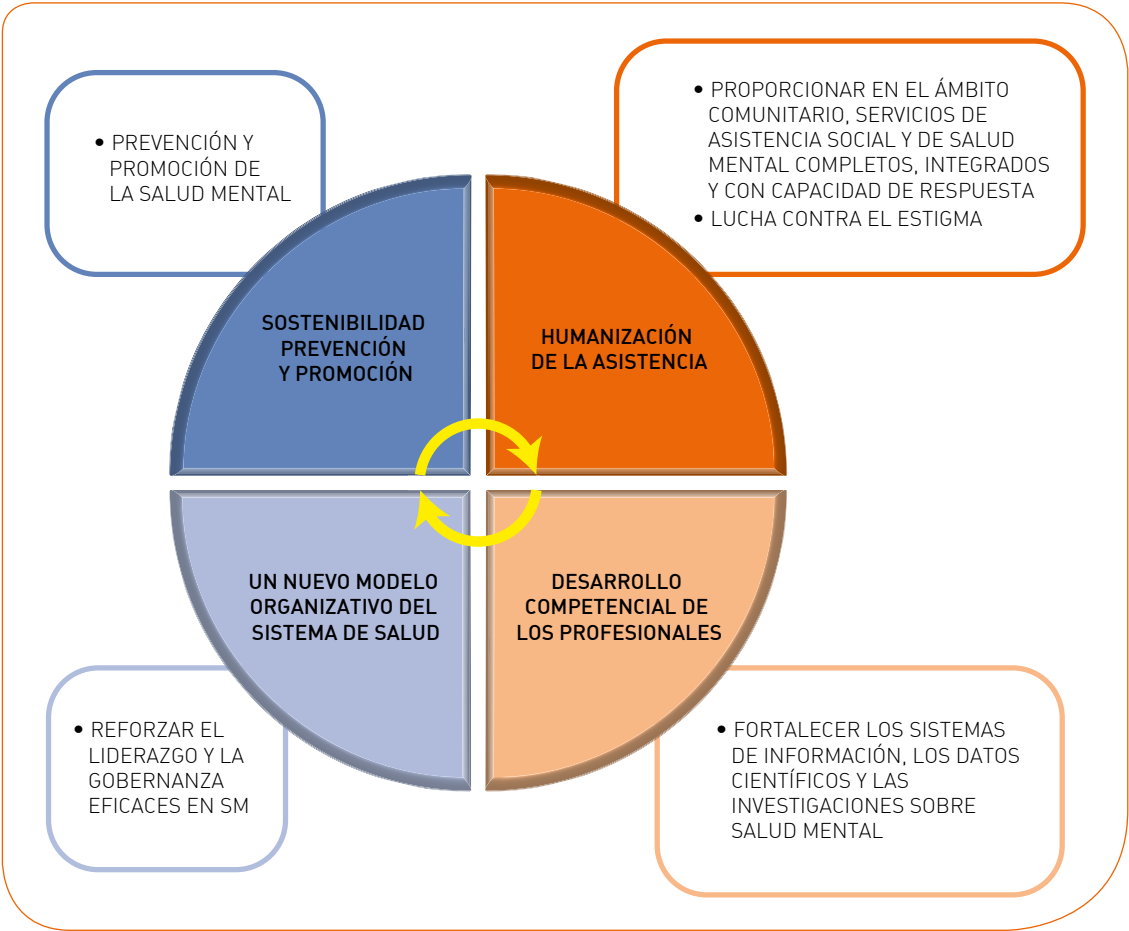


Gráfico 3. Engranaje de los ejes de actuación del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS) con los cuatro pilares de la Política Sanitaria de la JCCM 2015-2020.

capítulo 2

Misión, Visión y Valores

CAPÍTULO 2

MISIÓN, VISIÓN, VALORES

2.1 Visión

2.2 Misión

2.3 Valores

2.1. VISIÓN

Ser una Región que, en consonancia con las estrategias y políticas avanzadas en Salud Mental, nacionales e internacionales, impulsa la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales; en la que las personas afectadas ejercen sus derechos humanos de forma plena y en la que acceden de forma equitativa a una atención sanitaria y social de calidad; promueve la recuperación, la inclusión y participación activa en la comunidad; incorpora la mejor evidencia disponible; proporciona resultados en salud y en calidad de vida satisfactorios; actúa de forma coordinada con todos los agentes sanitarios y sociales implicados y con modelos de gestión modernos e innovadores que aseguran la excelencia de la atención, la sostenibilidad y la eficiencia, incorporando las características culturales y geo-demográficas propias de Castilla-La Mancha.

2.2. MISIÓN

La misión del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 es continuar con el desarrollo sostenible de la Red de Salud Mental iniciado en los planes anteriores, cuya finalidad global es fomentar la salud mental, avanzar en la intervención temprana y prevención de los trastornos mentales, promover los derechos humanos de personas con trastornos mentales, mejorar la recuperación, reduciendo la discapacidad, y proporcionar una atención de calidad para la que es importante el desarrollo profesional y el buen gobierno.

2.3. VALORES

Adaptándose a la realidad cultural, social y demográfica, el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025, se concreta, además, en los siguientes **valores**:

ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL asumiendo la responsabilidad institucional como gran servicio público, mediante la apertura de canales de colaboración con el sector educativo, servicios sociales, jurídicos, empleo, entidades públicas y privadas, asociaciones de carácter socio sanitario y personas usuarias en general.

ACCESIBILIDAD a los recursos para que la persona reciba asistencia adecuada donde y cuando lo necesite, minimizando las barreras socio-demográficas.

CONTINUIDAD en la atención a la enfermedad mental, incluyendo la detección precoz, la prevención, la **promoción** de la salud mental y la rehabilitación a lo largo de toda la vida.

AUTONOMÍA como valor de recuperación completa de la persona, que incluya aspectos de salud física, relacionales, psicológicos y sociales.

PARTICIPACIÓN de las personas con trastornos mentales en la promoción, la planificación, la prestación de servicios, el seguimiento y la evaluación en el ámbito de la salud mental.

RESPONSABILIDAD del sistema de Salud Mental para atender a la persona en un contexto más agradable y humano que dignifique al paciente y donde reciba un trato cálido y personalizado.

TRANSPARENCIA apostando por la comunicación como instrumento interactivo hacia nuestro público interno y externo, con objeto de transmitirles lo que hacemos y por qué lo hacemos, además de ser receptores de sus necesidades e intereses.

Capítulo 3

Antecedentes, Marco Normativo y Evaluación de Planes Anteriores

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES, MARCO NORMATIVO Y EVALUACION DE PLANES ANTERIORES

3.1 Marco Normativo

3.2 Antecedentes de ámbito nacional e internacional

3.3 Antecedentes de ámbito regional

3.4 Evaluación de Planes anteriores

3.1. MARCO NORMATIVO

A continuación se presentan las normas y documentos referidos a diferentes ámbitos de regulación de la atención a la salud mental.

Legislación sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental

La ***Declaración Universal de los Derechos humanos***, de 10 de diciembre de 1948, proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, expone que todas las personas tienen todos los derechos y libertades de la Declaración, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Lo que implica también a las personas con enfermedad mental.

A nivel internacional, diferentes declaraciones y convenios tienen la finalidad de proteger a las personas con problemas de salud mental y defender sus derechos:

Declaración de Luxor (1989), de 17 de enero de 1989, los derechos humanos para los enfermos mentales, de la Federación Mundial de la Salud Mental, explicita la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo.

La ***Resolución de Naciones Unidas 46/119, de 17 de diciembre de 1991, para la defensa de los derechos de los enfermos mentales***, reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas; e incluye la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.

La ***Declaración de Madrid***, de 25 de agosto de 1996, en la que se aprobaron las directrices relativas a las normas éticas que deben regir la práctica de la psiquiatría en todo el mundo.

El ***Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa***, de 10 de febrero de 2000, sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, ingresadas involuntariamente en centros psiquiátricos, abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para las personas con trastorno mental encarceladas.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó el 20 de mayo de 2009 diferentes ***Recomendaciones relativas a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales***.

La ***Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki***, de 12 de enero de 2005, reconoció la salud mental y el bienestar mental como fundamentales para la calidad de vida y productividad en las personas, familias, comunidad y naciones.

La ***Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)***, de 13 de diciembre de 2006, ratificada por el Estado Español en noviembre de 2007, es un documento clave para los derechos de las personas con enfermedad mental.

La legislación española supone un marco de garantías que es sensible para las personas con discapacidad, incluido las que padecen enfermedades mentales. La ***Constitución Española***, de 6 de diciembre de 1978, reconoce el principio de igualdad expresado en los derechos humanos. Además, insta a los poderes públicos a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de personas con discapacidad física, sensorial y psíquica, a las que prestarán la atención especializada.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información de documentación clínica. Esta ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Consolidado el sistema de salud pública, e integrada la salud mental al nivel de cualquier otro problema de salud, otro paso importante para consolidar el estado del bienestar, a nivel nacional, fue la ***Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia***, que regula las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el derecho a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

Algunos de estos objetivos se concretan en la ***Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha***, que tiene tres objetivos principales: Garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la inclusión de las personas con discapacidad de acuerdo con la legislación nacional y la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD); asegurar la transversalidad de las políticas de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha que afectan a las personas con discapacidad, y establecer los principios para la protección de los derechos de estas personas.

Legislación para el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983), con Ernest Lluch, integró las acciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental con el resto, a la vez que se estructuraban los recursos, se disminuían las camas de larga estancia y se creaban unidades de hospitalización en hospitales generales y equipos de salud mental ambulatorios, potenciando la atención a la salud mental en el ámbito comunitario.

Este mismo espíritu, siguiendo las recomendaciones del *informe de la Comisión para la reforma psiquiátrica*, de abril de 1985, y a la vez que se produce la reforma del sistema sanitario general, se recogen en la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, las bases de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas.

Legislación penal y salud mental

El **art. 25 de la Constitución** establece expresamente que las penas y las medidas de seguridad han de estar orientadas hacia la reeducación y la reinserción social.

La *Ley de Enjuiciamiento Civil* y el *Código Civil* regulan dos procedimientos de interés en Salud Mental: El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, **Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento civil. Artículo 763**; y la Incapacitación Civil y la Tutela, mecanismos jurídico previsto para aquellos casos en que enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico impiden a una persona gobernarse por sí mismo, teniendo como objetivo la protección de los intereses y derechos del incapacitado, tanto a nivel personal como con fin patrimonial (**artículos 199-214 y siguientes del Código Civil y 756 a 763 de Enjuiciamiento Civil**).

Asimismo, el *Código Penal* español **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, en su artículo 96**, prevé que las medidas de seguridad que se pueden imponer son privativas de libertad, se podrán realizar como internamiento en centro psiquiátrico, en centro de deshabituación o en centro educativo especial.

A nivel nacional, el **Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, aprueba el Reglamento Penitenciario**, y constituye como establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativa de libertad, aplicadas por los Tribunales correspondientes. Y reserva el ingreso en estas unidades cuando haya patología psiquiátrica y la autoridad judicial decida el ingreso para su observación; a personas a las que por aplicación de circunstancias eximentes del Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario; y a las que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad que deba cumplirse en Establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria (arts. 183 y 184). En España hay dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, ubicados en Alicante y Sevilla.

Sobre los menores, la **Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores**, establece las medidas, basándose en los principios de naturaleza formalmente penal pero materialmente sancionadora-educativa.

Legislación sobre adicciones y salud mental

En Castilla-la Mancha, se regula tanto los centros de deshabituación, por medio del **Decreto 180/1993, de 11 de noviembre, de acreditación de centros y servicios para realizar tratamientos de deshabituación con opiáceos** y su modificación por el **Decreto 75/1998, de 7 de julio**.

La dispensación a través de oficinas farmacéuticas se regula a través de la **Orden de 18 de septiembre de 1998, de acreditación de las Oficinas de Farmacia para la elaboración, conservación y dispensación de agonistas opiáceos**.

En 2002 nace la **Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos**, que aborda la ordenación general, en el marco de las competencias de Castilla-La Mancha, del conjunto de actuaciones e iniciativas de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, de las personas drogodependientes, la formación, investigación, información y evaluación, así como las actuaciones tendentes a la protección de terceras personas que pudieran verse afectadas.

Legislación de menores y salud mental

La **Constitución Española (art. 39)**, dispone que “Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia” y su apartado 4: “Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

Desde 1981 numerosas leyes introdujeron cambios importantes en la protección de los menores de edad, destacando la **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor**, que modificaba el Código Civil y que fue modificada, a su vez, por la **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**.

La **Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha**, tiene como finalidad la atención y protección integral de la infancia y adolescencia en garantía del ejercicio de sus derechos y sus responsabilidades y presta atención a la protección de menores en situación de riesgo o desamparo, o con conductas inadaptadas, así como en la intervención con menores de edad que hayan cometido infracciones.

Legislación para el empleo y salud mental

Uno de los problemas principales de las personas con problemas de salud mental es el acceso al empleo, razón por la que se ha legislado para el ámbito nacional un empleo protegido para personas en situación de vulnerabilidad.

Las primeras referencias a Centros Especiales, las encontramos en el **Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, de política de incentivos a la contratación de trabajadores con discapacidad** mediante la fórmula del empleo protegido, haciéndose servir de los entonces denominados Centros Especiales de Empleo Protegido.

La **Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)**, reguló, como fórmula de empleo protegido, la figura de los centros especiales de empleo (CEE) con la finalidad principal de facilitar la obtención de trabajo remunerado a personas con discapacidad que no pudieran encontrar un empleo en las empresas normales.

Tras varios años de solicitud por parte del sector de la discapacidad, esta modalidad de generación de empleo quedó regulada por el **Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los Enclaves Laborales** como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad.

El Real **Decreto-Ley 5/2006, de 9 de junio, para la mejora del crecimiento y del empleo**, ha extendido el objetivo del empleo protegido a otros grupos excluidos del mercado de trabajo: Jóvenes procedentes de instituciones de protección de menores y jóvenes en centros con medida judicial, personas con problemas de drogadicción o alcoholismo, personas que están o han estado en centros penitenciarios. Continuando con la **Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo**.

En la actualidad, el **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social**, unifica leyes que quedan refundidas en la nueva ley, y deroga algunas como la LISMI.

En Castilla-La Mancha un Centro Especial de Empleo requiere una autorización ligada a la presentación de un proyecto con posibilidad de contratar trabajadores con discapacidad, bajo una relación laboral especial regulada en el **Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los Centros Especiales de Empleo**.

3.2. ANTECEDENTES DE ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

En los últimos 30 años, tomando como punto de inflexión el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985, se han llevado a cabo en las distintas CC.AA. sucesivos planes estratégicos orientados a implantar una red de Servicios de Salud Mental (SM) de acuerdo con la perspectiva

comunitaria, integrada en el sistema público de salud. La regulación de la salud mental en España y en el contexto europeo ha recorrido una serie de etapas que han intentado equilibrar el histórico desequilibrio de atención y derechos de pacientes afectados por trastorno mental.

La Declaración y el Plan de Acción en Salud Mental auspiciado por la Oficina Regional Europea de la OMS, aprobados y firmados en Helsinki en el año 2005 por España y los 51 países de la región europea de la OMS, supuso un importante hito en el abordaje de los problemas de salud mental a nivel europeo.

En España, priorizando entre otras estrategias nacionales de salud, se elaboró una Estrategia Nacional de Salud Mental teniendo como marco de referencia la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental. Esta Estrategia fue aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 11 de diciembre de 2006 y formaba parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y representaba un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, Asociaciones de Familiares y Enfermos, Sociedades Científicas, y Comunidades Autónomas para conseguir una atención a las personas enfermas basada en la excelencia clínica en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. La **Estrategia Nacional de Salud Mental 2009-2013** incorporó nueva evidencia científica disponible, un análisis de los resultados de la estrategia anterior y una recopilación de buenas prácticas de ámbito nacional, así como la redefinición de objetivos, propuestas de acción e indicadores para el periodo señalado.

3.3. ANTECEDENTES DE ÁMBITO REGIONAL

En el ámbito regional el primer antecedente lo constituye el **“Proyecto de Coordinación de la Asistencia a la Salud Mental” de 1984**, imbuido ya del espíritu autonómico del Estatuto de Castilla-La Mancha de 1982 que establece competencias propias para la Región en materia de sanidad, higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.

En el año **1993** se elabora el primer **“Plan Regional de Salud Mental de Castilla-La Mancha”**, que pretende dar un nuevo impulso a la reforma psiquiátrica mediante la creación de dispositivos asistenciales especializados y estableciendo un modelo de trabajo basado en la planificación, programación y evaluación, avanzando en los esquemas de funcionamiento comunitario que marcaba la Reforma.

En el año 2000, coincidiendo con la creación del Servicio de Salud Regional (SESCAM) se publica un nuevo **“Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004”** que pretende situar la atención a la salud mental entre las prioridades de las políticas públicas de la Región. En la década de los 90, había surgido con fuerza el movimiento asociativo de personas afectadas y familiares que participaron como personal experto en la elaboración de este Plan.

La creación en el año 2001 de la **Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM)**, en la actualidad Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM), supuso un notable impulso para la creación y desarrollo de la red de recursos y programas para la atención de personas con trastorno mental grave en la Región.

Además, las Unidades de Salud Mental (USM) se constituyen, en este período, en el eje asistencial, incrementando la dotación de recursos humanos (se incorporaron 130 profesionales nuevos, se consolidaron las 18 unidades existentes y se crearon 3 más) para la atención a la salud mental de la población.

Se ponen en marcha recursos asistenciales, de rehabilitación y residenciales, aumentando considerablemente los existentes hasta 1999 (conllevó la contratación de 300 profesionales).

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), dan cobertura entonces a más de 1.000 personas de la Región, incorporando 100 nuevos profesionales a los 17 centros existentes.

Respecto a las alternativas residenciales se abrieron 98 plazas en Viviendas Supervisadas (WSS) y en ese periodo se abrió la primera Residencia Comunitaria para personas con Trastorno Mental Grave.

En cuanto a la integración laboral, se destinaron recursos dedicados a actividades pre-laborales y laborales para más de 400 personas, mediante cursos de formación profesional, talleres pre-laborales y Centros Especiales de Empleo.

El siguiente **“Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010”** tiene entre sus objetivos consolidar la red de atención a la salud mental e integrar totalmente la asistencia psiquiátrica en el servicio público de salud. Se pone además la mirada en la calidad de la asistencia y se regulan los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental.

En Castilla-La Mancha se continuó con el necesario proceso expansivo hasta completar la dotación de recursos y organizar la integración funcional y coordinación entre ellos, conformando una red estructural de dispositivos sanitarios y sociosanitarios, de carácter ambulatorio, de corta, media y larga estancia.

Se avanzó en la dotación de nuevos dispositivos: la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHBIJ) de carácter regional, el Centro de Atención al Menor (CAEM), un Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ), dos Unidades de Media Estancia (UME), dos Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPSL), 4 Residencias Comunitarias (RC), 46 plazas en Viviendas Supervisadas y 6 Centros Especiales de Empleo. La gestión de algunos recursos de salud mental quedó dependiente de Diputaciones provinciales: las Unidades de Media y Larga Estancia.

En el campo de actuación de la FSCLM, se mantuvo una importante actividad de integración comunitaria y laboral, así como de contactos y fomento de las vías de participación de los y las usuarios y de sus familias. Se desarrollaron iniciativas de gestión y evaluación de la calidad asistencial, así como planes y actividades

de lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Durante este periodo, se potenció la formación continuada específica de salud mental, así como de las actividades de participación profesional en la organización de la asistencia.

El periodo 2011-2015 fue un periodo caracterizado por la crisis económica mundial, en el que se iniciaron los trabajos de elaboración de la **“Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha 2015-2017”**, que no llegó a estar vigente y que, alineada con la Estrategia en Salud Mental 2009-2013 del Sistema Nacional de Salud y los documentos de referencia internacionales tanto de la Organización Mundial de la Salud como de la Comisión Europea, pretendía optimizar la Red de Salud Mental haciéndola sostenible e incrementar la participación y accesibilidad de todos, teniendo en cuenta las innovaciones tecnológicas y la gestión del conocimiento. Esta Estrategia incorpora la visión y objetivos fundamentales del **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS**, haciendo especial hincapié en la incorporación del enfoque de Recuperación y defensa de los Derechos Humanos en el diseño y prestación de servicios comunitarios, y en la práctica asistencial, y en la consideración real y efectiva de las personas con trastorno mental y de sus familiares.

Desde este marco de referencia, durante **el periodo 2015-2017** se ha promocionado la participación de profesionales y personas usuarias; se han iniciado proyectos que ponen en valor la experiencia “en primera persona” de las personas con trastorno mental en los servicios de salud mental y se ha creado la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental. Además, se ha avanzado en la consolidación de la Red Regional de recursos de Salud Mental (apertura del Hospital de Día Infanto-Juvenil en Guadalajara y de la Unidad de Hospitalización Breve en Mancha Centro), así como en la normalización de los sistemas de información y en la implantación del catálogo de prestaciones.

EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA DURANTE EL PERIODO 2000-2015

El modelo de salud mental regional ha evolucionado hacia la implementación progresiva del modelo comunitario, que supone avanzar hacia la desinstitutionalización, con disminución de camas de larga estancia, expansión de las Unidades de Salud Mental para hacerlas más accesibles, y creación de dispositivos intermedios entre la hospitalización breve y el retorno a la comunidad, como los Hospitales de Día y Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

En cuanto a los recursos de salud mental en CLM, en general, se ha crecido en el número de camas en el caso de los dispositivos sanitarios y también en el número de plazas residenciales de Residencias comunitarias y viviendas supervisadas, aunque la demanda supera a la dotación actual.

DISPOSITIVOS	1999	2004	2008	2013	2015
URR	522	312	242	218	228
UME	28	57	125	119	119
UHB	153	153	165	136	140
HD-A	30	90	90	95	127
HD-IJ	15	20	40	40	51
RC	0	0	84	170	177
VS	32	110	133	168	180

Tabla 1. N° de plazas en recursos de Salud Mental en CLM durante los últimos 15 años. Fuente: DGAS, Área de Salud Mental y DGPOI
URR: Unidad Residencial Rehabilitadora. **UME:** Unidad de Media Estancia. **UHB:** Unidad de Hospitalización Breve. **HD-A:** Hospital de Día de adultos. **HD-IJ:** Hospital de Día infanto-juvenil. **RC:** Residencias Comunitarias. **VS:** Vivienda Supervisada.

Evolución de plazas en dispositivos de Salud Mental

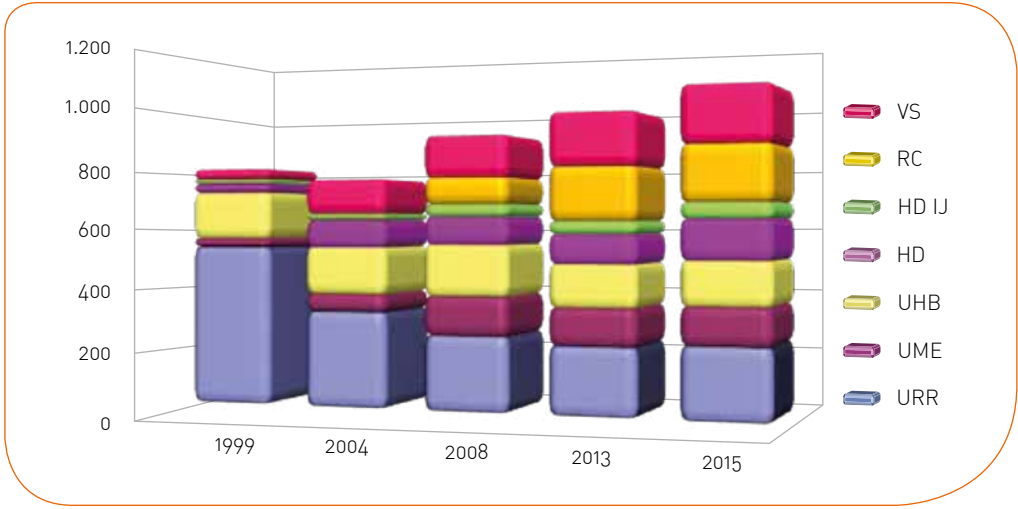


Gráfico 4. Evolución de plazas en dispositivos de Salud Mental en CLM. Fuente: SESCAM. DGAS, Área de Salud Mental y DGPOI.

En cuanto al número de personas atendidas en dispositivos sociosanitarios, observamos que en el caso de los CRPSL, se ha incrementado progresivamente, con el mismo número centros desde el año 2010.

En el caso de los dispositivos residenciales, residencias y viviendas supervisadas se incrementaron en uno y dos recursos más, respectivamente, en el año 2015.

	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral		Residencias Comunitarias		Viviendas Supervisadas	
	Nº de Dispositivos	Nº de Personas Atendidas	Nº de Dispositivos	Nº de Personas Atendidas	Nº de Dispositivos	Nº de Personas Atendidas
2010	19	1.838	4	194	29	223
2011	19	1.847	4	191	29	190
2012	19	1.957	4	198	29	209
2013	19	2.035	4	203	29	212
2014	19	2.078	4	216	30	209
2015	19	2.088	5*	196	31	210
2016	19	2.029	5*	214	31	204

Tabla 2. Evolución del nº de dispositivos en CRPSL y dispositivos residenciales en CLM, 2005-2015. Fuente: FSCLM.

* 1 RC son plazas concertadas en Centro “Los Álamos”

Número de personas atendidas

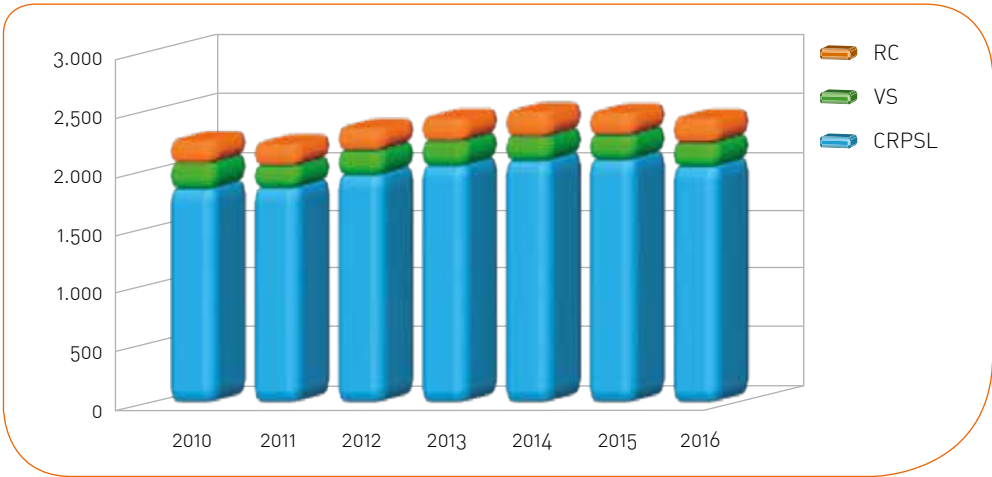


Gráfico 5. N° de personas atendidas en recursos sociosanitarios. Fuente: FSCLM y DGPOI.

3.4. EVALUACIÓN DE PLANES ANTERIORES

A continuación se presenta un panel comparativo de los últimos Plan de Salud Mental en Castilla-La Mancha.

PLAN 2000-2004	PLAN 2005-2010	ESTRATEGIA 2015-2017	PLAN 2017- 2025
Eje I: Atención Integral a la Salud Mental (SM)	Eje I: Consolidar la Red de Atención Integral a la Salud Mental	Eje I: Organización de la funcionalidad de la red de Salud Mental	Eje I: Liderazgo y Gobernanza. Nuevo modelo Organizativo del Sistema de Salud
			Derechos Humanos en Salud Mental
Eje II: Prevención de los Trastornos Mentales	Eje II: Promover el bienestar mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales	Eje II: Atención A las personas con trastornos mentales	Eje II: Servicios de Asistencia Social y de Salud Mental completos, integrados y con capacidad de respuesta. Humanización de la asistencia
Eje III: Garantizar una Asistencia de Calidad	Eje III: Mejorar los procesos de atención a las personas con trastorno mental y sus familias	Eje III: Participación y autonomía de las personas con TM y de sus cuidadores informales	Eje III: Sostenibilidad, Promoción y prevención
Eje IV: Garantizar los Derechos de los usuarios de los Servicios de Salud Mental	Eje IV: Fomentar la cultura de calidad en los Servicios de Salud Mental	Eje IV: Coordinación y abordaje interinstitucional de la Salud Mental	Eje IV: Gestión del conocimiento
Eje V: Fomentar la formación e investigación en Salud Mental	Eje V: Diseñar e implantar los sistemas de Información en Salud Mental	Eje V: Gestión del conocimiento e investigación	
	Eje VI: Potenciar la integración de las personas con trastorno mental	Eje VI: Desarrollo de los sistemas de información	
	Eje VII: impulsar la formación e investigación en Salud Mental		

Tabla 3. Ejes y objetivos de los diferentes Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha.

Los colores representan la similitud entre los ejes y líneas de acción propuestos en los sucesivos planes. El PSM 2017-25 vuelve a retomar la línea de promoción y prevención de la Salud Mental e incorpora el concepto de sostenibilidad (velar por el entorno presente sin descuidar las necesidades futuras)

- Atención integral y asistencia de calidad a la Salud Mental.
- Coordinación o la buena gobernanza.
- Promoción y Prevención en Salud Mental.
- Derechos de los usuarios y participación de Salud Mental.
- Gestión del Conocimiento.

Los **Planes de Salud Mental de CLM** realizados con anterioridad han promovido, con mayor o menor énfasis, según los períodos, la creación de una **Red de Salud Mental** orientada hacia la desinstitucionalización y la **atención comunitaria**.

Todos ellos han estado orientados, de forma transversal, hacia la **atención integral y la asistencia de calidad**, la **coordinación y buena gobernanza**, la **promoción y la prevención**, los **derechos humanos y la participación real y efectiva** de las personas con problemas de salud mental, y la **gestión del conocimiento** como pilares clave para el diseño, organización y desarrollo de recursos y programas en salud mental.

Estos factores, están recogidos en los ejes estratégicos del Plan de Salud Mental 2018-2025, siendo el objetivo de velar por los Derechos Humanos el marco de referencia de los ejes del actual Plan.

Finalmente, algunos aspectos previstos en los Planes de salud mental anteriores y que han quedado pendientes de desarrollar se pueden resumir en los siguientes:

- Completar la dotación de recursos residenciales.
- Integrar los dispositivos sanitarios en la red pública asistencial.
- Mejorar la capacidad de gestión clínica mediante la normalización de las prestaciones asistenciales y definir indicadores para la evaluación fiable de servicios y programas de Salud Mental.
- Mejorar la continuidad asistencial mediante el abordaje de la patología mental grave y persistente de manera integrada atendiendo a las necesidades de la persona en los aspectos físico y psicosociales.
- Atender a las necesidades de pacientes crónicos con patología mental compleja y comórbida que necesitan cuidados más continuos de forma integrada.
- Mejorar en la detección temprana de los trastornos mentales.

Capítulo 4

Análisis de situación de la Salud Mental en Castilla-La Mancha

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA

4.1 El contexto sociodemográfico

4.2 Mapa sanitario

4.3 La Salud Mental en Castilla-La Mancha

4.4 Dispositivos y Recursos

4.5 Cartera de Servicios y Programas asistenciales

4.6 Datos de Actividad

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

4.1. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE CASTILLA-LA MANCHA

La atención a la Salud Mental en Castilla-La Mancha se desarrolla en un contexto socio-demográfico cuyas especificidades condicionan la planificación y el desarrollo de los recursos para garantizar la accesibilidad de toda la ciudadanía y la equidad de la atención.

Castilla-La Mancha tiene una superficie de 79.461,97 km² y una población de 2.041.632 habitantes (INE, 2016). La región se caracteriza por una población dispersa, predominantemente rural y un alto índice de envejecimiento. Está compuesta, en su mayoría, por pequeños municipios (494 no alcanzan los 500 habitantes y sólo 15 superan los 20.000 habitantes) y la mayor densidad de población se concentra en las capitales de provincia.

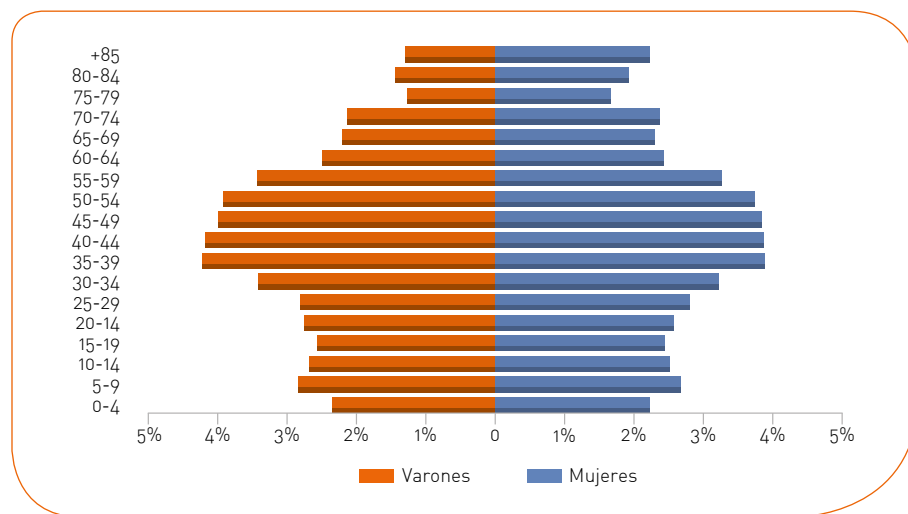


Gráfico 6. Pirámide de población de CLM a 1 de julio de 2016. Fuente DGSPC.

La pirámide se corresponde con la de una población muy envejecida: con una base muy estrecha y una cúspide achatada. La forma en copa indica niveles muy bajos de fecundidad desde hace, al menos, 35-40 años, precedidos por varias cohortes con niveles más elevados de fecundidad. Estas últimas

cohortes, irán engrosando en los próximos años los grupos de más edad por lo que es previsible que el envejecimiento se acentúe aún más.

El índice de envejecimiento de Rosset (porcentaje de población con edad ≥ 60 años) es del 23,3% que se corresponde con una población en fase muy avanzada de envejecimiento. Cuenca (28,9%), Puertollano (28,3%) y Talavera (27,3%) son las áreas más envejecidas, mientras que Toledo (20,1%) y Guadalajara (20,3%) son las áreas menos envejecidas, aunque sus niveles se corresponden con envejecimiento muy avanzado.

Indicador	Área Sanitaria								CLM
	AB	MC	CR	CU	GU	TA	TO	PU	
Habitantes									
Total	416.473	248.463	265.779	159.913	252.588	154.829	476.393	76.806	2.051.244
Índices de envejecimiento									
60+	23,6%	23,6%	24,3%	28,9%	20,3%	27,3%	20,1%	28,3%	23,3%
+65	18,7%	18,9%	19,4%	23,8%	15,7%	22,1%	15,5%	22,6%	18,5%
85+	3,2%	3,2%	3,5%	4,8%	3,3%	4,1%	2,8%	3,7%	3,4%
RDA	0,31%	0,31%	0,32%	0,40%	0,25%	0,38%	0,25%	0,38%	0,30%
Indicadores de mortalidad									
Muertes	3.942	2.630	2.903	2.052	2.137	1.662	3.676	921	19.923
TBM	9,47	10,59	10,92	12,83	8,46	10,73	7,72	11,99	9,71
REM	98,5%	110,6%	107,8%	98%	96,3%	92,3%	94,9%	106,8%	100%
Indicadores de fecundidad									
RNV	3.698	2.137	2.167	1.148	2.452	1.142	4.839	631	18.214
TBN	8,88	8,60	8,15	7,18	9,71	7,38	10,16	8,22	8,88
TBF	38,55	37,61	35,41	34,11	40,78	33,79	42,44	38,21	38,58
Crecimiento vegetativo									
CV	-244	-493	-736	-904	315	-520	1.163	-290	-1.709
TCV	-0,59	-1,98	-2,77	-5,65	1,25	-3,36	2,44	-3,78	-0,83

Tabla 4. Resumen de indicadores demográficos y sanitarios según áreas de salud. CLM, 2015.
TBM: Tasa bruta de mortalidad. REM: Razón estandarizada de mortalidad. RNV: Recién nacidos vivos. TBN: Tasa bruta de nacimientos.
TBF: Tasa bruta de fertilidad. CV: Crecimiento vegetativo. TCV: Tasa de crecimiento vegetativo.

El envejecimiento poblacional de CLM se explica en gran medida por unos niveles de fecundidad extraordinariamente bajos: la tasa bruta de natalidad (TBN) en 2015 fue de 8,88 recién nacidos vivos (RNV) por 1.000 habitantes mientras que la tasa bruta de fecundidad (TBF) fue de 38,58 RNV por 1.000 mujeres en edad fértil (15-49 años). Las áreas con fecundidad más baja son Cuenca y Talavera, mientras que las de mayor nivel de fecundidad son Toledo y Guadalajara.

Durante el año 2015 se produjeron en CLM más defunciones que nacimientos (1.709) lo que supone una tasa negativa de crecimiento vegetativo (-0,83 por 1.000 habitantes). Las únicas áreas con crecimiento vegetativo positivo fueron Toledo (2,44/1.000 habitantes) y Guadalajara (1,25/1.000 habitantes). Las áreas con mayor crecimiento vegetativo negativo fueron Cuenca (-5,65/1.000 habitantes), Puertollano (-3,78/1.000 habitantes) y Talavera (-3,36/1.000 habitantes).

4.2. MAPA SANITARIO DE CASTILLA-LA MANCHA

El mapa sanitario de la región se compone de **8 Áreas de Salud**, que a su vez incluyen **13 Gerencias de Atención Integrada (GAI)**, más un Gerencia de Atención Especializada y otra Gerencia de Atención Primaria en el Área de Toledo. *(Tabla 5).*

ÁREA DE SALUD	GERENCIAS
ALBACETE	Albacete, Hellín, Almansa y Villarrobledo.
CIUDAD REAL	Ciudad Real, Manzanares y Valdepeñas.
CUENCA	Cuenca.
GUADALAJARA	Guadalajara.
MANCHA CENTRO	Alcázar de San Juan y Tomelloso.
PUERTOLLANO	Puertollano
TALAVERA DE LA REINA	Talavera de la Reina.
TOLEDO	Gerencia de AP y Complejo Hospitalario de Toledo.

Tabla 5. Áreas de salud y Gerencias de Atención Integrada, CLM 2016.

Las Áreas de salud con mayor población son Toledo (475.958 habitantes) y Albacete (414.892 habitantes). Las Áreas con menos población son Puertollano (75.813 habitantes), Talavera (153.524 habitantes) y Cuenca (158.973 habitantes) *(Tabla 6).*

ÁREA DE SALUD	POBLACIÓN
ALBACETE	414.892
CIUDAD REAL	264.209
CUENCA	158.973
GUADALAJARA	252.444
LA MANCHA-CENTRO	245.819
PUERTOLLANO	75.813
TALAVERA DE LA REINA	153.524
TOLEDO	475.958
TOTAL	2.041.632

Tabla 6. Población de CLM distribuida por Áreas de salud. Año 2016.

Fuente: INE y DGPOI.

GAI	POBLACIÓN
ALBACETE	278.377
ALMANSA	41.992
HELLÍN	58.989
VILLARROBLEDO	62.883
CIUDAD REAL	195.781
ALCÁZAR DE SAN	126.736
MANZANARES	42.991
PUERTOLLANO	75.813
TOMELLOSO	64.545
VALDEPEÑAS	68.428
CUENCA	143.171
GUADALAJARA	252.444
TOLEDO *	475.958
TALAVERA DE LA REINA	153.524
TOTAL	2.041.632

* Gerencia de AP y Complejo Hospitalario de Toledo. CLM 2016.

Tabla 7. Población de CLM distribuida por Gerencias de Área Integradas (GAI). Año 2016.

Fuente: INE y DGPOI.

ÁREAS DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA, 2017

CASTILLA-LA MANCHA

Población: 2.041.631 hab.
Extensión: 79.461 km²
Zonas básicas de salud: 217
Zonas farmacéuticas: 176
Municipios: 919
Entidades singulares: 1.712
Distritos: 36

GUADALAJARA

Población: 252.444 hab.
Extensión: 12.110 km²
Zonas básicas de salud: 32
Zonas farmacéuticas: 26
Municipios: 287
Entidades singulares: 526
Distritos: 4

TOLEDO

Población: 475.958 hab.
Extensión: 8.928 km²
Zonas básicas de salud: 32
Zonas farmacéuticas: 29
Municipios: 116
Entidades singulares: 221
Distritos: 6

CUENCA

Población: 158.972 hab.
Extensión: 15.551 km²
Zonas básicas de salud: 34
Zonas farmacéuticas: 31
Municipios: 222
Entidades singulares: 308
Distritos: 6

TALAVERA DE LA REINA

Población: 153.524 hab.
Extensión: 5.170 km²
Zonas básicas de salud: 17
Zonas farmacéuticas: 13
Municipios: 78
Entidades singulares: 129
Distritos: 3

CIUDAD REAL

Población: 264.209 hab.
Extensión: 11.810 km²
Zonas básicas de salud: 29
Zonas farmacéuticas: 23
Municipios: 67
Entidades singulares: 119
Distritos: 3

PUERTOLLANO

Población: 75.813 hab.
Extensión: 3.840 km²
Zonas básicas de salud: 9
Zonas farmacéuticas: 6
Municipios: 16
Entidades singulares: 32
Distritos: 1

LA MANCHA CENTRO

Población: 245.819 hab.
Extensión: 6.211 km²
Zonas básicas de salud: 22
Zonas farmacéuticas: 18
Municipios: 35
Entidades singulares: 39
Distritos: 4

ALBACETE

Población: 414.892 hab.
Extensión: 15.841 km²
Zonas básicas de salud: 42
Zonas farmacéuticas: 30
Municipios: 98
Entidades singulares: 338
Distritos: 9

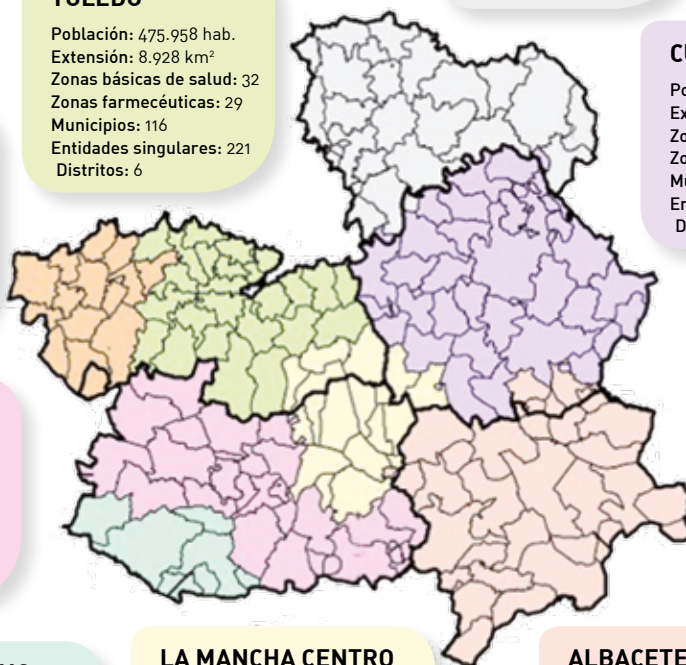


Gráfico 7. Áreas de Salud de Castilla-La Mancha, 2017. Fuente: Consejería de Sanidad de CLM.

4.3. LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA

DATOS DE MORBILIDAD POR TRASTORNO MENTAL

El conocimiento del estado de la salud mental en la población se obtiene principalmente a partir de la Encuesta Nacional de Salud, realizada a través de cuestionarios que incluyen la presencia de síntomas depresivos, ansiedad o disfunción social y de los estudios que reflejan medidas de frecuencia (prevalencia, mortalidad, utilización de recursos/servicios), como la demanda en atención primaria o los ingresos hospitalarios.

Aunque existen antecedentes de algún estudio epidemiológico circunscrito a un ámbito específico en la Región, en Castilla la Mancha, los principales datos disponibles son únicamente sobre demanda atendida. Actualmente están en vías de desarrollo dos de los registros de casos: Patologías mentales graves, así como de primeros episodios psicóticos.

A continuación se reseña un breve comentario sobre grandes grupos de trastornos mentales, seguido de los datos disponibles de la Encuesta Europea de Salud de 2014.

Prevalencia Global de Trastornos Mentales

Según la OMS, La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países (WHO, 2017). En los países occidentales donde se han realizado estudios, aproximadamente una de cada 4 personas cumplía criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% llegaba a presentar un trastorno en algún momento de la vida (Haro, y otros, 2006).

Depresión, Ansiedad y otros Trastornos Mentales Comunes

Según el último informe de la OMS (WHO, 2017), la prevalencia estimada de depresión a nivel mundial en 2015 era 4,4%.

Según la Encuesta Mundial de Salud (WHO, 2015), en España hay 2.408.700 (5,2%) personas con depresión (8,7% de años vividos con discapacidad). Si la población de CLM es 2.041.632, según dicha estimación, 106.164 personas podrían sufrir depresión en nuestra región.

La depresión es más frecuente en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%). La cifra estimada de personas que viven con depresión se ha incrementado un 18,4% entre 2005 y 2015, fundamentalmente debido al incremento de la población en las franjas de edades en que es más frecuente la depresión.

La prevalencia de trastornos de ansiedad en la población global se estima en un 3.6%. En España 1. 911.186 (4,1%) personas sufren ansiedad, lo que supondría que en CLM 83.707 personas sufren dicho trastorno. Al igual que la depresión, la ansiedad es más frecuente en mujeres (4,6 frente al 2,8 en varones).

Salud Mental en la Infancia y Adolescencia

A pesar de las variaciones en las tasas de prevalencia y según los criterios diagnósticos utilizados en el mundo, se ha estimado que al menos un 20% presentan algún tipo de trastorno mental y al menos la mitad tienen una disminución importante en su funcionamiento familiar, social y escolar (*CIBERSAM*).

Es importante la intervención temprana para intentar ayudar a recuperar la funcionalidad y normalización en las personas que padecen estos trastornos.

Patología Mental Grave

La magnitud del problema en Patología Mental Grave reside no sólo en su prevalencia sino en la carga de enfermedad por la discapacidad y por las tasas de mortalidad más elevada que en la población general, como se refleja más adelante.

SALUD MENTAL PERCIBIDA: ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es parte de la *European Health Interview Survey (EHIS)*, que coordina la Oficina Europea de Estadística (Eurostat). Según los datos de la última EESE (MSSSI, 2014), globalmente, el 23,4% de los españoles perciben su estado de salud como muy bueno, el 51,8% como bueno, el 17,9% regular, 5,25% malo y 1,8% muy malo. Un 6,2% de los varones y un 13,6% de las mujeres reconocen haber sufrido depresión alguna vez en su vida.

Globalmente, la prevalencia auto-referida de depresión en la población mayor de 15 años es de 6,89%, cifra que se eleva al 10,8% en mayores de 75 años. Con respecto a la ansiedad, un 5,5% de los varones y un 11,9% de las mujeres refieren haberla sufrido alguna vez en su vida. El 2% de varones mayores de 15 años y el 2% de mujeres reconocen haber padecido alguna vez otros problemas de salud mental.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA

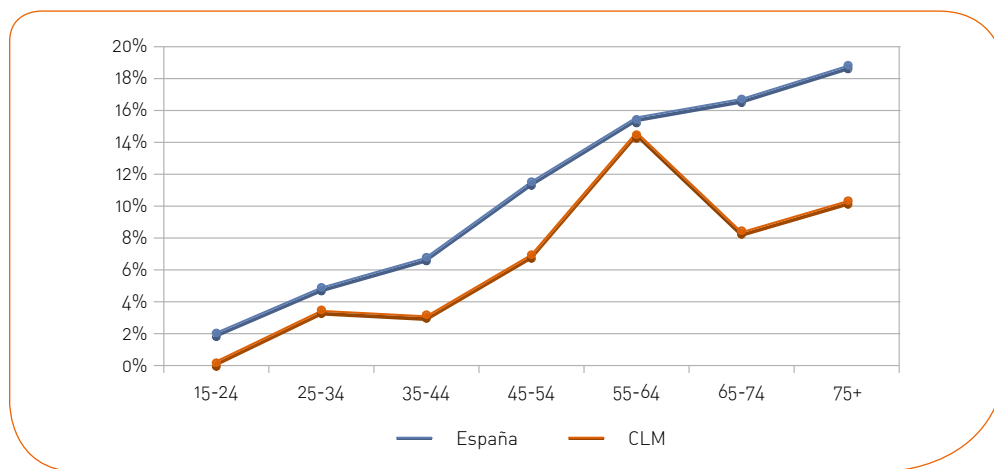


Gráfico 8. Porcentaje de personas según rango de edad que han padecido alguna vez depresión. (Encuesta Europea de Salud EES, 2014) Fuente: DGSPC.

En España, en el año 2014, el 4,6% referían haber necesitado consulta de salud mental en el último año, esto es, el 3,5% de los varones y el 5,7% de mujeres. En Castilla-La Mancha, la cifra fue de 4,4% [5,1% mujeres y 3,7% varones].

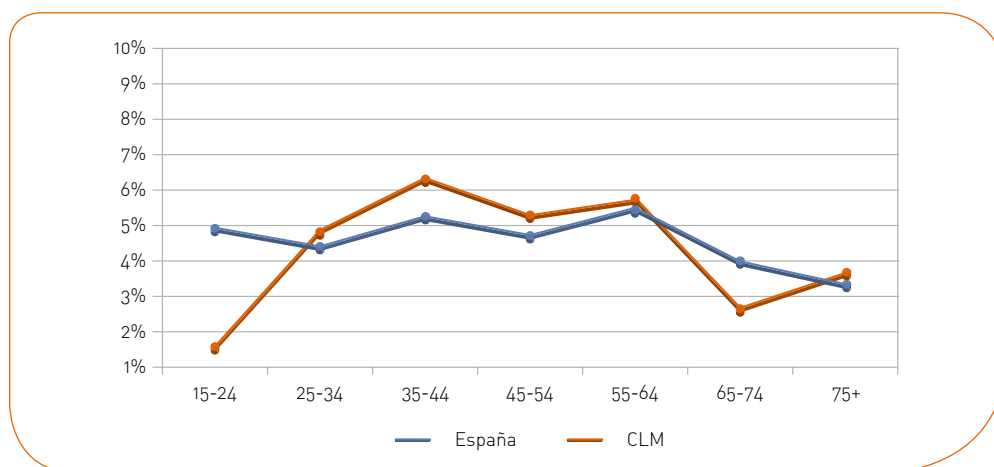


Gráfico 9. Porcentaje de personas que han necesitado consulta de Salud Mental en el último año. (EESE, 2014) Fuente: DGSPC.

Severidad de la sintomatología depresiva según la Encuesta Europea de Salud 2014

En la EESE 2014 se investigó además la sintomatología depresiva con el cuestionario PHQ-8 (cuestionario de 8 ítems basado en los criterios de depresión del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), diseñado para monitorizar la prevalencia de cuadros depresivos activos y la severidad de la sintomatología depresiva en la población. El 84,39% de la población de 15+ años no presentaba ninguna sintomatología depresiva, el 9,71% presenta sintomatología leve, el 3,03% moderada, el 1,81% moderadamente grave el 1,06% grave.

En términos absolutos, casi 5 millones de personas (4.929.400) presentaba sintomatología depresiva leve o moderada (12,74%) y otro millón (1.110.600), grave o moderadamente grave (2,87%). En total, más del 15% de la población residente en España presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad. La sintomatología depresiva es prácticamente el doble de frecuente en mujeres (20,36%) que en hombres (10,63%) en todos sus grados de severidad. Esta relación no es constante en todos los grupos de edad.

La sintomatología depresiva aumenta con la edad en todos sus grados de severidad. Solo en el grupo de hombres de 65 a 74 años se rompe este gradiente. A partir de los 75 años aumenta más bruscamente. En el grupo de 75-84 años el 25,71% presenta sintomatología depresiva, proporción que alcanza al 34,71% en la población no institucionalizada de 85 o más años.

El PHQ-8 valora también la prevalencia de cuadros depresivos activos. El 3,52% de la población de 15 y más años presenta un cuadro depresivo mayor, el 3,84% otros cuadros depresivos (total = 7,36%) y, el resto, 92,64%, no presenta cuadro depresivo alguno.

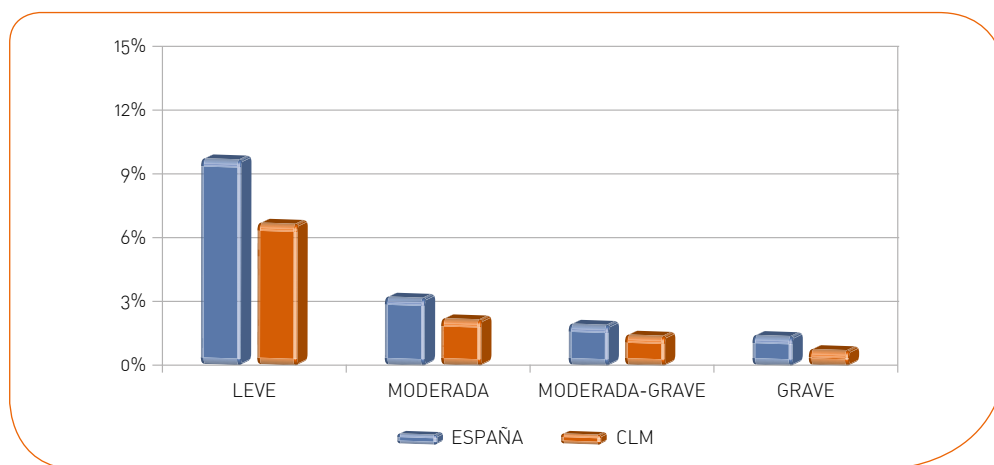


Gráfico 10. Porcentaje de personas con distinto grado de severidad de síntomas depresivos. (EESE, 2014)
Fuente: DGSPC.

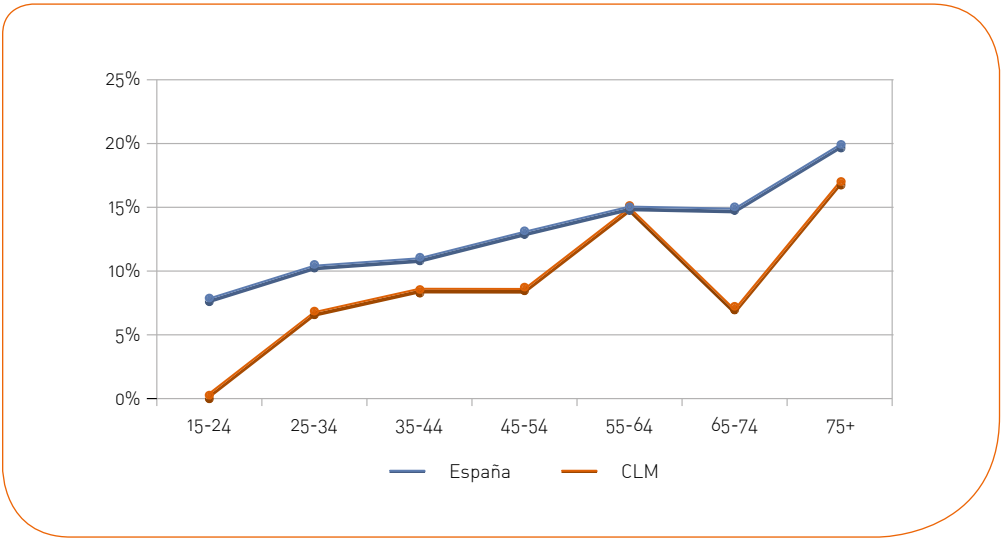


Gráfico 11. Porcentaje de personas según rango de edad con síntomas de depresión leve o moderados. (ESEE, 2014) Fuente: DGSPC.

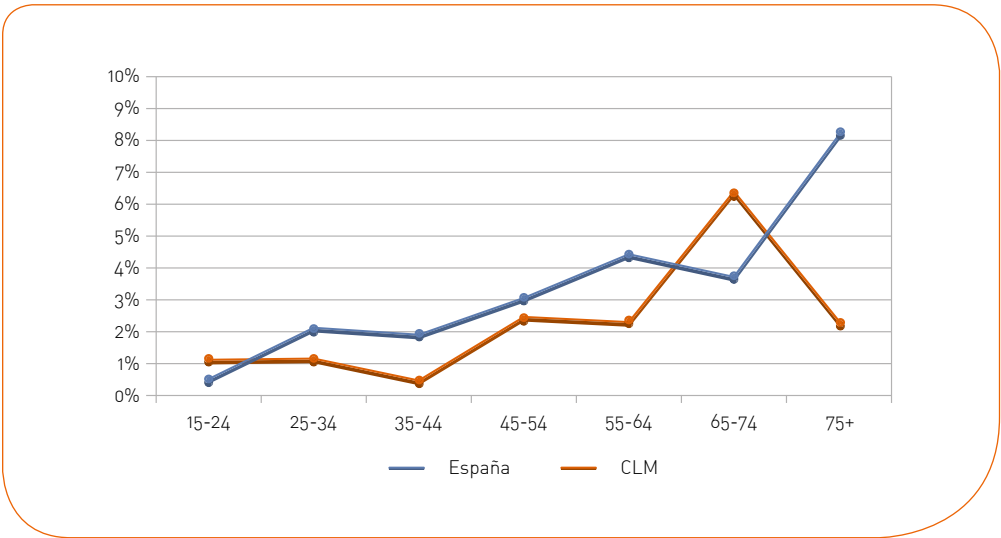


Gráfico 12. Porcentaje de personas según rango de edad con síntomas de depresión grave o moderadamente graves (EES, 2014) Fuente: DGSPC.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL

En el plano de la asistencia a la patología mental común, según entrevista siguiendo metodología cualitativa, a diferentes profesionales del ámbito de la salud mental, se resaltan los siguientes aspectos con implicaciones importantes desde el punto de vista de la reflexión:

- Existe mayor demanda asistencial por parte de las mujeres, mayor presencia en casa y en el cuidado de otros.
- Los hombres acuden tarde a pedir ayuda y suele padecer una mayor comorbilidad.
- Los hombres tienen mayor riesgo de suicidio aunque las mujeres realizan más tentativas.

En la atención a la patología mental grave (PMG), se percibe:

- Retraso en diagnóstico y tratamiento en pacientes con PMG de sexo femenino.
- Los cuidados suelen depender de la mujer, por tanto, existe mayor complejidad en los cuidados de la familia cuando es la mujer la que enferma.
- Menor utilización de recursos rehabilitadores, menor frecuentación de mujeres con PMG en los CRPSL.

Estadísticas recientes computan la incidencia global de problemas de salud mental en mujeres en un 50,27% del total. Este cómputo escaso de incidencia en la población femenina podría estar relacionado con la menor participación de las mujeres en los espacios públicos, con la consiguiente disminución de recursos y redes de apoyo con los que podrían estar contando para su tratamiento y recuperación.

En un estudio sobre perspectiva de género realizado por la Federación de Salud Mental se señala que dentro de las razones que pueden apuntar este hecho se encuentran:

- El rol tradicional femenino, que las vincula al trabajo doméstico.
- El papel de las familias, que las sobreprotegen y las impulsan en mayor medida a quedarse en casa.
- La menor utilización de los recursos y servicios priva a las mujeres con problemas de salud mental de oportunidades para la participación social, un ámbito en el presentan una clara desigualdad respecto a los hombres.
- La posible existencia de diferentes sensibilidades hacia las mujeres y los hombres en los centros de derivación, que tenderían a percibir como menos problemático que las mujeres con enfermedad mental se queden en casa, incluso de manera inconsciente, dada la naturalización social del rol doméstico femenino.

- El escaso nivel de empoderamiento de las mujeres con enfermedad mental, que les impide percibirse como sujeto de derechos.
- El déficit de participación femenino se deja sentir especialmente en el ámbito del empleo, al que las mujeres acceden en una proporción que no llega al 30%.

No se expresan diferencias significativas en cuanto al género en el liderazgo profesional en Salud Mental o en la gestión del conocimiento.

Violencia de género

La Fundación CERMI MUJERES publicó en diciembre de 2016 un informe sobre la violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de una macro encuesta que realizaron en 2015, cuyos resultados y conclusiones son demoledores para las mujeres y niñas con discapacidad y especialmente para las mujeres y niñas con trastorno mental, como colectivo altamente vulnerable.

Algunos de los datos significativos proporcionados por el estudio indican que:

- El 80% de las mujeres con discapacidad es víctima de la violencia y tiene un riesgo cuatro veces mayor que el resto de mujeres de sufrir violencia sexual.
- Las mujeres sin discapacidad son objeto mayoritariamente de violencia causada por su pareja o ex pareja, las mujeres con discapacidad están más expuestas a la violencia de personas de su entorno, ya sea sanitario, de servicios o de cuidados.
- La falta de educación sexual de las mujeres y las niñas con discapacidad, erróneamente percibidas como seres asexuados, contribuye a la violencia sexual perpetrada contra ellas, dado que no pueden identificar los comportamientos inapropiados o abusivos. También conduce a la falta de credibilidad cuando se denuncia un abuso (especialmente se da en mujeres con trastorno mental), lo que supone en consecuencia un riesgo de que los responsables no sean identificados y sancionados. Además, afecta a las mujeres cuando, por ejemplo, ven limitados sus derechos por razón de discapacidad a casarse, a tener hijos/as o a obtener su custodia en caso de divorcio.

Orientaciones para la acción en el Plan:

Desde el punto de vista de la perspectiva de género, se consideran importantes tres líneas de actuación:

1. Concienciar a la población masculina para que identifique las señales de malestar subjetivo indicativas de trastorno mental que precise ayuda sanitaria.
2. Favorecer la integración en programas de rehabilitación de mujeres con patología mental grave.

3. Proveer sistemas de ayudas para el cuidado familiar y programas de atención a menores que conviven con personas que padecen patología mental grave.

Desde el movimiento asociativo, a su vez, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Sensibilizar a las familias de la importancia de la participación social de sus hijas con enfermedad mental, incidiendo en el empleo. Trabajar con ellas para evitar la sobreprotección.
- En los servicios menos utilizados por mujeres –o bien por hombres- visibilizarlas especialmente en todos los soportes utilizados para la difusión, a través de fotografías o menciones específicas.
- Diseñar talleres de empoderamiento dirigidos exclusivamente a grupos de mujeres, prestando especial atención entre sus contenidos a la violencia sexista contra las mujeres, la sexualidad, la autoestima, y la importancia del empleo y de la participación social.
- Realizar un trabajo, fundamentalmente grupal, de acompañamiento y empoderamiento con las mujeres con enfermedad mental, orientado hacia la inserción laboral, centrado en el desarrollo de su autoestima y en la adquisición de habilidades sociales y laborales.
- Sensibilizar a los servicios que realizan derivaciones para que se dé el mismo mensaje a mujeres y hombres, particularmente en todo lo relacionado con el empleo.
- Reservar plazas para mujeres en los programas y servicios en los que estén claramente infrarrepresentadas.
- Diseñar las actividades programadas teniendo en cuenta las necesidades e intereses de las mujeres. Diseñar actividades de ocio y tiempo libre según sus gustos y expectativas.
- Impulsar la creación de una comisión o grupo de mujeres que tenga como objetivo visibilizar la situación de discriminación múltiple que sufren las mujeres con problemas de salud mental, al tiempo que potencie su empoderamiento y posibilite su mayor participación social.

Frente a la violencia de género, desde el movimiento asociativo se proponen las siguientes recomendaciones:

- Empoderar, formar y sensibilizar a las mujeres con problemas de salud mental sobre la violencia de género, de forma que sean capaces de identificar estas situaciones y que no se culpabilicen. Habilitar espacios de diálogo entre iguales donde puedan expresarse.
- Trabajar con las mujeres con problemas de salud mental sobre la incidencia de los modelos vinculados al amor romántico en la aceptación de relaciones de pareja violentas.

- Diseñar herramientas para paliar el sentimiento de culpa que habitualmente sufren muchas mujeres que han padecido violencia de género.
- Adoptar iniciativas que contribuyan a visibilizar socialmente la problemática de la violencia de género sobre las mujeres con enfermedad mental.
- Proporcionar al personal de atención directa formación sobre violencia de género respecto a las mujeres con enfermedad mental, de manera que sean capaces de detectar y actuar ante estas situaciones.
- Realizar estudios sobre violencia de género centrados en las mujeres con enfermedad mental.

MORBILIDAD HOSPITALARIA EN CASTILLA-LA MANCHA

El análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de las hospitalizaciones de 2015, último año disponible en los Sistemas de Información en el momento del análisis de los datos, muestra que los diagnósticos más frecuentes correspondieron al grupo relacionado con el diagnóstico (GRDs) de Psicosis.

GRDs más Frecuentes	Altas depuradas (inlier)	E. Media Depurada (EMhd)	E. Media Norma (EMsd)	Peso Medio norma (PMs)	Cama Día Evitable (Impacto/ 365 días)
430 - PSICOSIS	1.757	12,75	15,42	1,3405	-12,88
427 - NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	272	9,29	7,51	0,8190	1,33
428 - TRASTORNOS DE PERSONALIDAD - CONTROL DE IMPULSOS	245	7,13	8,30	0,7208	-0,78
426 - NEUROSIS DEPRESIVAS	168	9,60	9,27	0,9354	0,15
753 - REHABILITACIÓN PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	117	19,50	24,87	3,1112	-1,72
450 - ENVENENAMIENTO - EFECTO TÓXICO DE DROGAS EDAD >17 SIN CC	99	5,18	3,59	0,4659	0,43
751 - ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	105	6,82	9,93	0,8129	-0,89
425 - REACCIÓN DE ADAPTACIÓN AGUDA - DISFUNCIÓN PSICOSOCIAL	91	9,33	6,71	0,6228	0,65
432 - OTROS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	46	3,52	2,04	0,5030	0,19
429 - ALTERACIONES ORGÁNICAS - RETRASO MENTAL	74	10,59	8,41	0,8543	0,44
TOTAL DE ALTAS	3.305	6,03	0,96	-4.485,3	

Tabla 8. Morbilidad hospitalaria en CLM: 10 GRDs más frecuentes en ingresos psiquiátricos durante el año 2015. Fuente: Consejería de Sanidad. DGPOI. Definiciones: Altas depuradas: nº de altas de hospitalización con estancia > 0. Estancia media= suma de la estancia/recuento del nº de episodios. Estancia media norma= suma de las estancias del SNS/recuento del nº de episodios. Peso medio: indicador de gestión que refleja la complejidad media, medida a través del consumo de recursos, de los pacientes atendidos en un hospital.

SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los datos analizados en las consultas de Atención Primaria de todas las Comunidades Autónomas españolas muestran que, especialmente en los periodos de crisis económica, es en Atención Primaria donde se produce un mayor impacto, en la demanda asistencial de personas atendidas en ese nivel [de Pedro Cuesta, Saiz Ruiz, Roca, Noger, & et al. , 2016)].

Depresión, cronicidad y multimorbilidad

En España, la prevalencia-año del episodio depresivo mayor se ha estimado en un 3,9% y de prevalencia-vida en un 10,5%, siendo esta última mayor en mujeres (14,4%) que en hombres (6,2%). Esta cifra es menor que la prevalencia-vida reportada en otros países como Holanda y EEUU (10% en hombres y 20% en mujeres).

Aunque gran parte del impacto económico se relaciona con la pérdida de productividad, en el ámbito de los Servicios de Salud es conveniente intervenir sobre las personas que se hallan en mayor riesgo, evitar polimedicación y las duplicidades asistenciales relacionadas con la multimorbilidad. Para ello interesa conocer la distribución del diagnóstico de la depresión en el ámbito de la Atención Primaria (AP), el nivel de complejidad y si existe variabilidad en Castilla-La Mancha.

Dado la reciente implantación de la herramienta de Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) en CLM, se podría analizar la utilidad en la práctica asistencial para la acción proactiva, en personas que la herramienta identifica en riesgo, teniendo en cuenta la edad avanzada, y pluripatología asociada a la depresión.

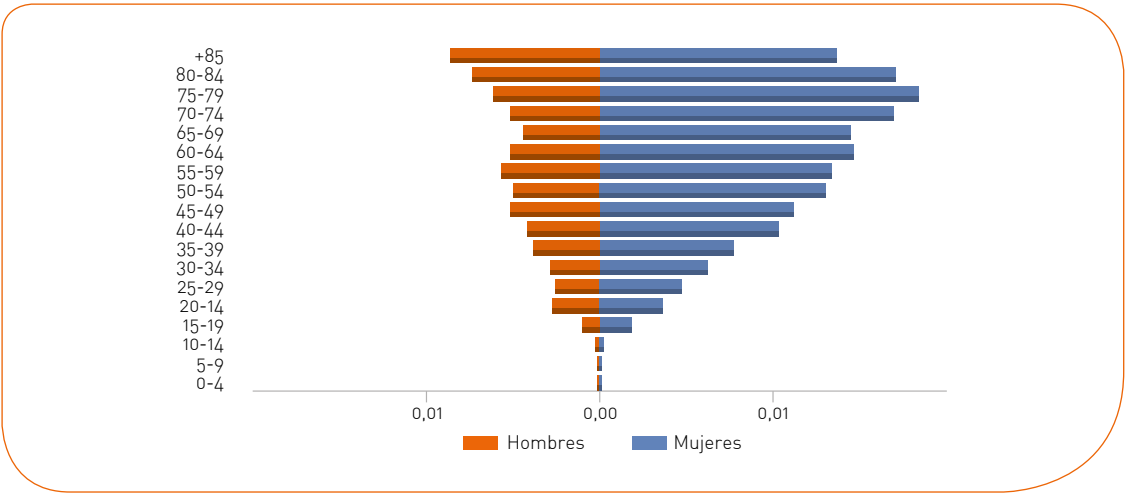


Gráfico 13. Distribución del diagnóstico de depresión en Atención Primaria por edad y sexo en CLM. Fuente: herramienta ‘Grupos de Morbilidad Ajustados’ (GMA) (intranet SESCAM). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD. CARGA DE ENFERMEDAD

La discapacidad se considera resultado de la interacción del nivel funcional mental con el resto de determinantes biológicos personales, ambientales-físicos o sociales, donde se incluyen familia y amigos, servicios y políticas sociales u otros trastornos (de Pedro Cuesta, Saiz Ruiz, Roca, Noger, & et al. , 2016).

Carga de enfermedad en los trastornos neurológicos, mentales y por consumo de sustancias

Se define la Carga de Enfermedad como la estimación en base a la morbilidad y mortalidad en las poblaciones, que permite conocer de forma simultánea la frecuencia y la distribución de enfermedades y lesiones, así como sus consecuencias en la población, tanto mortales como discapacitantes. Actúa como un indicador en la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades a la hora de asignar recursos. La medición que resume la Carga de Enfermedad (CE) son los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), concepto que engloba los Años de Vida Perdidos (AVP) por mortalidad prematura y los Años Vividos con Discapacidad (AVD), a causa de una enfermedad específica.

En un reciente artículo publicado en España sobre la carga de enfermedad en cuanto a trastornos neurológicos, mentales y relacionados con el consumo de sustancias (Lara, y otros, 2015) se analizaron los datos españoles procedentes del estudio *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors (GBD, 2010)*. El estudio muestra que los trastornos mentales aportan una mayor contribución a la carga de enfermedad en España, de forma similar a otros países europeos y que la proporción de AVAD atribuibles a trastornos mentales y por consumo de sustancias se ha incrementado en los últimos 20 años (del 10 al 11,7%). Además, cabe destacar que los trastornos depresivos constituyeron la mayor proporción de AVAD a lo largo de todo el abanico vital y que trastornos mentales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, tienen una aparición más tardía, con tendencia a hacerse crónicos y que representan la mayor proporción de carga de los 25 a 55 años.

En cuanto a diferencias por sexo, los AVAD para trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y alimentarios son superiores en mujeres. Por edad, los AVAD máximos se sitúan entre los 25 y los 44 años, lo que representa el 44,7% de los mismos. Hasta los 44 años los varones justifican una proporción superior de AVAD en cuanto a trastornos mentales y por consumo de sustancias, a partir de esa edad se produce una proporción mayor de AVD en mujeres.

En relación a los Años Vividos con Discapacidad (AVD) y Años de Vida Perdidos (AVP), la depresión supone la enfermedad más incapacitante y representa el 42,6% de los trastornos mentales y por consumo de sustancias. Relacionado con los años perdidos por mortalidad prematura, dentro de los trastornos mentales y por consumo de sustancias, en el mencionado estudio fue esta última la principal causa de mortalidad.

Incapacidad Temporal por trastorno mental en Castilla-La Mancha

A nivel regional, los datos disponibles sobre el número de personas con Incapacidad Temporal (IT) en los últimos 5 años, reflejan principalmente el aumento de IT en personas con trastorno de tipo psicótico y que la principal causa de IT es debida a trastornos del tipo neurótico o inducido por estrés.

Causa de la IT	2011	2012	2013	2014	2015
Trastornos mentales debidos a enfermedades orgánicas	56	56	57	50	50
Trastornos o síndromes debidos al consumo de drogas	113	100	101	42	78
Trastornos de tipo psicótico	491	370	386	521	616
Trastornos de tipo neurótico o inducidos por estrés	7.948	5.472	5.356	5.712	6.551
Trastornos de personalidad	103	54	64	97	98
Trastornos no clasificados en otra parte	29	21	16	35	41
SUMATORIO	8.740	6.073	5.980	6.457	7.434

Tabla 9. Nº de pacientes con Incapacidad Temporal (IT) por trastorno mental en Castilla-La Mancha durante el periodo 2011-2015.
Fuente: Gerencia de Coordinación e Inspección.

RED PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL

Desde el año 2000 la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM) ha dotado de dispositivos y ha integrado algunos pre-existentes, siguiendo el modelo de desinstitucionalización y abordaje comunitario para la atención integral a las personas con trastorno mental.

La Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha, de carácter comunitario, está configurada por los dispositivos sanitarios dependientes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y por la red de dispositivos sociosanitarios gestionados o financiados desde la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.



Gráfico 14. Proveedores de Servicios de Salud Mental en CLM.

La organización de una adecuada atención comunitaria a la población requiere de la coordinación de todos los dispositivos y servicios de Salud Mental (sanitarios y socio-sanitarios) con los servicios sanitarios generales (de ahí la necesaria ubicación de algunos de ellos en los Hospitales), con los servicios sociales y con los servicios comunitarios, en el caso de las estructuras de carácter más socio-sanitario.

El primer contacto con el sistema se establece a través de los equipos de Atención Primaria y los servicios de urgencias. El eje del sistema son las respectivas Unidades de Salud Mental (USM), que se interrelacionan con el Hospital de Día (HD), la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y la Unidad de Media Estancia (UME) o bien con los dispositivos sociosanitarios, según la gravedad y las necesidades del paciente. En algunos casos se requiere el ingreso prolongado en centros específicos.

Si el trastorno es debido a consumo de sustancias, la entrada en el sistema de atención se realiza a través de las Unidades de Conductas Adictivas (UCA), que derivan a la UHB cuando se requiere desintoxicación hospitalaria, a los centros de apoyo para la deshabituación, o al centro de tratamiento dual, Comunidad Terapéutica “El Alba”, según sea necesario.

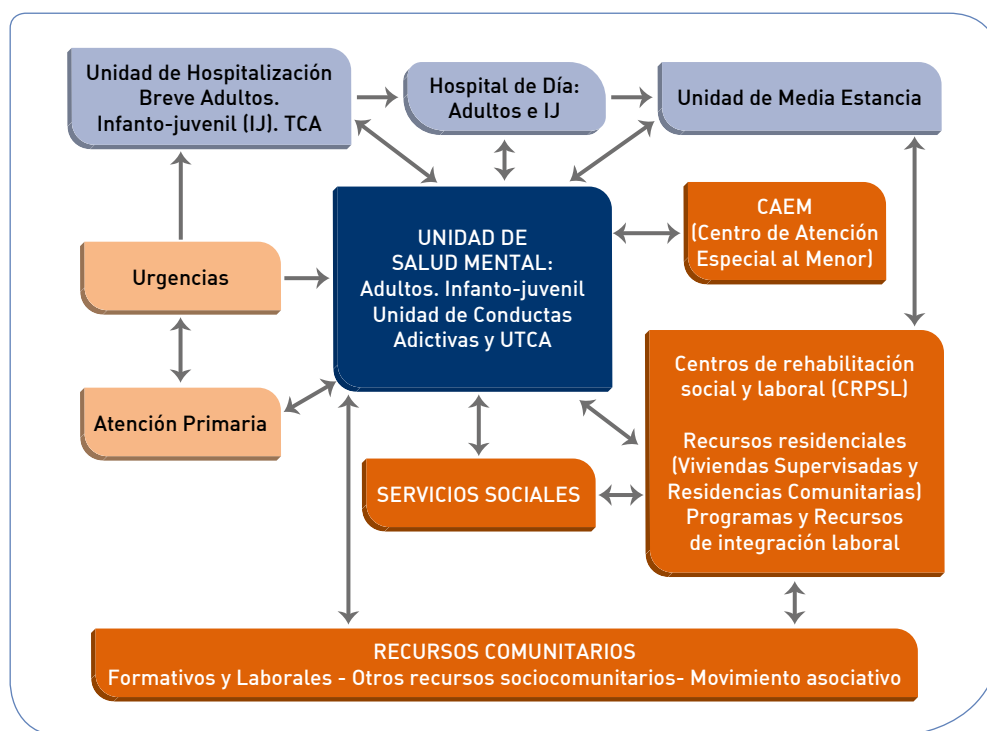


Gráfico 15. Esquema y organización de la Red de Salud Mental en CLM.

ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN: COMISIONES CLÍNICAS Y DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Además de la participación en comisiones clínicas dependientes de la Junta Técnico- asistencial y de la Comisión central de Garantía de Calidad de cada gerencia, en Salud Mental se cuenta con los siguientes órganos:

Comisión de Análisis de Casos (CAC)

Las CAC tienen por objeto impulsar y mejorar la coordinación entre las distintas administraciones y organismos, que intervienen en la atención a personas con diagnóstico de enfermedad mental, y/o discapacidad intelectual, judicializadas o con riesgo de judicialización.

Las CAC actúan a nivel provincial y se reúnen dos veces al año, a partir de la presentación y seguimiento de casos individuales. Las personas que forman parte de cada Comisión pertenecen a Consejería de Sanidad, Servicio Regional de Salud, Fundación Socio sanitaria (FSCLM), movimiento asociativo, Justicia e Instituciones Penitenciarias.

Comisiones de valoración de necesidades sociosanitarias

COMISIÓN	AMBITO Y PARTICIPACIÓN	OBJETIVO
Comisión de Valoración de Ingresos en la Unidad Residencial Rehabilitadora (URR)	Regional. Consejería de Sanidad y SESCAM	Valoración de Ingresos
Comisión de Ingresos del Centro de Atención al Menor (CAEM)	Regional. Consejería de Sanidad, de Educación, Bienestar Social, FSCLM y SESCAM	Valoración de Ingresos
Comisión de Trastorno Mental Grave	Área Sanitaria. SESCAM, FSCLM, y Servicios Sociales de Base	Planificación terapéutica y continuidad asistencial
Comisión de Primeros Episodios Psicóticos	Gerencia de Área de Atención Integral. SESCAM	Evaluación y planificación terapéutica (No implantada en todas las áreas)

Tabla 10. Comisiones de valoración relacionadas con la Salud Mental. CLM 2016. SESCAM.

Sistema de participación de profesionales

El sistema de participación de profesionales en Salud Mental se articula a través de:

1. Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental.
2. Grupos de trabajo regionales estables, organizados por dispositivos o determinadas categorías profesionales.
3. Realización de jornadas anuales de encuentro e intercambio.

Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental (REX-Sm-CLM)

La red de Expertos y Profesionales de Salud Mental (REX-Sm-CLM) surge en el marco de la línea de humanización de la asistencia de la Consejería de Sanidad de la JCCM, como un sistema de participación de los profesionales, personas usuarias expertas por experiencia, familiares, sociedades científicas y sociedad civil en general, para mejorar el conocimiento y análisis de situación así como para impulsar actuaciones orientadas a la mejora de la calidad de atención a la Salud Mental. Tiene carácter interdisciplinar y consultivo.

La REX-Sm-CLM se compone, al igual que el resto de las redes de expertos, de tres órganos: Coordinadores, Consejo de Dirección, y Comité Consultivo. Bajo el paraguas de estos tres órganos, se constituirán diferentes grupos de trabajo, para ampliar el conocimiento y desarrollar líneas consensuadas de trabajo.

Grupos de trabajo regionales y Jornadas anuales:

- Unidades de Media Estancia (UME)
- Hospitales de Día de adultos (HD)
- Unidades de Salud Mental (USM)

- Unidades de Conductas Adictivas (UCA)
- Unidades de Hospitalización Breve (UHB)
- Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)
- Salud Mental Infanto-Juvenil (SM-IJ)
- Jornadas de la FSCLM

Movimiento asociativo de salud mental en Castilla-La Mancha

Actualmente el movimiento asociativo trabaja con el modelo de intervención comunitaria, centrado en la recuperación, basado en el empoderamiento de las personas con trastorno mental, y en el reconocimiento de sus derechos, apoyándose en el nuevo paradigma en la protección de los mismos que ha supuesto la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España en el año 2008.

En nuestra Comunidad Autónoma la primera Asociación que se constituyó fue en el año 1990 y en la actualidad ya son 17 las asociaciones repartidas por toda la región las que integran la Federación Salud Mental Castilla-La Mancha, entidad sin ánimo de lucro constituida en Toledo el 22 de julio de 1996 y que tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias, la defensa de sus derechos y el ejercicio de la representación regional del colectivo.

La Federación es miembro del Patronato de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, de la Confederación Salud Mental España y del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha (CERMI CLM).

Actualmente está conformada por 17 asociaciones, que cuentan con 3.204 socios, de los cuales 945 son personas con problemas de salud mental, 1.706 familiares y 553 de otro tipo, donde prestan sus servicios 224 trabajadores y colaboran 110 voluntarios.

El movimiento asociativo gestiona en coordinación con la Fundación Sociosanitaria Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), viviendas supervisadas y residencias comunitarias. En el ámbito laboral, también gestiona 2 Centros Especiales de Empleo.

Por otro lado, los programas y actividades que desarrolla el movimiento asociativo en coordinación con la red de salud mental y servicios sociales contemplan las siguientes líneas de actuación:

- Sensibilización y lucha contra el estigma en salud mental.
- Apoyo mutuo.
- Servicios de Información, orientación y asesoramiento jurídico.
- Promoción del voluntariado.

- Formación e inserción laboral.
- Ocio y tiempo libre.
- Empoderamiento de las personas con problemas de salud mental.
- Acompañamiento integral.

4.4. DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

4.4.1. DISPOSITIVOS

DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-JJ). Es el dispositivo o servicio sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas menores de edad. Desarrolla además actuaciones preventivas y de interrelación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos.

Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ). Es el dispositivo o servicio sanitario ambulatorio para el tratamiento intensivo de pacientes menores de edad con trastornos mentales graves.

Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ). Es el dispositivo asistencial específico, de ámbito regional, para el tratamiento intensivo de menores que precisan hospitalización hasta la estabilización psicopatológica.

Centro de Atención Especializada al Menor (CAEM). Es un centro para la atención integral de las necesidades de aquellos menores con problemas de conducta que han excedido la capacidad de resolución de los dispositivos normalizados y/o especializados que ofrece el entorno.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Castilla-La Mancha
USM-IJ	1	1	1	1	1	1¹	1	7
HDIJ	1	-	-	1	-	1	-	3
Nº de plazas	18			16		15		49
UHB-IJ		1						1
Nº de camas		15						15
CAEM					1			1
Nº de plazas					13			13

Tabla 11. Nº y tipos de dispositivos de atención a la SM infanto-juvenil por áreas. Fuente: SESCAM. DGAS.
¹ Incluye la Unidad de Valoración del abuso sexual infantil (UVASI). Unidades de Salud Mental Infanto/Juvenil (USM-IJ). Hospitales de Día Infanto-Juvenil (HDIJ). Unidad de Hospitalización Breve I-J (UHB-IJ). Centro de Atención Especializada al Menor (CAEM).

DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS (MAYORES DE 18 AÑOS)

Unidad de Salud Mental (USM). Es el recurso sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas adultas. Es considerado el dispositivo central de la Red.

Hospital de Día (HD). Es un dispositivo o servicio sanitario ambulatorio donde se lleva a cabo el tratamiento intensivo de personas adultas con trastornos mentales graves.

Unidad de Hospitalización Breve (UHB). La UHB es el dispositivo con internamiento para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento en pacientes mayores de edad que requieren hospitalización de corta duración.

Unidad de Media Estancia (UME). La UME es el dispositivo o servicio sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo de quienes necesitan un abordaje terapéutico estructurado con el fin de intentar su rehabilitación y capacitación para la reintegración comunitaria.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Puertollano	Castilla-La Mancha
Atención ambulatoria:									
USM	5	3	1	2	5	3	1	1	21
Consultas de Salud Mental	5	-	2	-	-	-	-	1	8

Tabla 12. Nº de Unidades de Salud Mental y consultas especializadas de SM en CLM por áreas de salud, año 2016. Fuente: SESCAM. DGAS, Área de Salud Mental.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Puertollano	Castilla-La Mancha
Hospitalización total y parcial:									
UHB	1	1	1	1	1	1	1	-	7
Nº de camas	26	28	15	16	38	10	14	-	147
UME	1	1	1	1	1	-	-	-	5
Nº de plazas	30	32	25	12	20	-	-	-	119
HD-A	1	1	1	1	1	1	1	-	7
Nº de plazas	20	18	20	20	20	14	15	-	127

Tabla 13. Nº de dispositivos de hospitalización total o parcial en CLM por áreas de salud, 2016. Fuente: SESCAM. DGAS, Área de Salud Mental.

DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS

CONDUCTAS ADICTIVAS

Unidad de Conductas Adictivas (UCA). Recurso asistencial ambulatorio en el que se presta una atención integral a las personas o pacientes con conductas adictivas.

Comunidad Terapéutica para atención a drogodependientes “El Alba”. Centro sanitario ubicado en Toledo, de ámbito regional, para atender a pacientes con adicción a drogas y que con frecuencia presentan además algún trastorno mental comórbido.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Puertollano	Castilla-La Mancha
UCA	2	1	1	1	1	1	1	1	9

Tabla 14. Unidades de Conductas Adictivas, CLM 2016. Fuente: SESCOAM. DGAS, Área de Salud Mental.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTA). Recurso para la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria, bien en régimen ambulatorio u hospitalización completa o parcial.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Castilla-La Mancha
UTA	1	1						2
Nº de plazas	5	10						15

Tabla 15. Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria, CLM 2016. Fuente: SESCOAM. DGAS, Área de Salud Mental.

UNIDADES RESIDENCIALES REHABILITADORAS (URR)

Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (URR). Las Unidades Residenciales y Rehabilitadoras se establecieron como centros de internamiento prolongado para pacientes que, debido a su trastorno y situación social, precisan de soporte a sus necesidades residenciales y de cuidados. El objetivo prioritario de estas unidades es el de la cobertura de dichas necesidades psicosociales de pacientes con patología mental grave y persistente.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Castilla-La Mancha
URR	–	1	–	2	–	–	–	3
Nº de camas	–	55	–	183	–	–	–	238

Tabla 16. Unidades Residenciales Rehabilitadoras, CLM 2016. Fuente: SESCOAM. DGAS, Área de Salud Mental.

DISPOSITIVOS RESIDENCIALES, CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL (CRPSL) Y CENTROS DE DÍA

Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL). Centros sociales especializados de carácter ambulatorio de atención a las personas con trastorno mental grave (TMG) en los que se realizan programas individualizados de rehabilitación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Puertollano	Castilla-La Mancha
Adultos. Atención ambulatoria:									
CRPSL	5	3	2	1	4	2	1	1	19

Tabla 17. Nº de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), CLM 2016. Fuente: FSCLM.

Centros de Día (CD). Recursos comunitarios, de carácter social y complementario a los CRPSL, que ofrecen una serie de actividades y programas de apoyo y soporte social, dirigidas a aquellas personas que presentan mayor dificultad de funcionamiento e integración, y con un alto riesgo de marginación, aislamiento y con necesidad de apoyo continuado.

Viviendas Supervisadas (VVSS). Son dispositivos residenciales, insertos en el entorno social, complementarios al CRPSL (excepcionalmente a una Residencia comunitaria), que ofrecen un espacio de convivencia desde el que se proporciona una atención global e integral, coordinada desde el Centro de Rehabilitación, a través de un plan conjunto. Este tipo de dispositivo está diseñado para personas con trastorno mental grave que habiendo avanzado en su proceso de recuperación y autonomía, aún requieren de apoyos para vivir de forma independiente.

Residencias Comunitarias (RC). Son recursos residenciales con supervisión de 24 horas, abierta y flexible para personas con trastorno mental grave que requieren de apoyos más intensos en su autonomía personal y social y que no cuentan con apoyo familiar o social, o que debido a su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación, requieren el apoyo y la intervención desde este tipo de dispositivos.

DISPOSITIVOS	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Mancha-Centro	Talavera de la Reina	Puertollano	Castilla-La Mancha
Residencias Comunitarias	1	–	1	–	1	–	1	–	4
Nº de plazas	66	–	44	–	29	–	38	–	177
Viviendas Supervisadas	9	3	4	5	4	3	2	–	30
Nº de plazas	56	18	24	22	30	18	12	–	180

Tabla 18. Nº y tipo de dispositivos residenciales socio-sanitarios especializados de SM, CLM 2016. Fuente: FSCLM.

DISPOSITIVOS SANITARIOS DE ATENCIÓN
A LA SALUD MENTAL



Gráfico 16. Mapa de recursos sanitarios. Consejería de Sanidad. DGPOI. Servicio de Planificación.

DISPOSITIVOS SOCIOSANITARIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

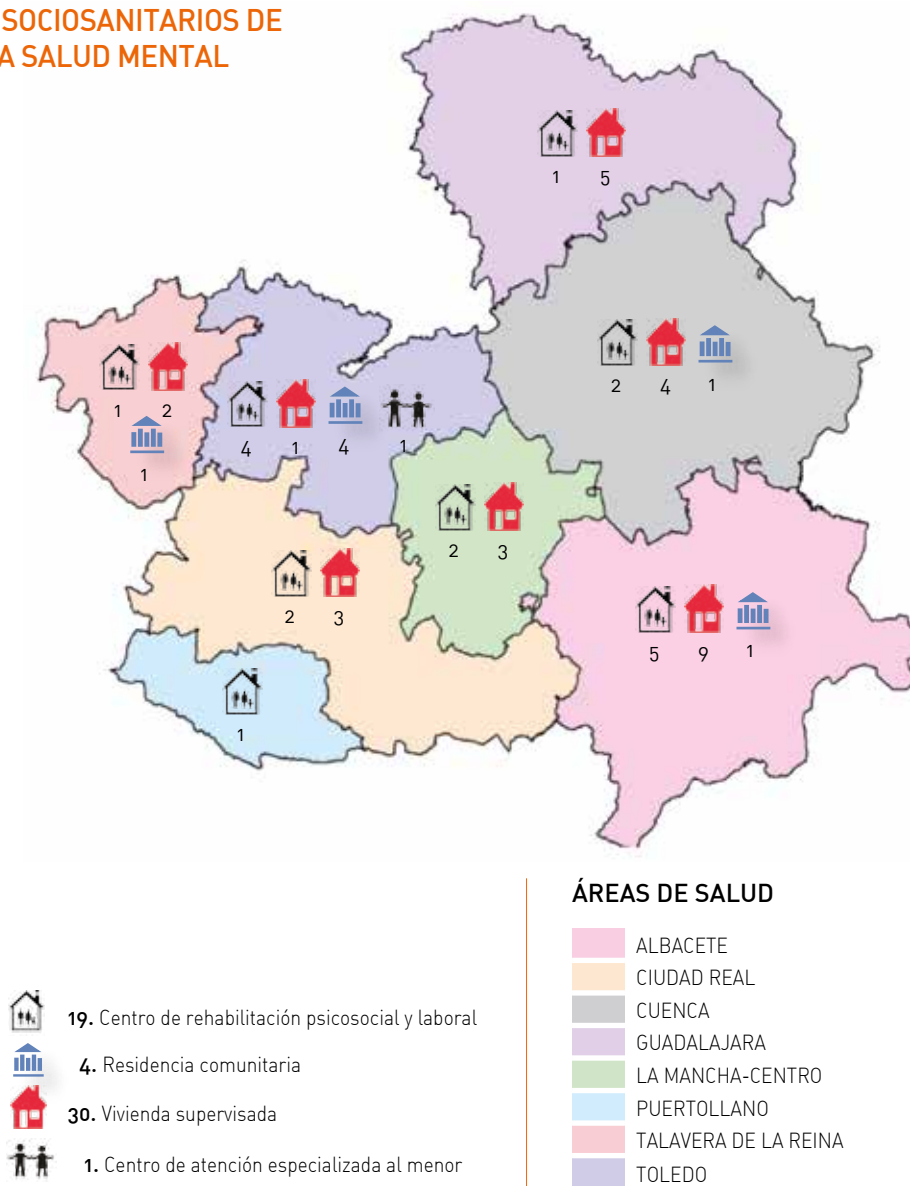


Gráfico 17. Mapa de recursos socio-sanitarios. Consejería de Sanidad. DGPOI. Servicio de Planificación.

4.4.2. RECURSOS HUMANOS

DISPOSITIVOS PROFESIONALES	USM(3)	USMIJ	HDIJ	HD	UHB	UHBIJ	UME	UCA	UTCA	INTER CONSULTA	CTD "EL ALBA"	CRPSL	RC	VS	CAEM	TOTAL
Psiquiatras	69,4	17,5	2,5	6,5	20,2	3,0	7,5	3,0	4,1	3,0	1,0					137,7
Psicólogos (1)	49,9	20,6	3,0	6,5	2,6	1,0	7,2	11,0	3,9	3,6	1,0	26	4			140,3
Médicos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7	0,0	0,0	1,0					9,7
Enfermería	30,9	10,0	3,0	7,0	56,5	7,0	34,0	14,75	9,4	0,0	6,0					178,55
Trabajadores Sociales	7,0	4,8	0,7	3,0	3,2	0,5	4,5	8,0	0,5	0,0	1,0	19	4			56,2
Terapeutas Ocupacionales	0,5	0,5	0,0	6,5	1,0	0,5	3,0	0,0	1,0	0,0	1,0	21	4			39
Auxiliares de Enfermería	13,0	3,0	3,0	8,0	126,0	10,0	77	4,0	12,0	0,0	3,0					259
Celadores	0,0	0,0	0,0	0,0	14,0	3,0	6,0	0,0	0,0	0,0						23
Auxiliares Administrativos	18,0	4,5	0,5	0,7	2,3	0,0	2,6	5,0	0,5	0,0		20		1	1	2
Monitores												31	70	69	16	186
Otros							11,4				6,0	13	3			22
TOTAL	188,7	60,9	12,7	38,2	225,8	25	153,2	54,45	31,4	6,6	20	130	85	70	17	1.053,45

Tabla 19. Recursos humanos en los dispositivos de SM en CLM por categorías en 2015. Fuente: SESCOAM. DGAS, Área de Salud Mental y FSCLM. 13 son titulados superiores sin la especialidad

4.5. CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Cartera de Servicios de atención a la salud mental en Atención Primaria

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (RD 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización), establece la atención a la salud mental para Atención Primaria, en coordinación con los servicios de Atención Especializada:

- 1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
- 2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de AP.
- 3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos; y derivación a los servicios de salud mental.
- 4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación al servicio especializado correspondiente.
- 5. Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Cartera de Servicios de atención a la salud mental en Atención Especializada

Contempla el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. Esta atención, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención en la psicosis, el autismo y los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente a quienes intervengan en sus cuidados.

Programas Asistenciales específicos de salud mental en Castilla-La Mancha

Además, en nuestra Región, se desarrollan programas asistenciales diseñados específicamente para la atención a la salud mental en diferentes ámbitos:

ÁMBITO	PROGRAMA
ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	Salud Mental Perinatal. Protocolo de atención al TDAH. Protocolo Multidisciplinar de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).
ATENCIÓN A LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS	Programa de intervención temprana en Primeros Episodios Psicóticos (IPPE).
ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE	Proceso de Trastorno mental Grave (TMG).
ATENCIÓN A PROBLEMAS DE TRASTORNO MENTAL COMÚN DEL ADULTO	Programa de Trastorno mental común del adulto. Intervenciones grupales en trastorno de ansiedad y agorafobia. Grupos de ayuda mutua (GAM). Programa cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad. Consultas monográficas: trastorno somatomorfo.
PROGRAMAS ESPECÍFICOS	Psicogeriatría. Salud Mental e Incapacidad Laboral. Salud Mental en Instituciones Penitenciarias. Salud Mental y Discapacidad Intelectual. Patología dual.

Tabla 20. Programas asistenciales de Salud Mental en el SESCAM. Fuente: SESCAM. DGAS. Área de Salud Mental.

Servicios de atención a la salud mental de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

La Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha tiene como misión la prevención, la rehabilitación y el apoyo social y laboral de las personas con trastornos mentales u otras enfermedades de larga evolución y/o en riesgo de exclusión social. Los servicios, programas y cartera de prestaciones tienen como objetivos generales:

- Prestar atención a las necesidades de rehabilitación psicosocial y de recuperación integral de personas con trastorno mental grave en los centros de rehabilitación psicosocial y laboral y entorno comunitario.
- Atender las necesidades de carácter residencial y de rehabilitación de personas con trastorno mental grave en las residencias comunitarias y viviendas supervisadas.
- Promover la inclusión en el mercado laboral de las personas con trastornos mentales y personas en riesgo de exclusión social, a través de programas de formación y de apoyo a la inserción laboral, y de la sensibilización del tejido empresarial.
- Atender las necesidades de familiares de personas con trastorno mental grave y mejorar su calidad de vida a través de programas específicos de intervención y asesoramiento.

- Proporcionar protección y garantía efectiva de los derechos de las personas con la capacidad de obrar modificada, a través de un sistema de apoyos acorde a las necesidades de la persona y conforme a lo establecido judicialmente.
- Proporcionar atención integral a aquellos menores cuyas necesidades y problemas de conducta hayan desbordado la capacidad de resolución y abordaje personal, familiar de los dispositivos normalizados y especializados que ofrece el entorno.
- Apoyar la atención a personas con problemas de alcoholismo y drogodependencias en Comunidades Terapéuticas.
- Apoyar la atención a personas en riesgo de exclusión social asociado a enfermedades crónicas (como VIH-SIDA) en coordinación con entidades regionales sin ánimo de lucro.
- Apoyar la atención a personas reclusas en Centros Penitenciarios de Castilla-La Mancha con problemas de drogodependencias.

ÁMBITO	SERVICIOS Y PROGRAMAS
ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) Dispositivos Residenciales: Residencias Comunitarias y Vivien- das Supervisadas
FORMACIÓN E INSERCIÓN LABORAL	Programa Incorpora. La FSCLM es la entidad coordinadora a ni- vel regional.
ATENCIÓN A MENORES	Centro de Atención Especial al Menor (CAEM).
ATENCIÓN A PERSONAS INCAPACITADAS POR LA AUTORIDAD JUDICIAL	Programa Regional de Atención Tutelar.
ADICCIONES	Comunidades Terapéuticas. Programa de Intervención en Centros Penitenciarios.
RIESGO DE EXCLUSIÓN	Centros de Atención a Personas en Riesgo de Exclusión social debido a Problemas de Salud.
SENSIBILIZACIÓN Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA	Acciones orientadas a la participación activa, disminuir el stig- ma y velar por los Derechos Humanos.

Tabla 21. Programas y Servicios de la FSCLM según áreas de actividad. Fuente: FSCLM.

4.6. DATOS DE ACTIVIDAD

A continuación se muestran algunos indicadores de funcionamiento basados en la Metodología de Análisis de Hospitalización del SNS, correspondientes al año 2015.

HOSPITALIZACIÓN

CASUÍSTICA DE LA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL SESCAM 2015	
Altas hospitalización (UHBs)	3.690
ÍNDICE DE CASUÍSTICA Y FUNCIONAMIENTO	
Estancia Media (EMh)	9,92
Estancia media Norma (EMs)	8,63
Estancia Media Ajustada por Casuística (EMAC)	8,3563
Estancia Media Ajustada por Funcionamiento (EMAF)	12,2602
Índice de Case Mix (ICM)	1,6666
Índice de Complejidad (IC)	1,0452
Índice de la Estancia Media Ajustada (IEMA)	0,8909
Impacto	-4.485,32
REINGRESOS	
% Reingresos ≤ 7 días	6,31%
% Reingresos ≤ 30 días	12,71%
TASA BRUTA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	
Global	1
Tasa de Mortalidad intrahospitalaria	0,05%
Mortalidad Esperada	10
Altas sin diagnóstico principal	0
% GRDs Inespecíficos	0,03%
% Cumplimentación de CIP	98,45%

Tabla 22. Casuística hospitalaria e indicadores de funcionamiento según datos a partir del CMBD, CLM 2015. Modelo de indicadores basados en la Metodología de Análisis de Hospitalización del Sistema Nacional de Salud (SNS). Fuente: SESCAM. Área de Tecnologías de la Información; Procesos de Soporte de la Dirección de Hospitales. Descripción de indicadores: EMh: Suma de la estancia / Recuento del número de episodios. EMs: Suma de la estancia del SNS / Recuento total del número de episodios. EMAC: Sumatorio GRD a GRD (EMhd * altas del estándar) / Total altas del estándar. EMAF: Sumatorio GRD a GRD (EMsd (SNS)* altas del hospital) / Total altas del hospital. IEMA: EMh/EMAF; un IEAM >1 indica peor funcionamiento respecto al estándar. Un IEMA <1 indica un funcionamiento más eficiente. ICM: EMAF / Estancia media del estándar depurada. IC: Peso Medio hospital por GRD / Peso Medio Norma. Utilizando los pesos del SNS. IEMAF: Estancia media del hospital depurada / EMAF. Impacto: (EMhd - EMAF) * Altas del hospital.

Según los datos obtenidos a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del SNS, en 2015 se produjeron 3690 altas hospitalarias en los Servicios de Salud Mental de CLM (1,8 altas por cada 1000 habitantes). La estancia media ajustada por funcionamiento con respecto al estándar del SNS, a igualdad de casuística, indica un funcionamiento más eficiente (IEMA= 0,89), siendo la complejidad de los casos atendidos igual o ligeramente superior al estándar (IC= 1,04). El impacto de las estancias evitables respecto al estándar fue de -4.485,3. En cuanto a los reingresos, la cifra a considerar sería la de 6% (que tiene lugar entre 7 y 30 días tras el alta), que es un porcentaje susceptible de mejora.

Se detalla a continuación los datos de actividad en los diferentes dispositivos de hospitalización recogidos en el registro de actividad del SESCOAM tanto en 2015 como en 2016.

HOSPITALIZACION SALUD MENTAL	2015	2016
HOSPITALIZACIÓN [nº ingresos]		
UHB-Infanto Juvenil	166	176
UHB-Adultos	3.304	3.129
UHB-Trastornos de la Alimentación	200	144
Unidad de Media Estancia	682	427
HOSPITALIZACIÓN (nº estancias)		
UHB-Infanto Juvenil	4.326	4.142
UHB-Adultos	41.650	41.269
UHB-Trastornos de la Alimentación	4.439	4.367
Unidad de Media Estancia	27.468	27.377
Nº Urgencias atendidas	13.870	10.968
Interconsultas	8.725	6.120

Tabla 23. Datos registrados sobre actividad de hospitalización desagregada en las unidades hospitalarias durante 2015 y 2016. Fuente. SESCOAM. Área de Tecnologías de la Información; Procesos de Soporte de la Dirección de Hospitales.

ACTIVIDAD AMBULATORIA

En 2015 se produjeron 46.692 consultas nuevas en las Unidades de Salud Mental de adultos, cifra que aumentó a 47.935 en 2016. En el caso de los menores, se atendieron 9.996 y 9.893 consultas nuevas en 2015 y 2016 respectivamente. En la tabla siguiente se detalla la atención en el conjunto de dispositivos ambulatorios, que se desarrolla de manera interdisciplinar. No se dispone de un registro de casos nuevos en las unidades asistenciales de salud mental, sino de actividad por estamento profesional. En algunas de ellas, la actividad de enfermería y/o trabajo social no se computa como consulta nueva sino como sucesiva (técnica u otra prestación asistencial).

En el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) figuran 27.336 primeras consultas en 2015 y 28.068 en 2016, es decir un incremento anual del 2,7%. Esta cifra supone un 13,38 % consultas nuevas por 1.000 habitantes en 2015 y 13,74%, en 2016. Globalmente, el índice de consultas sucesivas por cada primera es 6.

UNIDAD DE SALUD MENTAL	Total 2015		Total 2016	
P- Primeras S- Sucesivas	P	S	P	S
CONSULTAS EXTERNAS				
USM ADULTOS	46.692	212.803	47.935	218.812
Psiquiatría	22.029	114.679	22.356	112.252
Psicología	11.485	58.529	13.320	58.192
Enfermería	11.055	35.312	10.270	41.660
Trabajo Social	2.123	8.283	1.989	6.708
USMIJ	9.996	59.684	9.893	65.176
Psiquiatría	3.371	20.522	3.705	23.565
Psicología	3.438	24.389	3.944	25.621
Enfermería	3.187	13.573	2.244	14.902
Trabajo Social	*	1.200	*	1.088
UCA (Unidad de Conductas Adictivas)	5.150	73.296	5.289	74.984
Médico/a	2.444	19.528	2.232	20.259
Psicología	1.532	12.042	1.578	12.180
Enfermería	352	34.508	716	36.634
Trabajo Social	822	7.218	763	5.911
UTA (Unidad Trastornos de la Alimentación)	2.182	8.550	2.248	6.543
Psiquiatría	382	3.184	545	1.819
Psicología	351	5.366	296	4.724
Enfermería	*	894	*	756
Trabajo Social	*	555	*	651

Tabla 24. Datos registrados sobre consultas nuevas y sucesivas en las unidades ambulatorias de Salud Mental en 2015 y 2016. Fuente. SESCOAM. Área de Tecnologías de la Información; Procesos de Soporte de la Dirección de Hospitales.

* En estos casos, se computa toda la actividad como sucesivas.

HOSPITAL DE DÍA	2015	2016
HD-Infanto Juvenil	815	832
HD-Adultos	4.951	4.818
HOSPITAL DE DÍA (sesiones)		
HD-Infanto Juvenil	4.011	3.926
HD-Adultos	12.037	14.759

Tabla 25. Datos registrados sobre actividad en Hospital de Día de Salud Mental, años 2015 y 2016 (nº pacientes). Fuente. SESCOAM. Área de Tecnologías de la Información; Procesos de Soporte de la Dirección de Hospitales.

Los datos de actividad de la FSCLM, en el periodo 2011-2016, se resumen en la tabla siguiente. Destaca el incremento de personas atendidas en los recursos especializados en la atención a personas con trastorno mental grave, estando vinculado, en el caso de dispositivos residenciales al incremento de plazas, si bien la rotación de las mismas es baja. Además, cabe destacar el aumento de personas en situación de capacidad de obrar modificada por orden judicial, atendidas en el Programa Regional de Acción Tutelar (PRAT), y de personas que se han beneficiado del Programa Incorpora.

TIPO DE DISPOSITIVO /PROGRAMA	Nº DE PERSONAS ATENDIDAS EN EL PERIODO 2011-2016 (Nº DE PLAZAS)					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)	1.847	1.957	2.035	2.078	2.088	2.029
Viviendas Supervisadas (VS)	190 (166 pl.)	209 (166 pl.)	212 (168 pl.)	209 (176 pl.)	210 (180 pl.)	204 (180 pl.)
Residencias Comunitarias (RC)	191 (164 pl.)	198 (167 pl.)	203 (170 pl.)	216 (171 pl.)	196 (177 pl.)	214 (177 pl.)
Centro de Atención Especializada al Menor (CAEM)	19 (13 pl.)	14 (13 pl.)	17 (13 pl.)	23 (13 pl.)	20 (13 pl.)	20 (13 pl.)
Programa Regional de Acción Tutelar (PRAT)	24	34	47	54	62	78
Comunidades Terapéuticas (CT)	460 (247 pl.)	417 (167 pl.)	405 (167 pl.)	387 (150 pl.)	377 (137 pl.)	377 (145 pl.)
Programas de intervención en adicciones en Centros Penitenciarios	966	900	893	1.040	1.067	1.016
Programa Incorpora	123	191	237	231	248	272
Centros residenciales para personas en riesgo de exclusión social	48 (34 pl.)	52 (33 pl.)	49 (34 pl.)	59 (33 pl.)	53 (35 pl.)	44 (36 pl.)
TOTALES ATENDIDOS	4.467	4.819	5.414	5.660	5.996	5.915

Tabla 26. Datos de actividad de la FSCLM: nº de personas atendidas entre 2011 y 2016. Fuente. FSCLM.

LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA

La investigación en salud mental en Castilla La Mancha se desarrolla principalmente en los centros del SESCOAM y en la Universidad de Castilla la Mancha y sus centros asociados. En la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, se han desarrollado algunas iniciativas de investigación aplicada centradas en programas de intervención con personas con trastorno mental grave.

Desde 2003 se mantiene un grupo de investigación en el tema de las bases neurobiológicas de los trastornos mentales graves, especialmente esquizofrenia y trastorno bipolar. Las principales líneas de investigación desarrolladas se centran en la evaluación neurocognitiva, neurofisiológica y genética de poblaciones clínicas con dichos trastornos.

Los últimos proyectos de investigación plurianuales abarcan el periodo 2010-2012:

- 1. *Efectividad del ejercicio físico en el tratamiento de la depresión en las personas mayores como alternativa a fármacos antidepressivos en Atención Primaria.* Jesús López Torres. Gerencia Atención de Primaria de Albacete.
- 2. Identificación de los Atributos Físicos del Síndrome de Temor a Caerse en personas mayores (FIS-TAC). Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Pedro Abizanda Soler. (Con la colaboración del Instituto de Salud Carlos III)
- 3. Estudio de intervención para la deshabituación de benzodiacepinas en el ámbito de atención primaria. Gerencia de Atención Primaria de Albacete. Beatriz Navarro Bravo. (Con la colaboración del Instituto de Salud Carlos III)
- 4. Aspectos genéticos del filtraje sensorio-motor en pacientes con esquizofrenia. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. José Luis Santos Gómez.

Número de proyectos de investigación



2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
7	7	0	4	2	6	3	4	0	0	0	0

Gráfico 18. Nº de proyectos de investigación en SM en CLM, 2005-2016. Fuente: DGCHAS.

PUBLICACIONES

Participaciones de centros del SESCAM

- 68 participaciones en los hospitales: 23 participaciones del hospital de Albacete, 13 del hospital de Ciudad Real, 12 del hospital de Cuenca, 10 del hospital de Guadalajara, 7 del hospital de Toledo y 1 del hospital de Talavera.
- 12 participaciones de centros de salud: 9 de centros de salud de Albacete y 3 de centros de salud de Ciudad Real.

Participaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM)

Por parte de la UCLM, ha habido 28 participaciones de las Facultades de Medicina, Ciencias Químicas, Educación, Enfermería y Fisioterapia, siendo la más activa la facultad de Medicina de Albacete. Además han participado en los artículos de investigación, el Centro Regional de Investigaciones Biológicas (CRIB) y el Instituto de Discapacidades Neurológicas (IDINE).

Albacete es donde se han realizado más actividades de investigación en salud mental en este periodo, seguido de Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo (incluidos el Hospital Nacional de Paraplégicos y el Hospital de Talavera).

DOCENCIA

Las Áreas de Salud de Castilla-La Mancha cuentan con capacidad para formación especializada postgrado en Salud Mental así como programas de rotación para residentes en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Neurología.

	Especialidad														
	PSICOLOGÍA CLÍNICA					PSIQUIATRÍA					ENFERMERÍA Especializada en Salud Mental				
	PA	R1	R2	R3	R4	PA	R1	R2	R3	R4	PA	R1	R2	R3	R4
UDM ALBACETE	1	1	0	1	1	2	1	1	1	2	5	2	1	0	0
H.G.U. CIUDAD REAL *	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	2	1	0	0
UDM TOLEDO	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1	0	0
UDM TALAVERA	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	**	0	0	0	0
H.G.U. GUADALAJARA *	2	2	2	1	1	2	1	0	1	1	***	0	0	0	0
TOTAL CLM	7	6	4	3	4	8	5	4	4	7	15	5	3	0	0

Tabla 27. Nº de residentes en CLM, enero 2016. Fuente: DGCHAS, Servicio de Formación Sanitaria Especializada UDM: Unidad Docente Multiprofesional. PA: Plazas acreditadas. R: Residentes en formación.

* No acreditación como UDM. ** Pendiente notificación Ministerio. *** No solicitada acreditación.

Con respecto a la evolución de las plazas acreditadas para Formación Especializada Postgrado, prácticamente no ha sufrido modificaciones en los últimos cinco años.

Plazas Acreditadas	2011	2012	2013	2014	2016
Psicología Clínica	6	7	7	7	7
Psiquiatría	8	8	8	8	8
Enfermería Especializada (EIR)	16	15	15	15	15

Tabla 28. Evolución de plazas docentes en SM acreditadas entre 2011 y 2016. Fuente: DGCHAS, Servicio de Formación Sanitaria Especializada

FORMACIÓN CONTINUADA

La Red de Salud Mental de Castilla La Mancha dispone de un programa específico de formación continuada, financiado por el SESCAM y la Consejería de Sanidad (a través del Instituto de Ciencias de la Salud). Al programa pueden acceder la totalidad de profesionales de la red, con independencia de la administración a la que pertenezcan (SESCAM, JCCM, FSCLM, etc.). Está compuesto por dos grandes grupos de actividades:

- Cursos, seminarios y talleres, dirigidos a la adquisición de conocimientos, competencias y habilidades de carácter técnico, tanto clínico como de gestión, así como al conocimiento de otros modelos asistenciales de reconocida eficiencia y eficacia.
- Jornadas de encuentro entre profesionales de la red para el intercambio de experiencias, creación de protocolos y procedimientos comunes. En algunas de estas jornadas participan también usuarios, que aportan su punto de vista sobre la asistencia que reciben.

En el año 2016 se programaron 18 cursos y 10 jornadas, con un total de 428 horas lectivas a las que acudieron alrededor de 900 alumnos de todas las categorías. La programación de contenidos se hace teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Orientaciones estratégicas de la organización.
- Propuestas de los profesionales, bien directas o a través de los diferentes grupos regionales de trabajo.
- Recomendaciones de la salud mental basadas en la evidencia.

La mayoría de las actividades se hacen de manera presencial, aunque en los últimos años se está dando un impulso a la realización de actividades en formato online.

Por otro lado, también se están introduciendo en el programa, actividades de formación y capacitación en salud mental dirigidas a Atención Primaria. Este programa es objeto de una alta valoración por parte de los profesionales, por lo que su potenciación es uno de los objetivos contenidos en el nuevo Plan de Salud Mental 2018–2025.

También se viene trabajado en calidad asistencial y gestión por procesos, a nivel formativo y de práctica clínica, con un grado heterogéneo de implantación. En seguridad del paciente se está trabajando en la extensión de la cultura y notificación de incidentes. Se imparten talleres anuales sobre evaluación de servicios, indicadores de actividad, procesos y resultados en Salud Mental, y se está trabajando por la normalización de los Sistemas de Información en Salud Mental.

La Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM) desarrolla anualmente un programa de formación dirigido a potenciar y desarrollar las competencias necesarias de los profesionales, incorporar las mejores prácticas y evidencias en el ámbito de la rehabilitación psicosocial y laboral, recuperación y apoyo comunitario, e impulsar y fomentar una cultura de calidad de los servicios sociosanitarios.

En 2016, el 76,1% de profesionales de la Fundación Sociosanitaria (FSCLM) han participado en actividades formativas. Dentro del Plan de Formación de 2016, se desarrollaron 23 cursos de formación que contaron con un total de 502 asistentes de la FSCLM. Tanto en las Jornadas anuales como en el área formativa de “Actualización de prácticas profesionales” se promovió la asistencia de profesionales socio-sanitarios de otras entidades de la red de salud mental.

En los últimos años, la Fundación ha potenciado la asistencia de personas con trastorno mental en calidad de alumnado o presentando ponencias en cursos / jornadas de formación, incorporando y poniendo en valor la experiencia “en primera persona” de las personas con trastorno mental.

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

capítulo 4

Análisis de situación de la Salud Mental en Castilla-La Mancha

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

Capítulo 5

Metodología de elaboración del Plan

- 5.1 Metodología DAFO
- 5.2 Perspectiva de Género en el Análisis de Situación
- 5.3 Metodología CAME
- 5.4 Análisis DAFO General. Matriz de Impacto

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Dos aspectos clave han orientado la metodología y el plan de trabajo del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025:

- La Gobernanza, el Buen Gobierno (OMS, 1998): se han tenido en cuenta los principios de transparencia, responsabilidad (voz y rendición de cuentas) e incentivos para promover la participación en la política en salud mental y sus actuaciones. La elaboración del PSM CLM 2018-2025 contempla actuaciones y metodologías de trabajo que propician mecanismos de participación ciudadana. De esta forma, se pretende trabajar por la mejora de la calidad técnica, la calidad del servicio que se presta y la calidad percibida, buscando así la mejoría global del estado de salud de la población.
- Planificación Estratégica: se han empleado herramientas metodológicas de gestión, planificación y mejora continua validadas en diferentes sectores y adecuadas al entorno socio-sanitario. Entre éstas, cabe destacar la Lista de verificación para evaluar un plan de salud mental (OMS).

Las Fases para la elaboración e implementación del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025, siguiendo el ciclo de la planificación corresponden al siguiente esquema:



Gráfico 19. Representación del ciclo de la planificación y mejora de la calidad.

La **primera fase**, de elaboración del Plan de Salud Mental, tiene un marcado carácter evaluativo para proceder al Diagnóstico de Situación y Reflexión Estratégica, y se ha orientado hacia:

1. La definición del marco institucional y el análisis normativo.
2. La valoración de los planes de salud mental regionales previos.
3. El análisis de los datos epidemiológicos y asistenciales.
4. El análisis del entorno interno y externo.
5. La participación de expertos en el proceso de reflexión estratégica así como en la detección de necesidades, factores críticos y áreas de mejora.

Esta fase evaluativa se completó con la elaboración de un análisis general de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (matriz DAFO) cuyo objetivo general era apoyar el posicionamiento estratégico de la organización con un análisis del entorno interno y externo, seguido de un análisis CAME (Corregir las Debilidades, Afrontar las Amenazas, Mantener las Fortalezas, Explotar las Oportunidades), cuyos resultados se plasmaron en un documento interno de trabajo, que se puede consultar.

En la **segunda fase**, se procedió a la formulación de los objetivos estratégicos, objetivos operativos y líneas de acción, así como a la identificación de necesidades, recursos asistenciales y procesos.

La implementación del Plan tendrá lugar durante todo el periodo de vigencia (2018-2025) y se desarrollará siguiendo las metodologías dinámicas de gestión de proyectos basadas en la mejora continua con la participación de las partes interesadas (ej. Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental).

Para el seguimiento y control de la estrategia se desarrollarán Cuadros de Mando, cuya monitorización favorecerá la evaluación del plan.

5.1. METODOLOGÍA DAFO

El análisis global se realizó en base a los datos disponibles de las conclusiones obtenidas en las jornadas de los grupos regionales de trabajo, las aportaciones de los responsables en coordinar las áreas de Salud Mental, y un estudio realizado *ad hoc* sobre participación de profesionales y personas usuarias expertas por experiencia en el análisis de situación.

La participación de profesionales y usuarios son instrumentos que se utilizan habitualmente en la elaboración de planes estratégicos, por lo que, tomando como referencia los ejes propuestos para el Plan de Salud Mental (PSM), el equipo técnico de coordinación configuró 7 grupos de participación de personas expertas:

Eje I. Liderazgo y Gobernanza	Grupo 1 - Derechos Humanos y Participación. Grupo 2 - Liderazgo y Gobernanza.
Eje II. Humanización de la asistencia	Grupo 3 - Programas Asistenciales Infancia y Adolescencia. Grupo 4 - Programas Asistenciales para Patología Mental Común. Grupo 5 - Programas Asistenciales para Patología Mental Grave.
Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención	Grupo 6 - Promoción y Prevención de la Salud.
Eje IV. Gestión del conocimiento	Grupo 7 - Gestión del Conocimiento.

Tomando como base el método cualitativo, como procedimiento de análisis, se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionarios semiestandarizados descriptivos que fueron elaborados expresamente para analizar la situación y propuestas de mejora en cada Eje propuesto. El envío a profesionales para su cumplimentación tuvo lugar en el primer semestre de 2016.
2. Grupos de discusión semidirigidos: Se optó por el uso de una metodología grupal de análisis del discurso del grupo en reunión presencial respecto a dos áreas temáticas: a) Grupo de Derechos Humanos y Participación. b) Grupo de Prevención y Promoción de la salud.
3. En el área temática de Patología Mental Grave, teniendo en cuenta la amplitud y complejidad de contenidos, se diseñó además, una escala ordinal para 14 aspectos que se consideraron críticos por los coordinadores técnicos.



Gráfico 20. Participación de personas expertas en el análisis de situación: fases y plan de trabajo.

Elaborados los resultados y conclusiones de quienes participaron, estos se volcaron en el formato DAFO, previo a la construcción de la matriz general con el resto de aportaciones que explicita las fortalezas y debilidades de la propia organización, así como las amenazas y oportunidades que ofrecen los condicionantes externos a la misma.

5.2. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En la fase de participación de personas expertas para el análisis y planificación, se tuvo en cuenta de forma transversal la perspectiva de género a través del análisis causal y de propuestas de mejora en cada uno de los 7 grupos.

CUESTIONES FORMULADAS RELATIVAS A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SM

LIDERAZGO Y GOBERNANZA

- ¿Cómo crees que afecta el género en cuanto al liderazgo participativo de la SM? ¿Qué actuaciones propones en este sentido?

DERECHOS HUMANOS Y PARTICIPACIÓN EN SALUD MENTAL

- ¿Crees que afecta el género a la participación de pacientes y las personas cuidadoras en el ámbito de la SM? ¿Cómo?
- ¿Crees que afecta el género a los derechos básicos de los pacientes en el ámbito de la SM? ¿Cómo?
- ¿Qué actuaciones propones al respecto, para mejorar los derechos humanos en la SM?

ATENCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL. HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

- ¿Cómo crees que afecta el factor “género” en la atención al trastorno mental común (TMC)?
- ¿Cómo crees que afecta el factor “género” en la atención a la patología mental grave (PMG)?
- ¿Cómo crees que afecta el factor “género” en la atención a la salud mental infanto-juvenil (SMIJ)?

SOSTENIBILIDAD, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- ¿Cómo crees que afecta el género en la promoción de la SM y la prevención de la enfermedad mental?
- ¿Qué enfermedades crees que afecta de forma más prevalente a las mujeres y cuáles más a los hombres y qué actuaciones tendríamos que considerar?
- ¿Qué actividades concretas de promoción y prevención propondrías, dirigidas específicamente a las mujeres y cuáles para los hombres?.

Las acciones específicas en cuanto a perspectiva de género se desarrollaran también de forma transversal a lo largo del periodo de vigencia del plan y en el seno de la Red de Expertos y profesionales de SM

5.3. METODOLOGÍA CAME

Finalmente, con la finalidad de obtener una matriz de impacto o confrontación, que vincule amenazas y oportunidades con debilidades y fortalezas, orientando la formulación de la estrategia en un mapa, se empleó la metodología CAME (Corregir debilidades, Afrontar amenazas, Mantener fortalezas, Explotar oportunidades), que consiste básicamente en formular estrategias emparejando los cuatro factores del DAFO de la siguiente forma:

- Relacionando las DEBILIDADES y las OPORTUNIDADES se formulan **Estrategias de Reorientación** para aprovechar las oportunidades y para corregir las debilidades.
- Relacionando las DEBILIDADES y las AMENAZAS se formulan **Estrategias de Supervivencia** para afrontar las amenazas, no dejando crecer las debilidades.
- Relacionando las FORTALEZAS y las AMENAZAS se formulan **Estrategias Defensivas** para mantener las fortalezas afrontando las amenazas.
- Relacionando las FORTALEZAS y las OPORTUNIDADES se formulan las **Estrategias Ofensivas** para explotar las fortalezas aprovechando las oportunidades.



Gráfico 21. Metodología CAME para el análisis estratégico.

5.4. ANÁLISIS DAFO GENERAL. MATRIZ DE IMPACTO

Análisis DAFO Matriz de Impacto		INTERNO: Recursos Humanos, organizacionales, físicos y económicos. Capital intelectual	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES
EXTERNO	OPORTUNIDADES	MAXI-MAXI <i>Posicionamiento estratégico “ofensivo”</i> Potenciar las fortalezas para aprovechar óptimamente las oportunidades.	MINI-MAXI <i>Posicionamiento estratégico “adaptativo” o de reorientación</i> Superar las debilidades para aprovechar óptimamente las oportunidades.
Entorno social		ÉXITO – Consolidación – Innovación – Estrategias ambiciosas – Posicionamiento fuerte	ILUSIÓN – Mejorar habilidades – Concentrarse en los procesos y en las personas usuarias y profesionales. – Establecer alianzas
Entorno sanitario			
Necesidades			
Clientes			
Financiación	AMENAZAS	MAXI-MINI <i>Posicionamiento estratégico “defensivo”</i> Potenciar las fortalezas para afrontar los efectos de las amenazas.	MINI-MINI <i>Posicionamiento estratégico de “supervivencia”</i> Superar las debilidades para atenuar los efectos de las amenazas.
Competencia		DESGASTE – Anticipación a dificultades/barreras – Recuperación – Reducir servicios – No perder fortalezas	VULNERABILIDAD – Reducir servicios – Desinversión
Conocimiento disponible			
Imagen			
...			

Fuentes consultadas: Costa, A.J. (2009). La Matriz DAFO dinámica. Escuela de Alta Dirección y Administración (EADA). Mauri, J. (2013). Dirección Estratégica. Programa de Gestión Clínica de Servicios de Salud Mental. Escuela de Alta Dirección y Administración (EADA).

capítulo 6

Diagnóstico y Reflexión Estratégica

CAPÍTULO 6

DIAGNÓSTICO Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA

DIAGNÓSTICO Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA

6.1. MATRIZ DAFO

DAFO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	-Incorporación progresiva de los principios del enfoque de la Recuperación. -Red de Salud Mental con enfoque comunitario. -Trabajo en equipo. -Grupos de trabajo regionales y jornadas de formación. -Esfuerzo por la coordinación con Atención Primaria. -Compromiso profesional.	-Sobrecarga asistencial referida por algunos profesionales y dificultad de adecuar los recursos a la demanda en determinadas ocasiones. -Falta de dotación de algunos dispositivos sanitarios en la Red y de recursos socio-sanitarios y residenciales. -Dificultad para encontrar recursos residenciales cuando se trata de patologías mentales complejas, comórbidas o limítrofes. -Pérdida de algunos recursos humanos en el periodo 2011-15. -Dificultades en la gestión clínica: Por parte de los responsables de área de SM se vivencia que dicha disciplina presenta escasa ventaja competitiva con respecto a otros servicios en los planes de inversión gerenciales. También que tienen escasa autonomía en la gestión (no retorno al servicio de las medidas de eficiencia). Ausencia de gestión del desempeño por competencias. -Existencia de lagunas formativas o actitudes profesionales propias de la institucionalización. Riesgo o vulneración desde el trato y respeto de los Derechos Humanos.
	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
ANÁLISIS EXTERNO	-Acuerdos de colaboración institucional. -Comisiones de área y foros de trabajo en red. -Tecnologías de la información. -Planes de formación continuada. -Participación de personas con trastorno mental, del movimiento asociativo y grupos de ayuda mutua.	-Contexto social: patologización de acontecimientos difíciles de la vida. -Desempleo y determinantes sociales de los problemas de salud mental. -Envejecimiento poblacional (carga de enfermedad, personas cuidadoras...) -Limitaciones presupuestarias. -Disminución del gasto social. -Escasez de tejido empresarial para afrontar la integración laboral de las personas con diagnóstico de trastorno mental.

6.1 Matriz DAFO

6.2 Diagnóstico de situación y reflexión estratégica

6.3 Factores clave de éxito para el desarrollo de la misión

6.4 Marco de Referencia y construcción de estrategias para la misión

6.5 Definición de Objetivos Estratégicos

6.2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA

Los condicionantes socioculturales, el desempleo y otros factores determinantes de la salud han generado, por un lado, un fenómeno de **“patologización” de los problemas de la vida** y por otro la necesidad de tener en cuenta la influencia de los problemas sociales en la búsqueda de soluciones en el ámbito sanitario.

Del análisis conjunto de situación y de la evaluación de los Planes de Salud Mental anteriores, se desprenden una serie de objetivos que aun habiendo estado previstos, no se pudieron lograr o necesitan ser completados o consolidados, así como aspectos de mejora en la atención a la salud mental en Castilla-La Mancha que requieren su incorporación en el Plan de Salud Mental 2018-2025:

- La incorporación en la Red de Salud Mental de la Región del **enfoque de la Recuperación**, haciendo especial énfasis en velar por los **Derechos Humanos** como **marcos de referencia** de todas las actuaciones en salud mental: en la organización y diseño de servicios, el desarrollo de programas y en las prácticas profesionales.
- **Consolidar la Red Regional de recursos** de Salud Mental comunitarios, completar dispositivos sanitarios, socio-sanitarios. Especialmente, en lo que respecta a los Hospitales de Día Infanto-Juvenil, a la red de recursos residenciales para la intervención con personas con trastorno mental grave y la integración de las Unidades de Media Estancia como dispositivos de carácter sanitario.
- Es necesario continuar avanzando en la mejora de la **continuidad asistencial** para abordar la patología mental grave y persistente de manera integrada, atendiendo a las necesidades psicosociales de la persona, de forma coordinada con los Servicios Sociales.
- Para ofrecer una atención integral, desde el punto de vista social y sanitario, seguiremos trabajando en la reorganización de recursos para la atención a las personas con trastornos mentales según sus necesidades y grado de autonomía, siendo preciso revisar el modelo y los niveles de atención según complejidad, así como realizar un adecuado análisis de la demanda y regular ésta de forma realista y equitativa atendiendo a la gravedad de la patología y los recursos disponibles.
- Es preciso avanzar en la **integración de personas mayores con trastorno mental** en recursos normalizados, desde una perspectiva inclusiva, con apoyo de los servicios sociales comunitarios.
- Potenciar la **detección temprana** de los trastornos mentales es un aspecto crucial para prevenir el deterioro y procesos crónicos.
- La integración laboral de las personas con trastorno mental será un objetivo prioritario y para ello se hace necesario construir un **modelo regional de inserción laboral inclusiva y sostenible** que optimice todos los recursos existentes y que garantice la formación laboral, fórmulas de empleo con apoyo y de empleo normalizado, centrados en la persona.

- Desde el punto de vista de la integración funcional de la atención a la salud mental de la población, mejoraremos la **coordinación e interacción** conjunta entre la red de **atención primaria y la red de atención especializada de salud mental**, especialmente en la atención al Trastorno Mental Común.
- Los objetivos relacionados con la **promoción y la prevención de la salud mental** deben desarrollarse sobre todo desde una perspectiva transversal.
- En relación a la atención integrada, es necesario además avanzar en la **mejora de la calidad asistencial y organizacional**, y normalizar el **catálogo de prestaciones** asistenciales. Contar con un **Sistema de Información** en Salud Mental y un sistema de evaluación de servicios fiables.
- Consolidar y normalizar instrumentos específicos de **participación efectiva y sistemática** de personas usuarias y familiares.
- Aumentar los programas de **formación** y orientar los planes de formación hacia el **desarrollo competencial** en salud mental, así como **impulsar la investigación**.

Como consecuencia de todo ello, se hace necesaria una estrategia de **reordenación y gestión de la demanda**, que debe contar con el **liderazgo** y el **buen gobierno** de la administración, profesionales y agentes sociales que intervengan. El nuevo Plan de Salud Mental 2018-2025 supone un reto en este sentido, potenciando las fortalezas, el trabajo en red, la coordinación institucional y los proyectos innovadores, pero debe contemplar la ampliación de recursos socio-sanitarios necesarios para dar respuesta a la demanda de pacientes con trastorno mental evaluando esta demanda desde un criterio realista y equitativo, de manera regular y adecuada.

6.3. FACTORES CLAVE DE ÉXITO PARA EL DESARROLLO DE LA MISIÓN

1	Continuar con el desarrollo sostenible de la Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha.
2	Avanzar en la intervención temprana y prevención.
3	Promover los derechos humanos en Salud Mental.
4	Favorecer la recuperación.
5	Ofrecer una atención integrada y de calidad.
6	Fomentar el desarrollo profesional y buen gobierno.

6.4. MARCO DE REFERENCIA Y CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA MISIÓN

Los factores estructurales que configuran el marco total de referencia, a tener en cuenta para poner en marcha el Plan de Salud Mental 2018-2025 en Castilla-La Mancha son los que figuran en el siguiente gráfico:

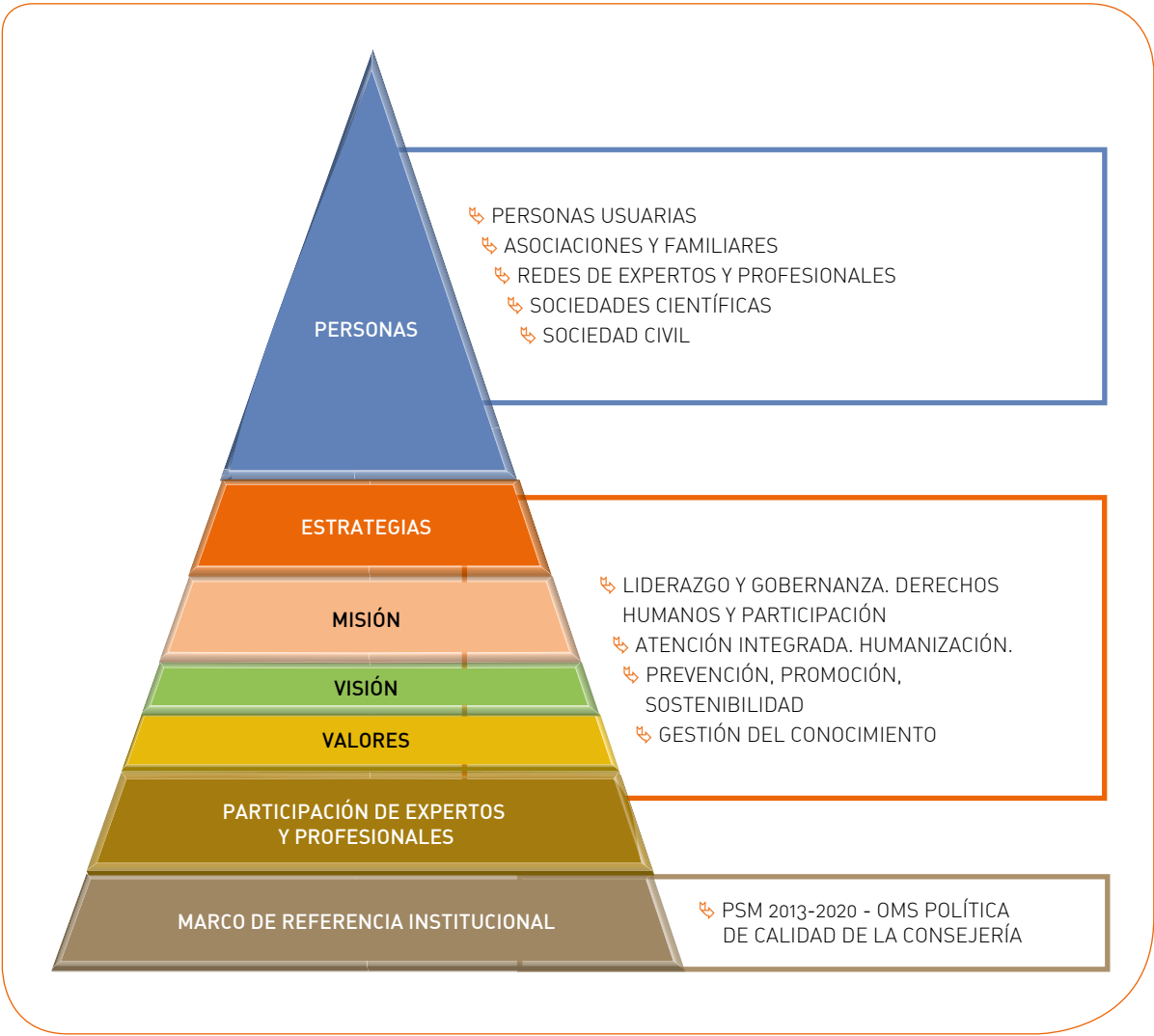


Gráfico 22. Marco de referencia del PSM-CLM 2018-2025.

FACTORES CLAVE	EJES DEL PSM 2018-2025	ESTRATEGIA
Avanzar hacia el buen gobierno. Promover los derechos humanos en SM.	LIDERAZGO Y GOBERNANZA: NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SALUD.	Fomentar la coordinación y el trabajo en red. Fomentar la participación efectiva de las personas usuarias tanto en el proceso terapéutico como en el análisis y mejora de la calidad asistencial (la voz y la experiencia del paciente). Luchar contra el estigma y promover los Derechos Humanos en SM.
Favorecer la recuperación. Ofrecer una atención integrada y de calidad.	HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA. SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD MENTAL COMPLETOS, INTEGRADOS Y CON CAPACIDAD DE RESPUESTA.	Adecuar los recursos mejorando el análisis de necesidades del paciente y la continuidad asistencial. Modelo de atención integrada e integral. Trabajar por la mejora del ambiente terapéutico e intervenciones orientadas a la recuperación.
Continuar con el desarrollo sostenible de la Red de SM de CLM.	SOSTENIBILIDAD, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN.	Analizar y gestionar la demanda. Colaborar con otras instituciones para la prevención y promoción de la salud mental. Intervenir de forma temprana en la detección de primeros episodios psicóticos y otras condiciones en riesgo de patología mental grave.
Fomentar el desarrollo profesional.	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.	Mejorar las competencias profesionales. Fortalecer los sistemas de información y los datos científicos. Fomentar la generación de conocimiento a través de la investigación.

Tabla 29. Construcción de las Estrategias orientadas a la misión, alineadas con los Ejes del PSM CLM 2018-2025, definidos conforme al marco de referencia institucional.

6.5. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



Gráfico 23. Objetivos estratégicos del PSM CLM 2018-2025.

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

capítulo 6

Diagnóstico y Reflexión Estratégica



Capítulo 7

Estrategias, Objetivos y Líneas de Acción



ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

El Plan de Salud Mental 2018-2025 se estructura en torno a 4 ejes y 10 líneas estratégicas, y se concreta en 60 líneas de acción específicas.

Eje I. Liderazgo y Gobernanza: Nuevo modelo organizativo del Sistema de Salud

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Reforzar el liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental. Fomentar la coordinación y el trabajo en red.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Promover los derechos humanos, la participación y la autonomía de las personas con trastorno mental y sus familias.

18 líneas de Acción

Eje II. Servicios de asistencia social y de salud mental, completos, integrados y con capacidad de respuesta. Humanización de la Asistencia

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Adecuar los recursos mejorando el análisis de necesidades del paciente y la continuidad asistencial: modelo de atención integrada e integral.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Trabajar por la mejora del ambiente terapéutico y las intervenciones orientadas a la recuperación de la persona.

14 líneas de Acción

Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Analizar y gestionar la demanda.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Colaborar con otras instituciones para poner en marcha estrategias para la prevención y promoción en salud mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7: Intervenir de forma temprana en la detección de primeros episodios psicóticos y otras condiciones en riesgo de patología mental grave.

22 líneas de Acción

Eje IV. Gestión del Conocimiento

LÍNEA ESTRATÉGICA 8: Mejorar las competencias profesionales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 9: Fortalecer los sistemas de información y los datos científicos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 10: Fomentar la generación de conocimiento en salud mental a través de la investigación.

6 líneas de Acción

Eje I. Liderazgo y Gobernanza: Nuevo modelo organizativo del Sistema de Salud

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: REFORZAR EL LIDERAZGO Y UNA GOBERNANZA EFICACES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL. FOMENTAR LA COORDINACIÓN Y EL TRABAJO EN RED.

Objetivo General 1.1: Reforzar el liderazgo y gobernanza para el desarrollo del PSM CLM 2018-2025.

Objetivo específico 1.1.1: Promover la participación y el abordaje interinstitucional de la Salud Mental.

Líneas de Acción:

1. Desarrollar actuaciones conjuntas en atención, coordinación y formación entre niveles asistenciales, las diferentes administraciones implicadas y asociaciones del ámbito de la Salud Mental.
2. Promover mesas de trabajo intersectoriales, bajo el marco de los acuerdos interinstitucionales (salud, servicios sociales, educación, empleo, justicia), en materias relacionadas con la atención a la Salud Mental.

Objetivo específico 1.1.2: Trabajar en red

Líneas de Acción:

3. Constituir la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental y regular su funcionamiento.
4. Crear grupos de trabajo y mecanismos de participación en la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental.

Objetivo específico 1.1.3: Buen gobierno: evaluación de necesidades y planificación de recursos.

Líneas de Acción:

5. Definir la estrategia de atención integrada para el abordaje de la patología mental grave persistente y compleja, y revisarla en el seno de la Red de Expertos y Profesionales.
6. Definir la estrategia de Atención Integrada para el abordaje de la patología dual.

Objetivo específico 1.1.4: Definición del Modelo de Evaluación económica en salud mental.

Líneas de Acción:

7. Establecer mecanismos de seguimiento de gastos y análisis de costes en salud mental.
8. Elaborar la previsión presupuestaria anual del PSM y aprobarla en los órganos competentes.

Objetivo específico 1.1.5: Colaboración con otros organismos y crear sinergias que optimicen la asignación de recursos.

Líneas de Acción:

9. Colaborar con otras entidades para lograr una mayor asignación de recursos en salud mental (proyectos europeos, Fondo Social Europeo, programas de colaboración con entidades que promuevan la acción social como INCORPORA, Fundaciones tutelares).

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PROMOVER LOS DERECHOS HUMANOS, LA PARTICIPACION Y LA AUTONOMIA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIAS.

Objetivo General 2.1: Actuar en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Objetivo específico 2.1.1: Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastorno mental y sus organizaciones.

Líneas de Acción:

10. Realizar actuaciones encaminadas a visibilizar y luchar contra el estigma de las personas con trastorno mental.
11. Desarrollar actuaciones que fomenten la participación e integración de personas con trastorno mental en las jornadas y foros profesionales.
12. Promover la participación de las personas con trastorno mental y de las que conviven con ellas, en la evaluación de la calidad y satisfacción con los servicios de salud mental, en relación con los DDHH.

Objetivo General 2.2: Contemplar las recomendaciones sobre derechos humanos como Estrategia, y en la Legislación

Objetivo específico 2.2.1: Elaborar y aplicar las recomendaciones sobre salud mental en consonancia con los derechos humanos.

Líneas de Acción:

13. Desarrollar actuaciones encaminadas a ofrecer información adecuada y accesible sobre sus derechos, utilización de los servicios y opciones de tratamiento y difundirlas en diferentes niveles (usuarios, profesionales, familiares, etc.).
14. Desarrollar actuaciones en materia de formación sobre derechos en salud mental dirigida a todas las categorías profesionales, y especialmente a aquellos profesionales involucrados en el trato directo con personas.

15. Regular aspectos relacionados con la planificación anticipada de decisiones como derecho básico en la atención en salud mental.
16. Elaborar un Código de Buenas Prácticas que contemple mecanismos para supervisar la protección de los DD.HH. en la Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha.
17. Promover acciones que contemplen la continuidad asistencial en personas con problemas de salud mental en instituciones penitenciarias.
18. Promover la coordinación interinstitucional para el análisis de situación de las personas en riesgo de judicialización en relación con su problema de salud mental.



Gráfico 24. Liderazgo y gobernanza

Eje II. Servicios de asistencia social y salud mental, completos, integrados y con capacidad de respuesta. Humanización de la Asistencia

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ADECUAR LOS RECURSOS MEJORANDO EL ANÁLISIS DE NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL.

Objetivo General 3.1: Analizar necesidades de salud y atención sociosanitaria. Adecuar la oferta de servicios a estas necesidades.

Objetivo específico 3.1.1: Identificación de buenas prácticas en la atención integral.

Líneas de Acción:

1. Identificar buenas prácticas para la continuidad de cuidados en personas con patología mental grave (PMG), incluyendo los problemas de la persona mayor con esta patología. Promover la valoración de la satisfacción con los servicios.

Objetivo específico 3.1.2: Atención a las necesidades residenciales.

Líneas de Acción:

2. Procurar recursos residenciales adecuados y adaptados al curso de las necesidades de apoyo y autonomía de las personas con trastorno mental grave y persistente y a la sostenibilidad de la Red de Salud Mental.

Objetivo específico 3.1.3: Atención a las necesidades de las personas en su entorno.

Líneas de Acción:

3. Reorientar la atención, fomentando las intervenciones comunitarias y espacios de transición para favorecer la permanencia en el propio domicilio.
4. Promover la puesta en marcha de nuevos recursos de soporte social que favorezcan el mantenimiento en la comunidad y mejore su vida cotidiana.

Objetivo específico 3.1.4: Integración sociolaboral.

Líneas de Acción:

5. Promover un modelo de integración laboral, basado en la elaboración de itinerarios de inserción laboral, en el que participen todos los agentes implicados (salud mental, recursos socio-sanitarios, empleo), así como otras administraciones y organismos.

6. Promover la formación y la obtención de certificados de profesionalidad dirigidos a personas con trastorno mental y/o adicciones con bajo nivel de cualificación.
7. Promover la inclusión de las personas con trastorno mental en los servicios y programas de empleo.

Objetivo General 3.2: Ofrecer programas asistenciales integrados orientados a la continuidad asistencial

Objetivo específico 3.2.1: Atención a la Patología Mental Grave Persistente Compleja

Líneas de Acción:

8. Planificar la atención integrada sanitaria y social para personas con patología mental refractaria y/o patología dual con adicciones, discapacidad intelectual u orgánica cerebral.
9. Implementar acciones de mejora para la continuidad asistencial y la transición entre dispositivos en patología mental grave y la patología dual.
10. Desarrollar el modelo de atención para los trastornos graves de personalidad.
11. Desarrollar el modelo de atención al paciente psicogeriátrico.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: TRABAJAR POR LA MEJORA DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO Y LAS INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA

Objetivo General 4.1: Mejorar el ambiente terapéutico en los centros.

Objetivo específico 4.1.1: Formación sobre la mejora del ambiente terapéutico en los centros.

Líneas de Acción:

12. Incluir cursos y debates sobre mejora del ambiente terapéutico en el programa de formación, y en las jornadas y sesiones de los servicios.

Objetivo General 4.2.: Ofrecer programas de intervención y apoyo mutuo en personas con PMG.

Objetivo específico 4.2.1: Apoyo entre iguales.

Líneas de Acción:

13. Reconocer y potenciar el apoyo entre iguales: Grupos de Ayuda Mutua (GAM), Escuela de Salud y Cuidados.

Objetivo específico 4.2.2: Intervención familiar.

Líneas de Acción:

14. Promover programas de intervención y apoyo mutuo en familias de personas con PMG.



Gráfico 25. Atención integrada a la Salud Mental.

Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: ANALIZAR Y GESTIONAR LA DEMANDA.

Objetivo General 5.1: Adecuar la demanda a las necesidades reales y recursos.

Objetivo específico 5.1.1: Análisis de demanda y respuesta asistencial.

Líneas de Acción:

1. Realizar estudios de análisis de demanda y respuesta asistencial.

Objetivo específico 5.1.2: Optimizar la provisión de servicios.

Líneas de Acción:

2. Revisar el funcionamiento interno de las Comisiones de Trastorno Mental Grave. Mejorar el proceso de análisis de casos y necesidades de recursos.

Objetivo específico 5.1.3: Análisis de la adecuación de recursos residenciales sociosanitarios a las necesidades.

Líneas de Acción:

3. Realizar un estudio de análisis de demanda de recursos sociosanitarios, que incluyan los CRPSL, criterios para la identificación de necesidades y respuesta.

Objetivo específico 5.1.4: Análisis de la adecuación de recursos de atención prolongada a las personas con problemas de salud mental grave y persistente.

Líneas de Acción:

4. Definir el modelo de atención prolongada en salud mental desde un punto de vista de su funcionalidad y realizar un estudio de adecuación de recursos. Propuesta de un modelo operativo.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: COLABORAR CON OTRAS INSTITUCIONES PARA PONER EN MARCHA ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Objetivo General 6.1: Tener en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales de promoción y prevención en materia de salud mental.

Objetivo específico 6.1.1: Atención Perinatal.

Líneas de Acción:

5. Incluir la promoción de la salud emocional y mental como parte de la atención perinatal en los centros de salud.

Objetivo específico 6.1.2: Primera infancia.

Líneas de Acción:

6. Elaborar programas para la primera infancia que se ocupen del desarrollo cognitivo, motor, sensorial y psicosocial, y programas de atención temprana a niños con necesidades.

Objetivo específico 6.1.3: Ámbito escolar.

Líneas de Acción:

7. Desarrollar actividades escolares de promoción del bienestar mental en el ámbito escolar, incluidos programas destinados a personal docente y a familiares.
8. Desarrollar estrategias para el abordaje de escolares con problemas de salud mental (considerados entre los menores con diversidad funcional). Formación y coordinación para el manejo de una situación de crisis.
9. Desarrollar estrategias coordinadas de prevención/detección e intervención en menores con problemas de salud mental relacionados con situaciones de acoso escolar y víctimas de maltrato.

Objetivo específico 6.1.4: Niños y adolescentes que conviven con personas con PMG y/o adicciones.

Líneas de Acción:

10. Elaborar un programa de prevención así como de promoción del bienestar mental en situación de riesgo, al convivir con personas con TMG y/o conductas adictivas.

Objetivo General 6.2.: Prevenir el suicidio.

Objetivo específico 6.2.1: Prevención del suicidio.

Líneas de Acción:

11. Elaborar y aplicar estrategias de prevención de la depresión y el suicidio prestando especial atención a colectivos de mayor riesgo, mejorando la respuesta ante autolesiones y conductas suicidas.
12. Colaborar con asociaciones, colegios profesionales e instituciones implicadas en la prevención de la depresión y el suicidio.

Objetivo General 6.3.: Prevención específica en situaciones de estrés en la vida cotidiana.

Objetivo específico 6.3.1: Prevención y manejo del estrés ante problemas de la vida cotidiana en Atención Primaria (AP).

Líneas de Acción:

13. Formación y orientación en AP sobre manejo de situaciones de estrés asociado a enfermedades físicas o a los problemas de la vida cotidiana.

14. Implementar Grupos de Ayuda Mutua para la promoción de la autonomía y afrontamiento del malestar asociados con los problemas físicos.

Objetivo específico 6.3.2: Prevención y manejo del estrés (población general).

Líneas de Acción:

15. Diseño y puesta en marcha de Aulas de la Escuela de Salud y Cuidados para el afrontamiento y manejo del estrés.
16. Campaña informativa regional sobre afrontamiento de situaciones de crisis.

Objetivo General 6.4.: Promoción de hábitos de vida saludable en población con trastorno mental grave

Objetivo específico 6.4.1: Hábitos de vida saludables.

Líneas de Acción:

17. Generalizar aprendizaje de contenidos de hábitos alimenticios saludables en dispositivos y recursos de salud mental.
18. Realizar un manual informativo disponible sobre hábitos de vida saludables en personas con trastorno mental grave para su distribución (consulta de enfermería, escuela de salud y cuidados).

Objetivo específico 6.4.2: Promoción de la salud física en personas con PMG.

Líneas de Acción:

19. Generalizar el desarrollo de programas de salud mental y salud física. Promover la realización de actividades deportivas en dispositivos y centros de salud mental.
20. Promover la participación de personas con trastorno mental y/o adicciones en actividades y eventos deportivos.

Objetivo General 6.5.: Prevención orientada a trastornos específicos.

Objetivo específico 6.5.1: Trastornos de la conducta alimentaria.

Líneas de Acción:

21. Elaborar programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7: INTERVENIR DE FORMA TEMPRANA EN LA DETECCIÓN DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS Y OTRAS CONDICIONES EN RIESGO DE PATOLOGÍA MENTAL GRAVE.

Objetivo General 7.1.: Desarrollar programas específicos de intervención en niños y adolescentes en riesgo de patología mental grave (PMG).

Objetivo específico 7.1.1: Detección del riesgo de PMG en la infancia y adolescencia. Intervención en primeros episodios psicóticos.

Líneas de Acción:

22. Mejorar en la identificación y diagnóstico precoz de personas que puedan estar en riesgo de presentar patología mental grave, mediante la intervención en fases iniciales de la psicosis y la elaboración consensuada de un Plan Individualizado de tratamiento y recuperación (PITR).

Eje IV. Gestión del Conocimiento

LÍNEA ESTRATÉGICA 8: MEJORAR LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES.

Objetivo General 8.1: Reforzar los conocimientos y competencias del personal de salud mental.

Objetivo específico 8.1. 1: Desarrollo competencial.

Líneas de Acción:

1. Identificar perfiles competenciales y planificar acciones formativas acordes con las necesidades detectadas.

Objetivo General 8.2.: Transmitir conocimientos y velar por la calidad de la formación en SM.

Objetivo específico 8.2.1: Formación especializada en salud mental.

Líneas de Acción:

2. Identificar áreas de mejora en la formación especializada en salud mental.

Objetivo específico 8.2.2: Formación en salud mental en las disciplinas de Ciencias de la Salud.

Líneas de Acción:

3. Identificar áreas de mejora en la formación competencial en salud mental tanto de conocimientos como actitudes y aptitudes de manera transversal.

LÍNEA ESTRATÉGICA 9: FORTALECER LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y LOS DATOS CIENTÍFICOS.

Objetivo General 9.1: Mejorar los sistemas de información de Salud Mental

Objetivo específico 9.1.1: Normalización de los Sistemas de información.

Líneas de Acción:

4. Normalizar y crear un cuadro de mandos de datos básicos e indicadores de salud mental.

Objetivo específico 9.1.2: Evaluación de resultados y evaluación de servicios.

Líneas de Acción:

5. Analizar y evaluar servicios de salud mental a partir de un sistema integrado de indicadores. Promover la evaluación económica de dispositivos, tratamientos y distintas intervenciones.

LÍNEA ESTRATÉGICA 10: FOMENTAR LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General 10.1: Mejorar la capacidad de investigación y la colaboración con la Universidad en torno a prioridades nacionales de salud mental, incluyendo la investigación operativa para la implantación de servicios.

Objetivo específico 10.1.1: Datos científicos y de investigación.

Líneas de Acción:

1. Definir las líneas de investigación regionales en salud mental, basadas en consultas con todas las partes interesadas.

ESTRATEGIA, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Eje I. Liderazgo y Gobernanza: Nuevo modelo organizativo del Sistema de Salud			
Línea Estratégica 1: Reforzar el liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la Salud Mental. Fomentar la coordinación y el trabajo en red			Agentes Implicados
Objetivo general 1.1. Reforzar el liderazgo y gobernanza para el desarrollo del PSM CLM 2018-2025	Objetivo Específico 1.1.1. Promover la participación y el abordaje interinstitucional de la Salud Mental	Acción 1 Desarrollar actuaciones conjuntas en atención, coordinación y formación entre niveles asistenciales, las diferentes administraciones implicadas y asociaciones del ámbito de la Salud Mental.	Consejerías de Sanidad, Educación, Bienestar Social, Empleo. Ministerio de Justicia e Interior. Instituto de la Mujer. Movimiento asociativo.
		Acción 2 Promover mesas de trabajo intersectoriales, bajo el marco de los acuerdos interinstitucionales (sanidad, servicios sociales, educación, empleo, justicia), en materia relacionada con la atención a la Salud Mental.	DGPOI Consejerías de Educación, Bienestar Social, Empleo, Administraciones Públicas. Ministerio de Justicia. Movimiento asociativo.
	Objetivo Específico 1.1.2. Trabajar en Red	Acción 3 Constituir la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental y regular su funcionamiento.	DGPOI FSCLM SESCAM Movimiento asociativo.
		Acción 4 Crear grupos de trabajo y mecanismos de participación en la Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental.	DGPOI, FSCLM, SESCAM Movimiento asociativo.
	Objetivo Específico 1.1.3. Buen gobierno: evaluación de necesidades y planificación de recursos	Acción 5 Definir la estrategia de atención integrada para el abordaje de la patología mental grave persistente y compleja y revisarla en el seno de la Red de Expertos y Profesionales.	DGPOI FSCLM SESCAM Consejería Bienestar Social. Consejería Empleo.
		Acción 6 Definir la estrategia de Atención Integrada para el abordaje de la patología dual.	DGPOI DGSPC FSCLM SESCAM Bienestar Social. Empleo.
	Objetivo Específico 1.1.4. Definición del Modelo de Evaluación económica en Salud Mental	Acción 7 Establecer mecanismos de seguimiento de gastos y análisis de costes en Salud Mental.	Consejería de Sanidad. SESCAM FSCLM
		Acción 8 Elaborar la previsión presupuestaria anual del PSM y aprobarla en los órganos competentes.	Consejería de Sanidad. SESCAM FSCLM
	Objetivo Específico 1.1.5. Colaboración con otros organismos y crear sinergias que optimicen la asignación de recursos	Acción 9 Colaborar con otras entidades para lograr una mayor asignación de recursos en salud mental (proyectos europeos, Fondo Social Europeo, programas de colaboración con entidades que promuevan la acción social como INCORPO-RA, Fundaciones tutelares).	Consejería de Sanidad. SESCAM FSCLM. Consejería de Empleo. Movimiento Asociativo. Entidades privadas.

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Creación del Comité Intersectorial de Coordinación Institucional para el PSM- CLM en 2018, Acuerdos de colaboración interinstitucionales en el ámbito de la Salud Mental .	Creación del Comité si/no. Nº reuniones. Nº de acuerdos de colaboración alcanzados e implementados.	Relación de líneas de colaboración (n).	Memoria. Proyectos. Acuerdos.
Puesta en funcionamiento de la Mesa de Trabajo socio sanitaria del Acuerdo Marco entre Educación, Sanidad y Bienestar Social. Creación de la comisión socio sanitaria para personas con patología mental grave (PMG). Mesa de trabajo sobre inserción sociolaboral (formación y empleo) de personas con PMG.	Nº Acuerdos alcanzados, proyectos y líneas de colaboración. Nº proyectos del Fondo Social Europeo. Nº Mesas/Comisiones constituidas.	Compromiso interinstitucional: Relación de acuerdos y proyectos alcanzados (n).	Actividades formativas. Actas de las reuniones, y Memorias.
Incorporar a la Red de Expertos y profesionales el asesoramiento y evaluación del PSM y el desarrollo de los programas relacionados con la salud mental en CLM.	Nº de reuniones. Nº informes emitidos.	3 anuales.	Actas de las Reuniones. Memoria Anual. Informes.
Grupos de expertos con participación de los grupos de interés.	Nº de grupos de participación.	Al menos un grupos de interés.	Memoria de la Red de Expertos.
Estrategia elaborada y aprobada.	Dicotómico Si/No.	Si	Documento de la estrategia.
Estrategia elaborada y aprobada.	Dicotómico Si/No.	Si	Documento de la estrategia.
Análisis coste eficiente de gastos anual en SM.	Dicotómico Si/No.	Si	Memoria económica anual.
Previsión presupuestaria anual del PSM 2018-2025 y aprobación por Consejo de Dirección.	Dicotómico Si/No.	Si	Documento de aprobación.
Aumentar la asignación de recursos y la formación de profesionales en el desarrollo de programas de colaboración y acceso a líneas de financiación.	Nº de programas de colaboración. Nuevas líneas de financiación.	5 3	Memorias de los programas de colaboración. Incremento de Fondos captados.

Eje I. Liderazgo y Gobernanza: Nuevo modelo organizativo del Sistema de Salud			
Línea Estratégica 2: Promover los derechos humanos, la participación y la autonomía de las personas con trastorno mental y sus familias			Agentes Implicados
Objetivo general 2.1. Actuar en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos	Objetivo Específico 2.1.1. Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastorno mental y sus organizaciones	Acción 10. Realizar actuaciones encaminadas a visibilizar y luchar contra el estigma de las personas con trastorno mental.	DGPOI FSCLM SESCAM Otras Consejerías y organismos. Movimiento Asociativo.
		Acción 11. Desarrollar actuaciones que fomenten la participación e integración de personas con trastorno mental en las jornadas y foros profesionales.	DGPOI FSCLM SESCAM Otras Consejerías y organismos. Movimiento Asociativo.
		Acción 12. Promover la participación de las personas con trastorno mental y de los que conviven con ellos, en la evaluación de la calidad y satisfacción con los servicios de salud mental, en relación con los DD.HH.	DGPOI FSCLM SESCAM Otras Consejerías y organismos. Movimiento Asociativo.
Objetivo general 2.2. Contemplar las recomendaciones sobre derechos humanos como Estrategia, y en la Legislación	Objetivo Específico 2.2.1. Elaborar y aplicar las recomendaciones sobre salud mental en consonancia con los derechos humanos	Acción 13. Desarrollar actuaciones encaminadas a ofrecer información adecuada y accesible sobre sus derechos, utilización de los servicios y opciones de tratamiento, y difundirlas en diferentes niveles (usuarios, profesionales, familiares, etc.)	DGPOI FSCLM SESCAM
		Acción 14. Desarrollar actuaciones en materia de formación sobre derechos en salud mental dirigida a todas las categorías profesionales involucrados en el trato directo con personas.	Consejería Sanidad FSCLM SESCAM Consejería Bienestar Social. Ministerio de Interior y Justicia. Movimiento Asociativo.
		Acción 15. Regular aspectos relacionados con la planificación anticipada de decisiones como derecho básico en la atención en salud mental.	DGPOI FSCLM Coordinación Regional de Salud Mental SESCAM. Bienestar social. Justicia.
		Acción 16. Elaborar un código de buenas prácticas que contemple mecanismos para supervisar la protección de los DD.HH. en la Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha.	DGPOI DGCHAS FSCLM SESCAM Movimiento Asociativo.

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Establecer líneas de acción coordinadas en materia de sensibilización y lucha contra el estigma que lleguen a toda la población fomentando el protagonismo de este colectivo en todos los ámbitos.	Campañas específicas de lucha contra el estigma, y específicas para mujeres.	5	Documentos gráficos o audiovisuales.
	Proyectos de participación y visibilización de estos colectivos.	7	Proyectos de participación.
Programas y Proyectos. Jornadas profesionales para la difusión de buenas prácticas.	Nº Programas y proyectos.	2	Programas.
	Nº de jornadas con presencia de personas con trastorno mental	2	Resumen de las Jornadas.
Grupos focales (al menos uno anual) sobre experiencias de pacientes en los dispositivos de SM y otros sistemas de participación. Modelos de Encuestas de evaluación/valoración de calidad percibida de los servicios.	% de dispositivos con al menos una sesión sobre la experiencia del paciente en los dispositivos de Salud Mental.	>25%	Informe de resultados.
	Implantación del Modelo.	Si/No	Programa informático. Informe de resultados.
Conseguir que todos los dispositivos de salud mental incorporen herramientas necesarias para la difusión e información sobre derechos en salud mental.	% de dispositivos (sanitarios y sociosanitarios) que incorporan herramientas para la difusión e información de derechos en salud mental.	40% de dispositivos en 2020 e incremento paulatino.	Documento específico en los dispositivos. Buenas Prácticas. Cartas de Servicios.
Avanzar en la cultura de los Derechos Humanos en todos los dispositivos y niveles profesionales.	Nº Actividades formativas.	N	Cursos.
	Nº profesionales que han recibido formación.	N	Jornadas. Participantes.
Regulación de la planificación anticipada de decisiones en relación con la atención a la SM. Revisión del modelo de atención de tutelas y curatelas en personas con problemas de salud mental.	Dicotómico Si/no.	Si	Documento que refleje la regulación de las voluntades anticipadas.
Creación del Observatorio de Derechos Humanos en Salud Mental definiendo su composición y objetivos.	Plan Funcional del Observatorio.	Si	Informes y Memoria Anual.

Eje I. Liderazgo y Gobernanza: Nuevo modelo organizativo del Sistema de Salud			
Línea Estratégica 2: Promover los derechos humanos, la participación y la autonomía de las personas con trastorno mental y sus familias			Agentes Implicados
	Objetivo Específico 2.2.1. Elaborar y aplicar las recomendaciones sobre salud mental en consonancia con los derechos humanos	Acción 17. Promover acciones que contemplen la continuidad de cuidados en personas con problemas de salud mental en instituciones penitenciarias.	Consejería de Sanidad. SESCAM Ministerio del Interior. Movimiento Asociativo.
		Acción 18. Promover la coordinación interinstitucional para el análisis de situación de las personas en riesgo de judicialización en relación con su problema de salud mental.	Consejería de Sanidad. Consejería de Bienestar Social. SESCAM Ministerio del Interior. Movimiento Asociativo.

Eje II. Servicios de asistencia social y salud mental, completos, integrados y con capacidad de respuesta. Humanización de la asistencia			
Línea Estratégica 3: Adecuar los recursos mejorando el análisis de necesidades del paciente y la continuidad asistencial: modelo de atención integrada e integral			Agentes Implicados
Objetivo general 3.1. Analizar necesidades de salud y atención sociosanitaria Adecuar la oferta de servicios a estas necesidades	Objetivo Específico 3.1.1. Identificación de buenas prácticas en la atención integral	Acción 1. Identificar buenas prácticas para la continuidad de cuidados en personas con patología mental grave (PMG), incluyendo los problemas del adulto mayor con esta patología. Promover la valoración de la satisfacción de personas usuarias con los servicios.	DGPOI FSCLM SESCAM Otras Consejerías y organismos. Movimiento Asociativo
	Objetivo Específico 3.1.2. Atención a las necesidades residenciales	Acción 2. Procurar recursos residenciales adecuados y adaptados al curso de las necesidades de apoyo y autonomía de las personas con trastorno mental grave crónico y a la sostenibilidad de la Red de Salud Mental.	DGPOI FSCLM SESCAM Otras Consejerías y organismos. Movimiento Asociativo.
	Objetivo Específico 3.1.3 Atención a las necesidades de las personas en su entorno	Acción 3. Reorientar la atención, fomentando las intervenciones comunitarias y espacios de transición para favorecer la permanencia en el domicilio.	DGPOI FSCLM SESCAM
		Acción 4. Promover la puesta en marcha de nuevos recursos de soporte social que favorezcan el mantenimiento en la comunidad y que mejoren la vida cotidiana de los usuarios.	DGPOI FSCLM SESCAM

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Establecimiento de mecanismos de coordinación que garantice la atención de las personas con TMG en los dispositivos y niveles asistenciales adecuados.	Protocolos y Procedimientos.	N	Documento.
Establecimiento de un cauce formal de cooperación y acuerdo con Justicia e Instituciones Penitenciarias para el análisis de la situación de las personas con trastorno mental en riesgo de judicialización.	Acuerdo Marco de colaboración. Nº Comisiones.	Si 1 por provincia.	Documento. Actas. Reuniones. Número Casos.

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Realizar actuaciones específicas de lucha contra el estigma y específicas para mujeres. Conocer y difundir buenas prácticas estableciendo un sistema para su monitorización y difusión. Creación de un reconocimiento anual de BB.PP.	Nº de actuaciones. Sistema de monitorización y difusión de BB.PP. Convocatoria anual.	>5 Si Si	Documentos gráficos o audiovisuales. Registro de BB.PP. Informe. Difusión.
Incrementar la dotación de recursos de alojamiento y residenciales para personas con TMG mejorando los procedimientos que determinan el nivel asistencial o de cuidados que se corresponde con el perfil de usuario.	Incremento (%) del nº plazas en residencias y viviendas.	>10	Registro de Plazas en dispositivos residenciales.
Elaborar programas de intervención como parte de los planes integrales de tratamiento y rehabilitación en los casos que sea necesario.	Nº de equipos y proyectos comunitarios. Nº de personas atendidas en programas de intervención comunitaria, desglosado por sexos.	N N	Documento de Evaluación PSM (2025).
Puesta en marcha de centros de día como recurso de soporte social complementario a los programas de rehabilitación psicosocial y continuidad de cuidados.	Definición del recurso y cartera de servicios. Nº de centros abiertos.	Si/No 3	Documento de Evaluación PSM (2025).

Eje II. Servicios de asistencia social y salud mental, completos, integrados y con capacidad de respuesta. Humanización de la asistencia			
Línea Estratégica 3: Adecuar los recursos mejorando el análisis de necesidades del paciente y la continuidad asistencial: modelo de atención integrada e integral			Agentes Implicados
	Objetivo Específico 3.1.4 Integración sociolaboral	Acción 5. Promover un modelo de integración laboral basado en la elaboración de itinerarios de inserción laboral, en el que participen todos los agentes implicados (salud mental, recursos socio-sanitarios, empleo), así como otras administraciones y organismos.	DGPOI FSCLM SESCAM Bienestar Social. Empleo. Movimiento Asociativo.
		Acción 6. Promover la formación y la obtención de certificados de profesionalidad dirigidos a personas con trastorno mental y/o adicciones con bajo nivel de cualificación.	DGPOI;FSCLM SESCAM: Coordinación Regional de Salud Mental. Bienestar Social. Empleo. Otras administraciones. Otras organizaciones.
		Acción 7. Promover la inclusión de las personas con trastorno mental en los servicios y programas de empleo.	DGPOI FSCLM Bienestar Social. Empleo.
Objetivo general 3.2. Ofrecer programas asistenciales integrados orientados a la continuidad asistencial	Objetivo Específico 3.2.1. Atención a la patología mental grave persistente compleja	Acción 8. Planificar la atención integrada sanitaria social para personas con patología mental refractaria y/o patología dual con adicciones, discapacidad intelectual u orgánica cerebral.	DGPOI FSCLM SESCAM: Bienestar social.
		Acción 9. Implementar acciones de mejora para la continuidad asistencial y la transición entre dispositivos en patología mental grave y la patología dual.	DGPOI FSCLM SESCAM
		Acción 10. Desarrollar el modelo de atención para los trastornos graves de personalidad.	DGPOI FSCLM SESCAM
		Acción 11. Desarrollar el modelo de atención al paciente psicogeriátrico.	DGPOI FSCLM SESCAM

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Itinerarios de inserción laboral intervenciones como parte de los planes integrales de tratamiento y rehabilitación en los casos que sea necesario. Proyectos de formación y empleo.	Nº de proyectos, desglosado por sexos. Nº de contratos de personas con PMG en proyectos de formación y empleo, desglosado por sexos.	N	Documento de Evaluación PSM (2025).
Acciones organizadas por el SEPE. (Incluir certificado de profesionalidad para personas con problemas de salud mental como agentes de apoyo mutuo).	Nº de personas con PMG participantes en proyectos de formación, desglosado por sexos. Nº de certificados/acreditaciones de profesionalidad concedidos, desglosado por sexos.	N	Evaluación anual.
Creación fórmulas de inserción laboral a través de empresas ordinarias, sociales y de inserción, así como en centros especiales de empleo.	Acuerdo de Colaboración. Nº de participantes, desglosado por sexos. Nº de empresas que realizan contrataciones a PEM.	Si/No	Documento del Acuerdo de Colaboración.
Acuerdo de colaboración para la atención integrada a personas con patología mental grave y comórbida.	Dicotómico. Acuerdo de Colaboración.	Si	Documento con el Acuerdo de Colaboración.
Acciones de mejora implementadas. Existencia Protocolo. Nº Personas atendidas.	Nº de acciones de mejora implementadas.	Al menos una por área.	Memorias/acuerdos de gestión.
Modelo de atención definido y desarrollado.	Si/No	Si	Documento.
Modelo de atención definido y desarrollado.	Si/No	Si	Documento.

Eje II. Servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta. Humanización de la Asistencia			
Línea Estratégica 4: Trabajar por la mejora del ambiente terapéutico y las intervenciones orientadas a la recuperación de la persona			Agentes Implicados
Objetivo general 4.1. Mejorar el ambiente terapéutico en los centros	Objetivo Específico 4.1.1. Formación sobre la mejora del ambiente terapéutico en los centros	Acción 12. Incluir cursos y debates sobre mejora del ambiente terapéutico en el programa de formación, y en las jornadas y sesiones de los servicios.	DGPOI FSCLM SESCAM
	Objetivo Específico 4.2.1. Apoyo entre iguales	Acción 13. Reconocer y potenciar el apoyo entre iguales (Grupos de Ayuda Mutua (GAM), Escuela de Salud y Cuidados).	DGPOI DGCHAS FSCLM SESCAM
Objetivo general 4.2. Ofrecer programas de intervención y apoyo mutuo en personas con PMG	Objetivo Específico 4.2.2. Intervención Familiar	Acción 14. Promover programas de intervención y apoyo mutuo en familias de personas con PMG.	DGPOI DGCHAS FSCLM SESCAM

Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención			
Línea Estratégica 5: Analizar y gestionar la demanda			Agentes Implicados
Objetivo general 5.1. Adecuar la demanda a las necesidades reales y recursos	Objetivo Específico 5.1.1. Análisis de demanda y respuesta asistencial	Acción 1. Realizar estudios de análisis de demanda y respuesta asistencial.	SESCAM
	Objetivo Específico 5.1.2. Optimizar la provisión de servicios	Acción 2. Revisar el funcionamiento interno de las Comisiones de TMG. Mejorar el proceso de análisis de casos y necesidades de recursos.	DGPOI FSCLM SESCAM
	Objetivo Específico 5.1.3. Análisis de la adecuación de recursos residenciales sociosanitarios a las necesidades	Acción 3. Realizar un estudio de análisis de demanda de recursos sociosanitarios, revisando los criterios para la identificación de necesidades y respuesta.	FSCLM DGPOI SESCAM
	Objetivo Específico 5.1.4. Análisis de la adecuación de recursos de atención prolongada a las personas con trastorno mental grave y persistente	Acción 4. Definir el modelo de atención prolongada en salud mental desde un punto de vista de su funcionalidad y realizar un estudio de adecuación de recursos. Propuesta de un modelo operativo.	FSCLM DGPOI SESCAM

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Que todos los centros cuenten con formación sobre mejora del ambiente terapéutico.	Nº de acciones formativas sobre mejora ambiente terapéutico.	Nº de acciones formativas / año.	Planes de formación , Memorias.
Consolidación de los GAM en Salud Mental y promover su desarrollo en Atención Primaria.	Nº de actividades anuales relacionadas con los GAM por Área.	Al menos 1.	Memorias/ Acuerdos de Gestión.
Creación de un Aula para personas con PM dentro de la Escuela de Salud y cuidados.	Aula Creada si/no	Si	
Promoción de GAM para familiares de personas con PMG.	Nº de actividades anuales relacionadas con los GAM por Área.	Al menos 1.	Memorias/ Acuerdos de Gestión.
Aula de familias en la Escuela de Salud y Cuidados.	Aula de familias de personas con PMG.	Si	

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Estudios de análisis de demanda y respuesta asistencial.	Nº de estudios.	N	Documento sobre Resultados del estudio.
Reglamento de Funcionamiento interno de las comisiones TMG aprobado y difundido.	Reglamento actualizado y difundido. Procedimiento implementado.	Si Si	Reglamento de Funcionamiento Interno.
Estudio de análisis de demanda sociosanitaria en Salud Mental.	Dicotómico si/no.	Si	Resultados del estudio.
Estudio de análisis de demanda y adecuación de recursos.	Dicotómico si/no.	Si	Resultados del estudio.

Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención			
Línea Estratégica 6: Colaborar con otras instituciones para poner en marcha estrategias para la prevención y promoción de la salud mental			Agentes Implicados
Objetivo general 6.1. Tener en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales de promoción y prevención en materia de salud mental	Objetivo Específico 6.1.1 Atención perinatal	Acción 5. Incluir la promoción de la salud emocional y mental como parte de la atención perinatal en los centros de salud.	Consejería de Sanidad. SESCAM
	Objetivo Específico 6.1.2. Primera infancia	Acción 6. Elaborar programas para la primera infancia que se ocupen del desarrollo cognitivo, motor, sensorial y psicosocial, y programas de atención temprana a niños con necesidades.	Consejería de Sanidad. SESCAM Consejería de Bienestar Social. Consejería de Educación.
	Objetivo Específico 6.1.3. Ámbito escolar	Acción 7. Desarrollar actividades escolares de promoción del bienestar mental en el ámbito escolar, incluidos programas destinados a personal docente y a familiares.	Consejería de Sanidad. SESCAM Consejería de Bienestar Social. Consejería de Educación.
		Acción 8. Desarrollar estrategias para el abordaje de escolares con problemas de salud mental (considerados entre aquellos con diversidad funcional). Formación y coordinación para el manejo de una situación de crisis.	Consejería de Sanidad. SESCAM Consejería de Bienestar Social. Consejería de Educación.
		Acción 9. Desarrollar estrategias coordinadas de prevención/detección e intervención en menores con problemas de salud mental relacionados con situaciones de acoso escolar y víctimas de maltrato.	Consejería de Sanidad. SESCAM Consejería de Bienestar Social. Consejería de Educación.
	Objetivo Específico 6.1.4. Niños y adolescentes que conviven con personas con PMG y/o adicciones	Acción 10. Elaborar un programa de prevención así como de promoción del bienestar mental en niños y adolescentes en situación de riesgo, que conviven con personas con TMG y/o conductas adictivas.	DGPOI FSCLM SESCAM Consejería de Bienestar Social. Consejería de Educación. Instituto de la Mujer.

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Para el año 2025 al menos el 75% de los centros de salud deben tener incluidos programas de promoción de la parentalidad positiva y actitudes sanas en la crianza.	% de centros de Atención primaria con medidas de parentalidad positiva y promoción de salud mental y emocional.	75 % en 2025.	Acuerdos de Gestión. Programas de Formación.
Para el año 2025 deberían estar implementados programas de atención temprana en toda la Región.	Nº de programas de coordinación en centros de atención temprana, disponibles en su entorno.	>1 programa implementado por provincia en el año 2025.	Acuerdos de colaboración. Memorias.
Para el año 2025 deberían haber programas de educación para la salud en los centros escolares (al menos el 75%).	% de centros escolares con programas de educación para la salud en centros escolares que incluyan salud mental (guía para educadores).	75% en 2025.	Acuerdos de colaboración. Memorias.
Programa de formación y coordinación entre los organismos implicados.	Nº programas por provincia.	>1 por provincia.	Acuerdos de colaboración. Memorias.
Programas de prevención/detección e intervención en situaciones de acoso escolar.	Nº programas por provincia.	>1 por provincia.	Acuerdos de colaboración. Memorias.
Programa elaborado e implementado para 2025.	Dicotómico.	Si	Memoria de actividades del programa.

Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención			
Línea Estratégica 6: Colaborar con otras instituciones para poner en marcha estrategias para la prevención y promoción de la salud mental			Agentes Implicados
Objetivo general 6.2. Prevenir el suicidio	Objetivo Específico 6.2.1. Prevención del suicidio	Acción 11. Elaborar y aplicar estrategias de prevención de la depresión y el suicidio prestando especial atención a colectivos de mayor riesgo, mejorando la respuesta ante autolesiones y conductas suicidas.	Consejería de Sanidad. SESCAM Consejería Educación. Consejería Bienestar Social. ONG Asociaciones. Medios de Comunicación. Fuerzas Armadas.
		Acción 12. Colaborar con asociaciones, colegios profesionales e instituciones implicadas en la prevención de la depresión y el suicidio.	Consejería de Sanidad. SESCAM Consejería Educación. Consejería Bienestar Social. ONG Asociaciones. Medios de Comunicación. Fuerzas Armadas.
Objetivo general 6.3. Prevención específica en situaciones de estrés en la vida cotidiana	Objetivo Específico 6.3.1 Prevención y manejo del estrés ante problemas de la vida cotidiana en Atención Primaria (AP)	Acción 13. Formación y orientación en AP sobre manejo de situaciones de estrés asociado a enfermedades físicas o a los problemas de la vida cotidiana.	DGCHAS SESCAM
		Acción 14. Implementar Grupos de Ayuda Mutua para la promoción de la autonomía y afrontamiento del malestar asociados con los problemas físicos.	DGCHAS SESCAM
	Objetivo Específico 6.3.2 Prevención y manejo del estrés (población general)	Acción 15. Diseño y puesta en marcha de Aulas de la Escuela de Salud y Cuidados para el afrontamiento y manejo del estrés.	DGCHAS
		Acción 16. Campaña informativa regional sobre afrontamiento de situaciones de crisis.	Consejería de Sanidad.

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Estrategia de Prevención de Suicidio, elaborada en 2018	Documento elaborado Si/no % de acciones implementadas en 2025	Si >75%	Documento de estrategias de prevención de suicidio Informe de evaluación
Participación de las asociaciones e instituciones en el Plan estratégico de prevención de suicidio	Nº de asociaciones e instituciones que participan en el Plan estratégico de prevención del suicidio	>3	Documento de Estrategias de prevención de suicidio Informe de evaluación
Implementada en el 2025 la formación en Grupos de Ayuda Mutua y manejo del estrés en AP	% de Gerencias con acciones formativas sobre grupos de ayuda mutua y manejo del estrés en AP Nº de cursos Nº de profesionales formados, desglosado por sexos.	>90%	Planes de formación. Acuerdos de gestión
Desarrollo de Grupos de Ayuda Mutua en consultas de enfermería de AP	% de Centros de Atención primaria con GAM para el 2025. Nº de pacientes integrados en los GAM Nº pacientes formados, desglosado por sexos.	>25 %	Acuerdos de Gestión
Aula de manejo del estrés en la Escuela de Salud y Cuidados	Creación y elaboración de contenidos	Si	Informes
Campaña de divulgación	Elaboración de material y contenidos	Si	Documentos audiovisuales
	Difusión	Si	Informes

Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención			
Línea Estratégica 6: Colaborar con otras instituciones para poner en marcha estrategias para la prevención y promoción de la salud mental			Agentes Implicados
Objetivo general 6.4. Promoción de hábitos de vida saludable en población con trastorno mental grave	Objetivo Específico 6.4.1. Hábitos de vida saludables	Acción 17. Generalizar aprendizaje de contenidos de hábitos alimenticios saludables en dispositivos y recursos de salud mental.	Consejería de Sanidad. FSCLM Educación. SESCOAM
		Acción 18. Realizar un manual informativo disponible sobre hábitos de vida saludables y distribuirlo (consulta de enfermería, Escuela de salud y cuidados).	Consejería Sanidad. SESCAM Educación.
	Objetivo Específico 6.4.2. Promoción de la salud física en personas con PMG	Acción 19. Generalizar el desarrollo de programas de salud mental y salud física. Promover la realización de actividades deportivas en dispositivos y centros de salud mental.	DGCHAS FSCLM Educación. SESCAM
		Acción 20. Promover la participación de personas con trastorno mental y/o adicciones en actividades y eventos deportivos.	DGPOI FSCLM Educación, Cultura y Deporte.
Objetivo general 6.5. Prevención orientada a trastornos específicos	Objetivo Específico 6.5.1. Trastornos de la conducta alimentaria	Acción 21. Elaborar programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria.	Consejería de Sanidad. SESCAM Educación.
Línea Estratégica 7: Intervenir de forma temprana en la detección de primeros episodios psicóticos y otras condiciones en riesgo de patología mental grave			Agentes Implicados
Objetivo general 7.1. Desarrollar programas específicos de intervención en niños y adolescentes en riesgo de patología mental grave (PMG)	Objetivo Específico 7.1.1. Detección del riesgo de PMG en la infancia y adolescencia. Intervención en primeros episodios psicóticos	Acción 22. Mejorar en la identificación y diagnóstico precoz de personas que puedan estar en riesgo de presentar patología mental grave, mediante la intervención en fases iniciales de la psicosis y la elaboración consensuada de un Plan Individualizado de Tratamiento y Recuperación (PITR).	DGPOI SESCAM FSCLM Bienestar Social. Educación.

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Para el 2025 todos los centros de salud mental deben tener programas de hábitos saludables, incluidos entre sus actividades.	% de centros con programas de hábitos saludables.	>90%	Acuerdos de Gestión. Memorias.
Tríptico elaborado y distribuido en 2018.	Dicotómico. Tríptico distribuido Si/no.	Si	Documento sobre hábitos alimentarios saludables.
Programas de salud mental y salud física implementados. Actividades de ejercicio físico en los centros de salud mental para 2025.	Nº de programas de salud mental y salud física. % de centros con actividades deportivas. Nº de personas participantes, desglosado por sexos.	Uno por Área. Al menos 90% en 2025.	Acuerdos de gestión. Memorias.
Convocatoria anual de premio deportivo.	Dicotómico si/no. Nº de personas participantes, desglosado por sexos. Nº de actividades intercentro.	Si	Convocatoria.
Introducir material informativo y formativo en la página web. Aplicación de las tecnologías de información y comunicación en programas preventivos.	Nº de acciones.	N	Documentos o registros.
Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Elaboración Programa de intervención precoz en personas en riesgo de sufrir PMG.	Programa de intervención.	Si	Acuerdos de Gestión. Memorias.

Eje IV. Gestión del Conocimiento			
Línea Estratégica 8: Mejorar las competencias profesionales.			Agentes Implicados
Objetivo general 8.1. Reforzar los conocimientos y competencias del personal de Salud Mental	Objetivo Específico 8.1.1. Desarrollo competencial	Acción 1. Identificar perfiles competenciales y planificar acciones formativas acordes con las necesidades detectadas.	DGPOI SESCAM FSCLM
	Objetivo Específico 8.2.1. Formación especializada en Salud Mental	Acción 2. Identificar áreas de mejora en la formación especializada en salud mental.	DGPOI DGCHAS SESCAM
Objetivo general 8.2. Transmitir conocimientos y velar por la calidad de la formación en Salud Mental	Objetivo Específico 8.2.2. Formación de calidad en SM en las disciplinas de Ciencias de la Salud	Acción 3. Identificar áreas de mejora en la formación competencial en salud mental, tanto de conocimientos como actitudes y aptitudes, de manera transversal.	SESCAM DGCHAS UCLM

Eje IV. Gestión del Conocimiento			
Línea Estratégica 9: Fortalecer los sistemas de información y los datos científicos			Agentes Implicados
Objetivo general 9.1. Mejorar los sistemas de información de Salud Mental	Objetivo Específico 9.1.1. Normalización de los Sistemas de información	Acción 4. Normalizar y crear un cuadro de mandos de datos básicos e indicadores de salud mental.	DGPOI DGSPyC SESCAM FSCLM
	Objetivo Específico 9.1.2. Evaluación de Resultados y Evaluación de servicios	Acción 5. Analizar y evaluar servicios de SM a partir de un sistema integrado de indicadores. Promover la evaluación económica de dispositivos, tratamientos y distintas intervenciones.	DGPOI SESCAM FSCLM
Línea Estratégica 10: Fomentar la generación de conocimiento en salud mental a través de la investigación			Agentes Implicados
Objetivo general 10.1. Mejorar la capacidad de investigación y la colaboración con la Universidad en torno a prioridades nacionales de SM, incluyendo la investigación operativa para la implantación de servicios	Objetivo Específico 10.1.1. Datos científicos y de investigación	Acción 6. Definir las líneas de investigación regionales en salud mental, basadas en consultas con todas las partes interesadas.	Consejería de Sanidad. SESCAM FSCLM

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Grupo de trabajo de Competencias en Salud Mental (definición y desarrollo). Red de Expertos.	Grupo de trabajo de la Red de Expertos de Salud Mental.	Si	Memoria de actividad de la Red de expertos.
Desarrollo y reconocimiento de la Categoría de Enfermería en Salud Mental. Potenciar la docencia post-grado y acreditar alguna Unidad docente en Psiquiatría infanto-juvenil cuando esté reconocida como especialidad.	Categoría reconocida en la Relación de Puestos de Trabajo de la Organización. Unidad acreditada.	Si Si	Publicación oficial (Circular, DOCM). Programa docente.
Grupo de trabajo de Docencia en áreas relacionadas con la Salud mental de la Red de Expertos.	Grupo de trabajo de la Red de Expertos de Salud Mental.	Si	Memoria de actividad de la Red de expertos.

Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Sistemas de información en SM normalizados.	Cuadro de Mandos creado.	Si	Documento de normalización y registro de datos.
Grupo de trabajo de evaluación de Servicios de Salud Mental dentro de la Red de Expertos.	Grupo de trabajo de la Red de Expertos de Salud Mental.	Si	Memoria de actividad de la Red de Expertos.
Meta	Indicador	Valor	Evidencia
Grupo de trabajo de Investigación en Salud Mental Puesta en marcha de al menos dos líneas de investigación en Salud Mental	Grupo de trabajo de la Red de Expertos Lineas de Investigación	Si >2	Memoria de actividad de la Red de Expertos Publicaciones científicas

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

capítulo 7

Estrategias, objetivos
y líneas de acción

Capítulo 8

Cronograma y Actuaciones





CAPÍTULO 8

CRONOGRAMA Y ACTUACIONES

8.1 Cronograma y Plan de
Trabajo para la Elaboración
y Aprobación del PSM-CLM
2018-2025

8.2 Cronograma y Plan de
Trabajo para la Implementación
y Seguimiento del PSM CLM
2018-2025

8.1. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PSM CLM 2018-2025

FASES	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	2016				2017				2018			
			1º T	2º T	3º T	4º T	1º T	2º T	3º T	4º T	1º T	2º T	3º T	4º T
0. Propuesta metodológica y Plan de Trabajo.	0.0. Sentar las bases y principios orientadores.	Equipo técnico.												
	0.1. Revisar las recomendaciones internacionales para elaborar un PSM.	Equipo técnico.												
1. Análisis de situación, diagnóstico y reflexión estratégica.	1.1. Análisis descriptivo: antecedentes y situación actual de la atención en Salud Mental en CLM, de la Red de dispositivos y de profesionales sociosanitarios.	Equipo técnico.												
	1.2. Identificar puntos fuertes y avances logrados, así como las principales necesidades y áreas de mejora en la atención y en la red de dispositivos disponibles.	Grupos de expertos I (profesionales, usuarios/as y movimiento asociativo).												
		Grupos de expertos II (representantes de la Admón. Regional, Colegios profesionales, Sociedades Científicas y otros grupos de interés)												
		Equipo técnico y Dirección del PSM.												
	1.3. Establecer el posicionamiento de la Organización y el mapa, estratégico.	Equipo técnico.												
		Equipo técnico y Dirección del PSM.												
2. Planificación de objetivos, actuaciones y sistemas de medición.	2.1. Desplegar los objetivos estratégicos en acciones específicas, calendarizar y establecer sistemas de medición y seguimiento.	Equipo técnico. DGPOI SESCAM FSCLM												
	2.2. Análisis de costes y Memoria económica.	Equipo técnico. DGPOI SESCAM FSCLM												
	2.3. Análisis y priorización por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad.													
3. Redacción final del documento.	3.1. Borrador del PSM.	Equipo técnico.												
4. Fase de consulta pública y aprobación del PSM CLM 2018-2025. Comunicación y Difusión		DGPOI												
	4.1. Consulta Pública y documento final del PSM CLM 2018-2025.	Direcciones generales. Red de Expertos. Consejo de Salud. Grupos de interés.												
	4.1. Aprobación Consejo de Gobierno	Consejería de Sanidad												
	4.2. Difusión del Plan a la Sociedad.	DGPOI. Red de Expertos. Grupo de Comunicación.												

8.2. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PSM CLM 2018-2025

FASES	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	2018/2025							
			2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
5. Implantación y seguimiento del PSM CLM 2018-2025	5.1. Asegurar el despliegue del Plan: monitorizar planes de acción, analizar factores críticos para su implantación, e implementar acciones de mejora y facilitadores para su desarrollo.	DGP01. Red de Expertos.								
	5.2. Establecer un sistema de evaluación continua del CMI									
6. Evaluación.	6.1. Evaluación anual.	Red de Expertos de SM.								
	6.2. Evaluación final.	Red de Expertos de SM.								

Capítulo 9

Plan de Necesidades

9.1 Plan de Necesidades del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025

9.2 Propuesta de Actuaciones

9.3 Cronograma para el Desarrollo de Actuaciones Propuestas

PLAN DE NECESIDADES

El propósito del PSM CLM 2018-2025 es avanzar en la organización del modelo de atención a la Salud Mental orientado hacia la desinstitucionalización y atención comunitaria. Para ello se procurará intervenir de forma temprana y actuar siguiendo el modelo de atención integrada e integral que toma en consideración los aspectos de atención de salud física, salud mental así como las necesidades psicosociales. Desde esta perspectiva, la atención la patología mental grave compleja requiere, en determinadas circunstancias, cuidados sanitarios y socio-sanitarios prolongados.



Gráfico 26. Modelo de atención integrada e integral a la patología mental grave y persistente en Salud Mental.

Para continuar con el desarrollo de este modelo de atención es preciso llevar a cabo actuaciones estructurales y organizativas:

- **ALTERNATIVAS RESIDENCIALES:** Crecer en número de plazas en alternativas residenciales.
- **UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN:** Integrar los dispositivos de Media Estancia (UME) para trastornos mentales graves en el Servicio de Salud

de CLM, e incrementar el número de plazas de media estancia. A lo largo del periodo de vigencia del Plan se dotará de programas específicos para tratamiento y rehabilitación de personas con patología mental grave y alteraciones conductuales severas (PMGC), a alguno de los dispositivos de media estancia existentes.

- **TRATAMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO:** Crear el Hospital de día Infanto-Juvenil (HD-IJ) de Toledo y programas de tratamiento intensivo en Salud Mental Infanto-Juvenil en aquellas áreas en que están pendientes de desarrollar.
- **PROGRAMAS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS:** Desarrollar programas específicos para la intervención comunitaria y mejorar la continuidad asistencial.

9.1. PLAN DE NECESIDADES DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

A. Consolidar la red de recursos sanitarios y sociosanitarios para la atención a la SM y adicciones en CLM				
RECURSOS SANITARIOS	SM Adultos: Unidades de tratamiento y rehabilitación para patología mental grave.	Avanzar en la integración de las Unidades de Media Estancia (UME).	Dotar una UME con programas específicos para personas con Patología Mental Grave y alteraciones conductuales severas. (UME-Específica).	Valorar la necesidad de incremento de plazas en UME ya existentes.
	SM Infanto-juvenil: tratamiento intensivo.	Crear el Hospital de Día Infanto- Juvenil de Toledo (HD-IJ).	Poner en marcha el programa de HD-IJ en Ciudad Real.	Identificar/crear equipos interdisciplinares de tratamiento intensivo para patología mental infanto-juvenil de alto riesgo.
RECURSOS SOCIOSANITARIOS	Adultos.	Creer en plazas residenciales: residencias comunitarias, viviendas supervisadas.	Reorganización de recursos socio-sanitarios residenciales para la atención a la cronicidad en personas con patología mental grave compleja (PMGC), necesidades de cuidados prolongados y de soporte social.	Crear estructuras de apoyo complementarias (Centros de Día).
A. Reorganizar funcionalmente los recursos de la red de SM y adicciones de CLM para dar respuesta integrada e integral a las necesidades				
Desarrollar un Plan de adecuación estancias y mejora de la funcionalidad de centros para atención a las necesidades de cuidados prolongados en CLM.		Reorganizar funcionalmente las Comunidades terapéuticas.	Reorganizar funcionalmente los Centros de rehabilitación (CRPSL).	Diversificar las alternativas residenciales para personas con TMG.
C. Desarrollar programas transversales sanitarios y sociosanitarios para la continuidad asistencial en SM y adicciones en CLM				
Identificar/crear equipos interdisciplinares para la intervención temprana en los primeros episodios psicóticos.		Potenciar la continuidad de cuidados mediante la figura del profesional de enlace.	Potenciar los equipos interdisciplinares de intervención comunitaria multinivel (Atención Primaria, Salud Mental, FSCLM, Servicios Sociales).	

Tabla 30. Resumen del Plan de Necesidades para el PSM CLM 2018-2025.

9.2. PROPUESTA DE ACTUACIONES

A. ACTUACIONES DESTINADAS A CONSOLIDAR LA RED DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SM Y ADICIONES

A.1. CONSOLIDAR LA RED DE RECURSOS SANITARIOS

A.1.1. CONSOLIDAR LA RED DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ADULTA

CONSOLIDAR LA RED DE UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE (UME)

- LINEA DE ACTUACIÓN 1: Avanzar en la integración de las Unidades de Media Estancia (UME) en la Red de recursos de salud mental.
- LINEA DE ACTUACIÓN 2: Dotar de una UME para tratamiento y rehabilitación con programas específicos para personas que sufren patología mental grave y alteraciones conductuales severas.
- LINEA DE ACTUACIÓN 3: Valorar la necesidad de incremento de plazas de Media Estancia si fuera necesario, una vez se haya avanzado en la provisión de recursos residenciales¹.

A.1.2. CONSOLIDAR LA RED DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)

CONSOLIDAR LOS HOSPITALES DE DÍA INFANTO JUVENIL Y PROGRAMAS AMBULATORIOS DE TRATAMIENTO INTENSIVO EN MENORES CON PATOLOGÍA MENTAL DE RIESGO

- LÍNEA DE ACTUACIÓN 4: Crear un programa de Hospital de Día Infanto-Juvenil en Toledo.
- LÍNEA DE ACTUACIÓN 5: Poner en marcha el programa de Hospital de Día Infanto-Juvenil en Ciudad Real.
- LÍNEA DE ACTUACIÓN 6: Identificar/crear un equipo interdisciplinar de tratamiento intensivo para patología mental infanto-juvenil de alto riesgo en Talavera de la Reina.
- LÍNEA DE ACTUACIÓN 7: Identificar/crear un equipo interdisciplinar de tratamiento intensivo para patología mental infanto-juvenil de alto riesgo en Cuenca.

¹ N° de Plazas mínimas (según recomendaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría- AEN, 8 plazas/100.000 habitantes): 163. Plazas Necesarias para alcanzar el mínimo: 44 en la región. Atendiendo a criterios de territorialidad se ve necesario aumentar las plazas en la provincia de Toledo.

A.2. CONSOLIDAR LA RED DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS

A.2.1. CONSOLIDAR LA RED DE RECURSOS RESIDENCIALES

RESIDENCIAS COMUNITARIAS Y VIVIENDAS SUPERVISADAS²

- LÍNEA DE ACTUACIÓN 8: Incremento del nº de viviendas supervisadas con la apertura de cuatro nuevas viviendas en la Región.
- LÍNEA DE ACTUACIÓN 9: Incremento del nº de residencias y plazas residenciales comunitarias para personas con trastorno mental grave (TMG).

UNIDADES RESIDENCIALES REHABILITADORAS

- LÍNEA DE ACTUACIÓN 10: Reorganización de la atención a las necesidades complejas, integrando los recursos socio-sanitarios residenciales como Unidades Residenciales para atención prolongada en pacientes con patología mental compleja y necesidades especiales de cuidados y soporte sociosanitarios: Unidades residenciales sociosanitarias no comunitaria para personas con TMG.
- LÍNEA DE ACTUACIÓN 11: Crear estructuras de apoyo complementarias a las necesidades de las personas que han pasado por un proceso de rehabilitación y requieren mantenimiento social en Centro de Día.

B. ACTUACIONES ORIENTADAS A REORGANIZAR FUNCIONALMENTE LOS RECURSOS DE LA RED DE SM Y ADICCIONES DE CLM PARA DAR RESPUESTA INTEGRADA E INTEGRAL A LAS NECESIDADES.

- LÍNEA DE ACTUACIÓN 12: Reorganización funcional y operativa de los dispositivos residenciales de atención a personas con TMG y/o adicciones y centros de Rehabilitación Psicossocial y Laboral (CRPSL).³

C. ACTUACIONES ORIENTADAS A DESARROLLAR PROGRAMAS TRANSVERSALES DE ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA Y SOCIOSANITARIA PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- LÍNEA DE ACTUACIÓN 13: Reforzar la atención en los primeros episodios psicóticos mediante la identificación/creación de equipos interdisciplinarios.

² El criterio de calidad recogido en el Modelo de Trastorno Mental Grave del IMSERSO (2007): nº adecuado de plazas en viviendas por 100.000 habitantes es de 10; nº mínimo de plazas en residencias comunitarias 100.000 habitantes es de 15.

³ Dicha organización implica la revisión de los criterios de derivación, itinerarios terapéuticos propuestos así como el estudio de adecuación de las estancias según las necesidades de los pacientes.

- **LÍNEA DE ACTUACIÓN 14:** Potenciar la continuidad de cuidados en el trastorno mental grave, coordinados con los servicios de AP y Servicios Sociales de base. Identificar/dotar profesionales de enlace.
- **LÍNEA DE ACTUACIÓN 15 y 16.** En el marco del paradigma de atención comunitaria tendente a la desinstitucionalización, potenciar los equipos de intervención comunitaria multinivel: Atención Primaria, FSCLM (línea de actuación 15), Servicios de Salud Mental (línea de actuación 16), Servicios Sociales de base, con la participación clave del profesional de enlace.

9.3. CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DE ACTUACIONES PROPUESTAS

ACTUACION PROPUESTA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
L-1. Avanzar en la integración de los dispositivos de media estancia en la Red de recursos de Salud Mental ⁴ .								
L-2. Dotar una Unidad con programas específicos para personas con PMG y alteraciones conductuales severas.								
L-3. Ampliación de plazas UME regionales								
L-4. Creación de HD-IJ Toledo								
L-5. Programa de HD-IJ de Ciudad Real								
L-6 y 7. Equipos de tratamiento intensivo en SM-IJ Cuenca y Talavera. (identificación/creación)								
L-8. Incremento del número de viviendas supervisadas.								
L-9. Incremento del número de residencias y plazas residenciales comunitarias para personas con TMG								
L-10. Reorganización de las Unidades Residenciales socio-sanitarias no comunitarias para la atención a la PMGC.								
L-11. Creación de centros de día.								
L-12. Reorganización funcional de los dispositivos residenciales y CRPSL para personas con TMG y/o adicciones								
L-13. Identificación/creación de equipos interdisciplinares de primeros episodios psicóticos.								
L-14. Identificación/dotación de profesionales de enlace								
L-15. Identificación/creación de equipos interdisciplinares de intervención comunitaria (FSCLM).								
L-16. Identificación/creación de equipos interdisciplinares de intervención comunitaria (SESCAM)								

⁴ Estudios y planificación. Integración funcional y tecnológica de los dispositivos.

PLAN DE
SALUD MENTAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025

capítulo 9

Plan de Necesidades



capítulo 10

Implementación y Seguimiento



10.1 Órganos de Dirección del Plan de Salud Mental

10.2 Actuaciones Institucionales

IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

10.1. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

La dirección del Plan corresponde al titular de la Consejería de Sanidad, que a través de la Dirección General de Planificación, Ordenación e inspección canalizará el cumplimiento de los objetivos del mismo.

10.2. ACTUACIONES INSTITUCIONALES

10.2.1. ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

ACTUACIONES ESTRATÉGICAS:

- Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad.
- El desarrollo de actuaciones estratégicas se coordinará a través de un Comité de seguimiento del Plan de Salud Mental que se reunirá al menos una vez al año.

DESARROLLO OPERATIVO DE LAS ACTUACIONES:

- Consejo Consultivo de la Red de Expertos de Salud Mental.
- Grupos de Trabajo específicos.
- A nivel local, el despliegue operativo del Plan se desarrollará a través de las Comisiones de Área de Salud Mental, presididas por la persona que ejerza la Coordinación de Área, mediante el seguimiento de objetivos específicos y sus indicadores.

10.2.2. ACTUACIONES INTERINSTITUCIONALES

ACTUACIONES ESTRATÉGICAS: Consejo de Gobierno, Acuerdos Marco entre Consejerías.

DESARROLLO TÁCTICO DE LAS ACTUACIONES ESTRATÉGICAS:

- Comisiones Intersectoriales de Coordinación Interinstitucional, convocadas desde la Dirección General de Planificación Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad:
 - Mesa Sociosanitaria de seguimiento del Acuerdo Marco entre las Consejerías de Sanidad, Educación y Bienestar Social.

- Comisión de Análisis de Casos con Justicia.
- Comisión Socio-Sanitaria para Patología Mental Grave Compleja.

DESARROLLO OPERATIVO: El desarrollo operativo de los objetivos específicos y acciones se realizará de forma intersectorial, a nivel provincial o de área de salud.

RESPONSABILIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PSM CLM 2018-2025

GOBIERNO REGIONAL	• Aprobación del Plan. • Aprobación de Presupuestos.
COMISIÓN DE DIRECCIÓN DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD	• Priorización de necesidades, líneas estratégicas y acciones. • Revisión y seguimiento del PSM. Comité de Seguimiento.
CONSEJERÍAS (SANIDAD-EDUCACIÓN-SERVICIOS SOCIALES- EMPLEO Y VIVIENDA)	• Establecimiento de Acuerdos Marco para la atención integrada a las personas con problemas de SM en los distintos ámbitos y en las sucesivas etapas del ciclo vital. • Velar por el cumplimiento de los acuerdos y el seguimiento del Plan de SM.
COMISIONES INTERSECTORIALES	• Elaboración y aplicación de acuerdos. • Asesoramiento en todos los sectores y niveles de la organización para la mejora continua de la atención integral a la SM. • Velar por la aplicación de los acuerdos. • Elaboración de su propio Reglamento de Funcionamiento Interno y plan de trabajo. • Aprobación de Protocolos de Trabajo y Programas de Intervención Integrada.
EQUIPO TÉCNICO	• Coordinación, elaboración del Plan SM y apoyo en el seguimiento e implantación.
RED DE EXPERTOS DE SALUD MENTAL	• Colaborar en la implantación y el seguimiento de las líneas estratégicas y acciones del PSM. • Evaluar el grado de cumplimiento.
COMITÉS CLÍNICOS/ PROFESIONALES	• Elaborar, validar y seguir la implantación de recomendaciones, protocolos, etc. • Los comités de casos serán responsables de aprobar el plan individualizado de tratamiento definido por profesionales responsables del caso y emitir informes sobre materias de su competencia. • Realizar memorias anuales, análisis y monitorización en su área de actividad.
MIEMBROS DE LOS GRUPOS REGIONALES DE TRABAJO (GRT) Y GRUPOS DE PARTICIPACIÓN (GP)	• Revisar el conocimiento sobre aspectos de interés, debatir propuestas, elaboración de protocolos de actuación, difundirlos.
COORDINADORES DE ÁREAS DE SM	• Difundir entre los profesionales del área las directrices y resultados relevantes para la atención a la SM. • Pactar objetivos y acuerdos de gestión con la Dirección, y abordar sistemas de evaluación que permitan detectar problemas y propuestas de mejora y seguimiento de la efectividad de dichas propuestas.

Tabla 31. Niveles de responsabilidad en la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación del PSM-CLM 2018-2025.

capítulo 11

Anexos



Anexo 1. Certificado de aprobación
en Consejo de Gobierno

Anexo 2. Grupos de trabajo
y participación

Anexo 3. Marco Normativo sobre
Salud Mental

Anexo 4. Previsión
Presupuestaria

Anexo 5. Perspectiva de género
en Salud Mental

Anexo 6. Índice de Gráficos

Anexo 7. Índice de Tablas

Anexo 8. Glosario

Anexo 9. Acrónimos

Anexo 10. Referencias
Bibliográficas

ANEXO 1. CERTIFICADO DE APROBACIÓN EN CONSEJO DE GOBIERNO



Castilla-La Mancha

Secretaría del Consejo de Gobierno

123/2018

JOSÉ LUIS MARTÍNEZ GUIJARRO, VICEPRESIDENTE PRIMERO DE LA JUNTA Y SECRETARIO DEL CONSEJO DE GOBIERNO

CERTIFICA:

Que en la reunión celebrada por el Consejo de Gobierno el día tres de abril de dos mil dieciocho se ha adoptado, entre otros, el siguiente

ACUERDO

APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025.

Y para que conste, a petición de la Consejería de Sanidad, expido el presente en Toledo, a tres de abril de dos mil dieciocho.

Firmado digitalmente el 03-04-2018
por JOSE LUIS MARTINEZ GUIJARRO
con NIF 04579184E



Documento Verificable en www.jccm.es mediante
Código Seguro de Verificación (CSV): EDF6D7D171D44722BCA66

ANEXO 2. GRUPOS DE TRABAJO Y PARTICIPACIÓN

Grupos de Trabajo:

- Jefaturas de Servicio, Coordinación de Área y Coordinación de Unidades de Salud Mental.
- Grupos Regionales de Trabajo en Salud Mental (GRT):
 - GRT de Unidades de Hospitalización Breve.
 - GRT de Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil.
 - GRT de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
 - GRT de Unidades de Conductas Adictivas.
 - GRT de Unidades de Media Estancia.
 - GRT de Hospital de Día.
 - GRT de Intervención en Primeros Episodios Psicóticos.
 - GRT de Trabajo Social en Salud Mental.
 - GRT de Enfermería de Salud Mental.
 - GRT de Terapia ocupacional.
 - GRT de Unidades Docentes: Tutores y Residentes.

Grupos de discusión presenciales, creados expresamente:

- Grupo de Derechos Humanos y Participación:
 - Consejería de Sanidad (DGPOI y DGCHAS).
 - Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM).
 - Fundación Familia.
 - Usuarios (personas expertas por experiencia).
- Grupo de Prevención y Promoción de la Salud Mental:
 - Consejería de Sanidad (DGPOI).
 - Consejería de Bienestar Social (DG de Mayores y Personas con Discapacidad).
 - Consejería de Educación (DG de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional).

- SESCOAM y Gerencia de Atención Primaria.
- Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.
- Federación Salud Mental Castilla-La Mancha.
- SCAMFYC.

ANEXO 3. MARCO NORMATIVO SOBRE SALUD MENTAL

1. DERECHOS Y OBLIGACIONES. AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA DE LOS Y LAS PACIENTES

1.1. Normativa de ámbito internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948.
- Declaración de Luxor, de 17 de enero de 1989 de los derechos humanos para las personas con enfermedad mental.
- Resolución de Naciones Unidas 46/119 de 17 diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental.
- Declaración de Madrid de 25 de agosto de 1996.
- Recomendaciones relativas a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales de 20 de mayo de 2009.
- Convenio Europeo para la protección de los derechos y dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 4 de abril de 1997.
- Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental.
- Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa de 10 de febrero de 2000.
- Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa, de 27 a 29 de marzo de 2003 en Atenas,
- Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki de 12 de enero de 2005.
- Pacto Europeo para la salud y el bienestar mental de junio de 2011.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de 13 de diciembre de 2006.

1.2. Normativa de ámbito nacional

- Constitución Española de 6 de diciembre de 1978.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985.
- Declaración de Madrid de 25 de agosto de 1996.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información de documentación clínica.
- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

1.3. Normativa de ámbito regional

- Orden de 1 de junio de 1993 por el que se aprueba el Plan Regional de Salud Mental.
- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004 (aprobado por Consejo de Gobierno. DOCM, núm. 11, de 11 de febrero de 2000).
- Decreto 104/2008, de 22 de julio, de protección datos de carácter personal en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010 (aprobado por Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha el 30 de agosto de 2005).
- Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.
- Decreto 26/2013, de 23 de mayo, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.
- Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha.

2. COMPETENCIAS, ORDENACIÓN Y PRESTACIONES

2.1. Normativa de ámbito nacional

- Decreto 2531/1970, de 22 de agosto de política de incentivos a la contratación de trabajadores con discapacidad.
- Ley 13/1982, de 7 de abril de integración social de los minusválidos.
- Ley 14/1986, de 21 de abril General de Sanidad.
- Informe de la Comisión para la revisión de la reforma psiquiátrica de abril de 1985.
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales.

- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento del empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo.
- Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
- Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Ley 26/2015, de 28 de julio de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

2.2. Normativa de ámbito Regional

- Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto. Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha.
- Decreto 53/1985, de 16 de abril y Orden de 15 de octubre de 1985 de la Consejería de Sanidad.
- Orden de 15 de octubre de 1985, de la Consejería de Sanidad. Crea la Guía de Unidades Infanto-Juveniles de atención a la Salud Mental.
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.
- Decreto 13/2005, de 1 de febrero, de la Consejería de Sanidad, de los Órganos de Participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.
- Orden de 11 de febrero de 2015, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se establecen las prioridades en materia de inspección de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociales y se aprueba el Plan de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios y Sociales de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y el Plan de Inspección y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para 2015
- Decreto 83/2015, de 14 de julio, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad.
- Plan de Garantías de los Servicios de Urgencias (Plan DIGNIFICA).

3. INTERNAMIENTO Y RESPONSABILIDAD PENAL

- Ley 10/1995, de 23 de noviembre, Código Penal.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por la que se aprueba el reglamento penitenciario.

- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil y Código Civil: regulan dos procedimientos de interés en SM: el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico; y la Incapacitación Civil y la Tutela. (Arts. 199-214 y siguientes del Código Civil y 756 a 763 del Enjuiciamiento Civil).
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.
- Proposición no de ley sobre centros psiquiátricos en instituciones penitenciarias, del Congreso de los Diputados (21 de abril de 2010).

4. CENTROS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ADICCIONES Y ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

4.1. Normativa de ámbito nacional

- Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los Centros Especiales de Empleo.
- Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

4.2. Normativa de ámbito regional

- Decreto 180/1993, de 11 de noviembre, de acreditación de centros y servicios para realizar tratamientos de deshabituación con opiáceos y del Decreto 75/1998, de 07 de julio de 1998.
- Orden de 18 de septiembre de 1998, de acreditación de las Oficinas de Farmacia para la elaboración, conservación y dispensación de agonistas opiáceos.
- Orden de 22 de agosto de 2000, de la Consejería de Sanidad, por la que se determina el régimen jurídico básico de los Servicios de Salud Mental para enfermos de los centros gestionados por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de mayo de 2001 de Constitución de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM). (Reformulada como Fundación Socio-sanitaria de Castilla-La Mancha en 2010).
- Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Decreto 86/2003, de 20 de mayo, por el cual se adscriben al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, las Unidades de Salud Mental.
- Decreto 30/2004, de 30 de marzo, por el que modifica el Reglamento de Desarrollo de la ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales en Castilla-La Mancha, aprobado por el Decreto 53/1999, de 11 de mayo.
- Orden de 18 de noviembre de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental.
- Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

5. SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA

- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.
- Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha.
- Decreto 26/2013, de 23 de mayo, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.
- Decreto 3/2016, de 26 de enero, por el que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.
- Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha.

ANEXO 4: ESTIMACIÓN ECONÓMICA DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

El Plan de Salud Mental constituye una respuesta global a las múltiples necesidades que tienen las personas con trastorno mental y/o adiciones. Por tanto más allá de las competencias y presupuestos directos de gasto que le puedan ser imputados desde la Consejería de Sanidad, el Servicio de Salud o la Consejería de Bienestar Social, la financiación destinada a atender las necesidades de estos colectivos, incluye dotaciones presupuestarias dirigidas a la financiación de medidas desde otros departamentos de la administración como sería el caso de Educación Cultura y Deportes, Economía Empresa y Empleo, etc.

No obstante, la estimación económica recogida en el Plan se refiere exclusivamente al gasto en atención sanitaria y sociosanitaria para la hospitalización, atención ambulatoria, asistencia diurna y unidades de media estancia, soporte psicológico, atención residencial de larga duración en dispositivos sociosanitarios, prevención, sensibilización y lucha contra el estigma y dispositivos y programas de promoción de la inserción social y laboral.

Fuera de esta estimación de costes quedarían los programas dirigidos a la capacitación y formación para el empleo, educación, ayudas económicas, que serán financiados en programas y ayudas de ámbito más general, competencia de otros departamentos de la administración regional.

Este Plan, además de reflejar la evolución del gasto en los últimos años, cuenta con una estimación del coste de las nuevas acciones para su periodo de vigencia y se elaborarán presupuestos anuales de gasto ajustados con los presupuestos generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, que serán evaluados y aprobados por el comité de Dirección de la Red de Expertos y profesionales de Salud mental.

No existe una asignación presupuestaria específica como tal que incluya todas las partidas destinadas a la atención a la Salud Mental y su distribución según los órganos gestores y programas implicados, queda recogida en las siguientes secciones:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

(2609) DG, Planificación, Ordenación e Inspección

- **Programa 412 E** (Planificación, Atención a la Salud e Instituciones Sanitarias)

SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM)

(6103) DG de Atención Sanitaria

- **Programa 412 D** (Atención Integrada en Salud)

FUNDACIÓN SOCIO SANITARIA

La FSCLM gestiona fondos procedentes de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Bienestar Social a través de una transferencia nominativa anual. Una parte de su presupuesto se corresponde también con la gestión de fondos de ingresos propios.

La transferencia nominativa se corresponde con fondos procedentes de los siguientes programas:

(2704) DG de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes:

- **Programa 313 C** (Atención a Personas con Discapacidad)

(2609) DG de Planificación Ordenación e Inspección:

- **Programa 412 E** (Planificación, Atención a la Salud e Instituciones Sanitarias)

El Plan contempla una valoración de impacto presupuestario que se irá presentando anualmente.

GASTO EN SALUD MENTAL EN LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

El gasto en la atención a la Salud Mental en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se distribuye principalmente en tres Órganos Gestores implicados: Consejería de Sanidad, Consejería de Bienestar Social y Servicio Regional de Salud.

1. En relación con el Servicio Regional de Salud, el análisis se basa en la estructura de costes en Salud Mental en atención especializada tanto a nivel ambulatorio como hospitalización en los principales epígrafes presupuestarios (Capítulo 1 y 2) según los datos facilitados por el Servicio de Contabilidad Analítica del SESCOAM, proveniente de las distintas Gerencias. Este análisis de costes se basa en un proceso de imputación en el que en primer lugar se recogen los costes de los servicios intermedios (aquellos cuya actividad se realiza en beneficio de otros servicios). El coste de cada Unidad funcional se obtiene sumando los grupos funcionales homogéneos (GFH) finales de cada área de producción, bien consultas, hospital de día u hospitalización. El GFH es la unidad mínima de gestión que se caracteriza por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida, un código que lo identifica y regulación propia. Dicha análisis de costes, tiene en cuenta los costes hospitalarios. Para estudiar el impacto económico global de los problemas de Salud Mental, habría que tener en cuenta todos los costes directos sanitarios, incluyendo atención primaria y gasto farmacéutico, además de los costes no sanitarios, y los costes indirectos (pérdida de productividad por discapacidad).

2. Los gastos imputables a recursos que dependen directamente de la Consejería de Sanidad se corresponden con: la Unidad Residencial Rehabilitadora de Alcohete (URR de Guadalajara) y la Unidad de Atención a Patología Dual “El Alba” (Toledo).
3. La FSCLM reparte su actividad entre: Atención a la Salud Mental (SM) y Atención a pacientes con Drogodependencias y VIH/SIDA. Dentro de los recursos para la atención a la Salud Mental se distinguen: el área de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario; el área de alternativas residenciales (viviendas supervisadas y residencias comunitarias); el servicio de tutelas y el Centro de Atención al Menor (CAEM).

GASTO EN SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA POR ÓRGANO GESTOR Y CAPÍTULOS. AÑO 2015					
SESCAM		CAPÍTULO 1	CAPÍTULO 2	Resto de coste directo	TOTAL
	Coste directo	27.626.270,78 €	3.294.792,91 €	52.667,84 €	30.973.731,53 €
	Coste repercutido				18.707.710,07 €
	TOTAL COSTES				49.681.441,60 €
CONSEJERÍA DE SANIDAD		CAPÍTULO 1	CAPÍTULO 2	Programa 313C	TOTAL
	URR Alcohete	3.348.819,95 €	432.309,42 €		3.781.129,37 €
	“El Alba”	841.812,10 €	294.494,28 €		1.136.306,38 €
	TOTAL COSTES				4.917.435,75 €
FSCLM		CAPÍTULO 1	CAPÍTULO 2	CAPÍTULO 7	TOTAL
	III. SALUD MENTAL				
	- Área de Rehabilitación Psicosocial	2.676.378,41 €	2.554.115,45 €	75.000,00 €	5.305.493,86 €
	- Área Alternativas Residenciales				
	- Viviendas Supervisadas	1.249.959,77 €	1.236.921,32 €		2.486.881,09 €
	- Residencias	1.719.004,62 €	2.824.725,42 €	1.425.000,00 €	5.968.730,04 €
	- Serv. de Tutelas	156.091,67 €	67.384,28 €		223.475,95 €
	- Centro At. Menor	638.672,74 €	374.371,32 €		1.013.044,06 €
	IV. DROG. Y VIH/ SIDA				
	- Programa Drogodependencias y Centros Penitenciarios		2.927.375,00 €		2.927.375,00 €
	TOTAL III y IV	6.440.107,21 €	9.984.892,79 €	1.500.000,00 €	17.925.000,00 €
TOTAL					72.523.877,35 €

GASTO EN SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA POR ÓRGANO GESTOR Y CAPÍTULOS. AÑO 2016					
SESCAM		CAPÍTULO 1	CAPÍTULO 2	Resto de coste directo	TOTAL
	Coste directo	28.316.127,49 €	3.757.600,37 €	82.290,67 €	32.156.018,53 €
	Coste repercutido				18.459.558,63 €
	TOTAL COSTES				50.615.577,16 €
CONSEJERÍA DE SANIDAD		CAPÍTULO 1	CAPÍTULO 2	Programa 313C	TOTAL
	URR Alcohete	3.380.052,83 €	557.339,13 €		3.937.391,96 €
	"El Alba"	874.181,12 €	291.351,86 €		1.165.532,98€
	TOTAL COSTES				5.102.924,94€
FSCLM		CAPÍTULO 1	CAPÍTULO 2	CAPÍTULO 7	TOTAL
	III. SALUD MENTAL				
	- Área de Rehabilitación Psicosocial	2.834.818,34 €	2.798.248,99 €	57.651,58 €	5.690.718,91 €
	- Área Alternativas Residenciales				
	- Viviendas Supervisadas	1.394.140,47 €	1.259.700,93 €	118.126,87 €	2.771.968,27 €
	- Residencias	1.777.983,60 €	2.749.379,31 €	30.000,00 €	4.557.362,91 €
	- Servicio de Tutelas	218.715,67 €	52.540,27 €		271.255,94 €
	- Centro At. Menor	708.425,07 €	363.237,35 €		1.071.662,42 €
	IV. DROG. Y VIH/ SIDA				
	- Programa Drogodependencias y Centros Penitenciarios	2.799.000,00 €	56.221,55 €	2.855.221,55 €	2.927.375,00 €
	TOTAL III y IV	6.934.083,15 €	10.022.106,85 €	262.000,00 €	17.218.190,00 €
	TOTAL				72.936.692,10 €

PREVISIÓN ESTIMADA DE COSTES APLICADA A LAS NUEVAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN PROPUESTAS DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DEL PLAN DE SALUD METAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

En la tabla siguiente se muestra la previsión estimada del coste aplicado a las líneas de actuación propuestas durante el período de vigencia del Plan 2018-2025. Con carácter general, la Consejería de Sanidad aprobará un presupuesto de ejecución de gasto anual en las diferentes partidas presupuestarias.

ACTUACIONES	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
L-1. Avanzar en la Integración de los dispositivos de media estancia en la Red de recursos de Salud mental	-	-	-	-	-	-	-	-
L-2. Dotar una unidad con programas específicos para personas con PMG y alteraciones conductuales severas (SESCAM)	150.000 ¹	1.565.667	1.604.809	1.644.929	1.686.052	1.728.203	1.771.409	1.815.694 ²
L-3. Ampliación de plazas de UME regionales (SESCAM)	-	-	-	-	-	1.209.358	1.239.592	1.270.582
L-4. Creación de HD-IJ Toledo (SESCAM)	-	268.084	274.786	281.656	288.697	295.915	303.312	310.895
L-5. Programa HD-IJ de Ciudad Real (SESCAM)	-	-	180.382	184.891	189.514	194.251	199.108	204.085
L-6 y 7. Equipos de Tratamiento Intensivo IJ Cuenca y Talavera (SESCAM)	-	-	214.986	440.721	451.739	463.032	474.607	486.472
L-8. Incremento del nº de Viviendas Supervisadas (FSCLM)	203.819	251.217	298.615	303.797	309.873	316.070	322.391	328.839
L-9. Incremento del nº de residencias y plazas residenciales comunitarias para personas con TMG (FSCLM)	739.826 ³	1.681.318 ⁴	1.714.944	2.254.944 ⁵	2.794.944	2.850.843	2.907.860	3.447.860 ⁶
L-10. Reorganización de las unidades residenciales sociosanitarias no comunitarias para la atención a la PMGC	-	-	-	-	-	-	-	-
L-11. Centros de Día (FSCLM)	-	-	204.000	416.160	424.483	612.240	624.484	636.974
L-12. Reorganización funcional de los dispositivos residenciales y CRPSL para personas con TMG y/o adicciones ⁷	-	-	-	-	-	-	-	-
L-13. Identificación/creación de equipos interdisciplinares primeros episodios psicóticos(SESCAM)	-	175.589	351.177	526.766	702.354	877.943	1.053.532	1.229.120
L-14. Identificación/dotación de profesionales de enlace (SESCAM)	40.422	82.865	124.298	165.730	207.163	248.595	290.028	331.460
L-15. Identificación/creación. equipos de interdisciplinares intervención comunitaria (FSCLM)	-	-	152.917	311.951	474.165	639.623	652.415	665.463
L-16. Identificación/creación de equipos interdisciplinares de intervención comunitaria (SESCAM) ⁸	-	-	-	-	126.283	258.880	388.320	517.760
SUMATORIO ACTUACIONES	1.134.067	4.024.740	5.087.288	6.531.545	7.655.267	9.694.953	10.227.058	11.245.204
GASTO TOTAL *	74.070.759	76.961.432	78.023.980	79.468.237	80.591.959	82.631.645	83.163.750	84.181.896

* Gasto total anual en Salud Mental tomando como referencia el gasto total del año 2016 (72.936.692 €)

⁵ Inicio desarrollo plan funcional de una Unidad de Media Estancia.
⁶ El coste de personal se ha calculado con incrementos anuales del 2.5% en capítulo 1 y 2% en capítulo 2.
⁷ Estimación del coste de nuevas plazas en relación con el periodo de puesta en marcha.
⁸ Estimación coste íntegro de 70 nuevas plazas durante un año
⁹ Incluye la estimación coste de un nuevo centro residencial de 40 plazas 180 días
¹⁰ Incluye el calculo estimado de un nuevo centro de 40 plazas durante 180 días

ANEXO 5: RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE INTERÉS

Los documentos que se enumeran a continuación han sido elaborados por el equipo técnico del PSM-CLM 2018-2025 como parte del trabajo llevado a cabo durante el análisis de situación o bien como punto de partida para la ejecución de actuaciones estratégicas. Debido a su exhaustividad no se ha considerado pertinente incluirlos como anexos en el texto definitivo del Plan de Salud Mental, pero se encuentran disponibles en la Consejería de Sanidad y/o el SESCOG.

1. Listado de Verificación para evaluar un PSM (OMS)

Traducción propia de la Lista de verificación para evaluar un Plan de Salud Mental, elaborada por la Organización Mundial de la Salud.

2. Participación de Expertos y Análisis estratégico de la Red de Salud Mental de CLM (DAFO)

Análisis de puntos fuertes y avances logrados, así como las principales necesidades y áreas de mejora en la atención y en la red de dispositivos disponibles. Se envió como informe de reporte a los participantes.

3. Estudio sobre Consumo y Gasto en Psicofármacos y su evolución en España y Castilla-La Mancha.

Análisis elaborado por el Área de Farmacia de la Dirección General de Asistencia del SESCOG sobre los datos disponibles relacionados con el consumo en psicofármacos y su gasto. Incluye fármacos estimulantes, nootrópicos y fármacos para la demencia, además de los propiamente de uso común para la atención a los problemas de Salud Mental, a nivel de Atención Primaria, Servicios de Salud Mental y otros servicios hospitalarios.

4. Análisis de las unidades de atención prolongada para Patología Mental Grave y persistente Revisión por comunidades autónomas y situación en Castilla-La Mancha

Documento interno de trabajo.

5. Estrategia de prevención de suicidio e intervención en conductas autolíticas en Castilla-La Mancha

Documento interno de trabajo para el grupo intersectorial de Prevención de Suicidio.

ANEXO 6: ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Principios Orientadores del PSM 2018-2025 basados en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS). Ejes de Actuación	12
Gráfico 2	Pilares de la Política Sanitaria de Castilla-La Mancha para el periodo 2015-2020	12
Gráfico 3	Engranaje de los ejes de actuación del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS) con los cuatro pilares de la Política Sanitaria de la JCCM 2015-2020	14
Gráfico 4	Evolución de plazas en dispositivos de Salud Mental en CLM	29
Gráfico 5	Nº de personas atendidas en recursos sociosanitarios	30
Gráfico 6	Pirámide de población de CLM a 1 de julio de 2016	35
Gráfico 7	Áreas de Salud de Castilla-La Mancha, 2017	39
Gráfico 8	Porcentaje de personas según rango de edad que han padecido alguna vez depresión. (Encuesta Europea de Salud EES, 2014)	42
Gráfico 9	Porcentaje de personas que han necesitado consulta de Salud Mental en el último año. (EESE, 2014)	42
Gráfico 10	Porcentaje de personas con distinto grado de severidad de síntomas depresivos. (EESE, 2014)	43
Gráfico 11	Porcentaje de personas según rango de edad con síntomas de depresión leve o moderados. (EESE, 2014)	44
Gráfico 12	Porcentaje de personas según rango de edad con síntomas de depresión grave o moderadamente graves (EES, 2014)	44
Gráfico 13	Distribución del diagnóstico de depresión en Atención Primaria por edad y sexo en CLM ..	49
Gráfico 14	Proveedores de Servicios de Salud Mental en CLM	52
Gráfico 15	Esquema y organización de la Red de Salud Mental en CLM	53
Gráfico 16	Mapa de recursos sanitarios	60
Gráfico 17	Mapa de recursos socio-sanitarios	61
Gráfico 18	Nº de proyectos de investigación en SM en CLM, 2005-2016	70
Gráfico 19	Representación del ciclo de la planificación y mejora de la calidad	77
Gráfico 20	Participación de personas expertas en el análisis de situación: fases y plan de trabajo	79
Gráfico 21	Metodología CAME para el análisis estratégico	81

Gráfico 22 Marco de referencia del PSM-CLM 2018-2025 88

Gráfico 23 Objetivos estratégicos del PSM CLM 2018-2025 89

Gráfico 24 Liderazgo y gobernanza 96

Gráfico 25 Atención integrada a la Salud Mental 99

Gráfico 26 Modelo de atención integrada e integral a la patología mental grave y persistente en Salud Mental 131

ANEXO 7: ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Nº de plazas en recursos de Salud Mental en CLM durante los últimos 15 años	29
Tabla 2	Evolución del nº de dispositivos en CRPSL y dispositivos residenciales en CLM, 2005-2015 .	30
Tabla 3	Ejes y objetivos de los diferentes Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha	31
Tabla 4	Resumen de indicadores demográficos y sanitarios según áreas de salud. CLM, 2015	36
Tabla 5	Áreas de salud y Gerencias de Atención Integrada, CLM 2016	37
Tabla 6	Población de CLM distribuida por Áreas de salud. Año 2016	37
Tabla 7	Población de CLM distribuida por gerencias de área integradas (GAI). Año 2016	38
Tabla 8	Morbilidad hospitalaria en CLM: 10 GRDs más frecuentes en ingresos psiquiátricos durante el año 2015	48
Tabla 9	Nº de pacientes con Incapacidad Temporal (IT) por trastorno mental en Castilla-La Mancha durante el periodo 2011-2015	51
Tabla 10	Comisiones de valoración relacionadas con la Salud Mental. CLM 2016. SESCOAM	54
Tabla 11	Nº y tipos de dispositivos de atención a la SM infanto-juvenil por áreas	56
Tabla 12	Nº de Unidades de Salud Mental y consultas especializadas de SM en CLM por áreas de salud, año 2016	57
Tabla 13	Nº de dispositivos de hospitalización total o parcial en CLM por áreas de salud, 2016	57
Tabla 14	Unidades de Conductas Adictivas, CLM 2016	58
Tabla 15	Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria, CLM 2016	58
Tabla 16	Unidades Residenciales Rehabilitadoras, CLM 2016	58
Tabla 17	Nº de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), CLM 2016	59
Tabla 18	Nº y tipo de dispositivos residenciales socio-sanitarios especializados de SM, CLM 2016	59
Tabla 19	Recursos humanos en los dispositivos de SM en CLM por categorías en 2015	62
Tabla 20	Programas asistenciales de Salud Mental en el SESCOAM	64
Tabla 21	Programas y Servicios de la FSCLM según áreas de actividad	65
Tabla 22	Casuística hospitalaria e indicadores de funcionamiento según datos a partir del CMBD, CLM 2015. Modelo de indicadores basados en la Metodología de Análisis de Hospitalización del Sistema Nacional de Salud (SNS)	66
Tabla 23	Datos registrados sobre actividad de hospitalización desagregada en las unidades hospitalarias durante 2015 y 2016	67

Tabla 24 Datos registrados sobre consultas nuevas y sucesivas en las unidades ambulatorias de Salud Mental en 2015 y 2016 68

Tabla 25 Datos registrados sobre actividad en Hospital de Día de Salud Mental, años 2015 y 2016 (nº pacientes) 68

Tabla 26 Datos de actividad de la FSCLM: nº de personas atendidas entre 2011 y 2016 69

Tabla 27 Nº de residentes en CLM, enero 2016 71

Tabla 28 Evolución de plazas docentes en SM acreditadas entre 2011 y 2016 72

Tabla 29 Construcción de las Estrategias orientadas a la misión, alineadas con los Ejes del PSM CLM 2018-2025, definidos conforme al marco de referencia institucional 89

Tabla 30 Resumen del Plan de Necesidades para el PSM CLM 2018-2025 132

Tabla 31 Niveles de responsabilidad en la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación del PSM-CLM 2018-2025 140

ANEXO 8. GLOSARIO

BUENAS PRÁCTICAS:

Aquellas cuya intervención o experiencia está basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario. (“Procedimiento para recogida de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud”, Subdirección General de Calidad y Cohesión, MSSSI).

DESARROLLO SOSTENIBLE:

“Desarrollo que asegura las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para enfrentarse a sus propias necesidades”. (*Comisión Mundial sobre Ambiente y Desarrollo* [*Comisión Brundtland*, 1987]).

DISCAPACIDAD:

Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. OMS, 2006).

EFICIENCIA:

Se trata de emplear los medios disponibles de manera racional para conseguir los objetivos y metas fijados con anterioridad y con el mínimo gasto posible de los recursos.

EXCELENCIA:

Pretensión de máxima calidad en todas y cada una de las actuaciones y recursos, que busca una valoración positiva por parte de usuarios y profesionales. El objetivo de es asegurar una atención, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente.

GESTIÓN CLÍNICA:

Estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente” (Peiró & cols, 2010).

GOBERNANZA:

Forma de gobernar que promueve un nuevo modelo de gestión fundamentado en la participación de la sociedad civil a todos sus niveles, influyendo las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, y basada en la eficacia, la calidad y la satisfacción.

LIDERAZGO PARTICIPATIVO:

Tipo de liderazgo que invita a otros miembros del grupo a contribuir con el proceso de toma de decisiones. No delega su derecho a tomar decisiones finales y señala directrices específicas al grupo. Emplea la toma de decisiones de los demás para que sus ideas sean cada vez más útiles y maduras y les impulsa a incrementar su capacidad de autocontrol y de asumir más responsabilidades.

PATOLOGÍA MENTAL GRAVE (PMG):

La PMG se refiere a las *dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestra sociedad*. Dentro del concepto de PMG podemos distinguir dos áreas distintas de actuación:

- a. En las primeras fases de la enfermedad de determinadas psicopatologías: psicosis, trastornos afectivos, etc.
- b. Cuadros que se han cronificado y que han derivado en la presencia de discapacidades en distintos órdenes de su vida y que, en conjunto, consumen una gran cantidad de recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales: Trastorno Mental Grave (TMG). El TMG contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y nivel de discapacidad social, familiar y laboral.

RENDICIÓN DE CUENTAS:

Acto administrativo mediante el que los responsables de la gestión de los fondos públicos o cuentadantes informan, justifican y se responsabilizan de la aplicación de los recursos puestos a su disposición en un ejercicio económico.

RESILIENCIA:

Capacidad que tiene una persona o un grupo de recuperación frente a circunstancias adversas para continuar desarrollándose en el futuro. En ocasiones, las circunstancias difíciles o los traumas permiten desarrollar recursos que se encontraban latentes y que se desconocían hasta ese momento.

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA:

Es una forma de dirigir una organización basado en la gestión de los impactos que su actividad genera sobre sus clientes, personal empleado, comunidades locales, medioambiente y sobre la sociedad en general.

SOSTENIBILIDAD:

Característica o estado según el cual pueden satisfacerse las necesidades de la población sin comprometer la capacidad de generaciones futuras o de poblaciones de otras regiones de satisfacer sus necesidades (Declaración de Río. 1992). El desarrollo sostenible implica la consideración no solo desde el punto de vista económico, sino social y ecológico, y se centra en la funcionalidad de los recursos de la actualidad, intentando conseguir una mejor organización y mejores cotas de calidad asistencial.

TRASTORNO MENTAL:

Consiste en una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales. Son muy diversos y se acompañan de diferentes síntomas. Implica la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo.

UNIDAD DE LARGA ESTANCIA:

Recurso sanitario para la atención de pacientes con enfermedad mental grave y dificultades de adaptación al entorno, de larga duración, que necesitan supervisión conductual intensiva, con objetivos de rehabilitación e integración. Implica los siguientes aspectos:

- Tiempo de estancia: largo, supera el de todos los demás dispositivos sanitarios de Salud Mental.
- Patologías tratadas: Enfermedad mental grave, Trastorno mental crónico, Trastorno mental grave.
- Las patologías se acompañan de:
 - dificultades de adaptación al entorno.
 - no tienen criterio para recursos comunitarios residenciales.
 - necesitan supervisión conductual.
 - tienen conductas disruptivas, psicopatología grave, alta expresividad emocional, con dificultades para vivir autónomamente.
- Objetivo: terapéutico, rehabilitador, de reinserción, normalización asistencial, atención, supervisión conductual e integración.

VULNERABILIDAD:

En línea con el Plan de Acción Integral sobre salud mental 2013-2020 (OMS): riesgo elevado de sufrir trastornos mentales, como resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales y el ambiente circundante. Dentro de los agentes de vulnerabilidad se encuentran el estigma y la discriminación, violencia y maltrato, restricciones de derechos civiles y políticos, exclusión de participar plenamente en la sociedad, dificultad de acceso a los servicios sociales, de salud y educativos, así como de acceso a los ingresos y al empleo, e Incremento de la discapacidad y muerte prematura.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL:

Capacidad de los servicios sanitarios para atender de forma continuada a los pacientes, independientemente del lugar y del tiempo, de forma coordinada con otros profesionales y organismos y que genera una mejor calidad y satisfacción en los usuarios. Este tipo de atención es más relevante en pacientes pluripatológicos o con enfermedades crónicas complejas.

RECUPERACIÓN/CURACIÓN:

El proceso de Recuperación reconoce a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. Gira en torno a elementos internos y valores como la esperanza de cambio lo que supone un incremento en la sensación de control de la propia vida y el deseo de normalizar la vida plenamente. Conlleva valores como empoderamiento, autogestión, derechos, inclusión social, rehabilitación, implicación personal y esperanza. Pone el énfasis en las capacidades de la persona y en horizontes de desarrollo y crecimiento personal.

La Curación es el restablecimiento pleno a niveles anteriores a la enfermedad, objetivo inalcanzable en algunas personas que padecen trastorno mental.

REHABILITACIÓN:

Proceso formado por un conjunto de medidas sociales, educativas y sanitarias destinadas a que el paciente que había perdido una función o actividad, a causa de una enfermedad, recupere la mayor capacidad e independencia posibles. Se trata de una atención aplicada a las secuelas de un trastorno que genera discapacidad o disfunción. Es una parte de la asistencia encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.

ANEXO 9. ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria

AVAD: Años Vividos Ajustados por Discapacidad

AVD: Años Vividos con Discapacidad

AVP: Años Vividos Perdidos

BBPP: Buenas Prácticas

CAEM: Centro de Atención al Menor

CAC: Comisiones de Análisis de Casos

CCAA: Comunidades Autónomas

CCTT: Comunidades Terapéuticas

CD: Centro de Día

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CEE: Centros Especiales de Empleo

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CLM: Castilla-la Mancha

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CMI: Cuadro de Mandos Integral.

CRPSL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

CTD: Centro Terapéutico para Drogodependientes

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades

DDHH: Derechos Humanos

DGAS: Dirección General de Asistencia Sanitaria

DGCHAS: Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia

DGPOI: Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección

DGSPC: Dirección General de Salud Pública y Consumo

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales

EAD: Equipos de Atención al Drogodependiente

EESE: Encuesta Europea de Salud en España

EEAG: Evaluación de la Actividad Global

FEAFES: Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

FISLEM: Fundación para la Integración del Enfermo Mental

FSCLM: Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

GAI: Gerencia de Atención Integrada

GAM: Grupos de Ayuda Mutua

GRD: Grupo Relacionado con el Diagnóstico

GRT: Grupos Regionales de Trabajo.

GP: Grupos de Participación

GMA: Grupos de Morbilidad Ajustados

HD: Hospital de Día

HDA: Hospital de Día de Adultos

HD-IJ: Hospital de Día Infante Juvenil

HNP: Hospital Nacional de Paraplégicos

ICS: Instituto de Ciencias de la Salud

IEN: Instituto de Enfermedades Neurológicas

IJ: Infante Juvenil

IT: Incapacidad Temporal

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

IPPE: Intervención en Primeros Episodios Psicóticos

ISO: Organización Internacional de Normalización

JCCM: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

LISMI: Ley de integración social de las personas con discapacidad

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAI-SM: Procesos asistenciales integrados de salud mental

PHQ: Cuestionario sobre la Salud del Paciente.

PITR: Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación

PSM: Plan de Salud Mental

PMC: Patología Mental Común

PMG: Patología Mental Grave

RD: Real Decreto

RExSM: Red de Expertos y profesionales de Salud Mental

RRCC: Residencias Comunitarias

RRHH: Recursos Humanos

RSM: Red de Salud Mental

SAD: Sistema de Atención a la Dependencia y Promoción de Autonomía

SCAMFYC: Sociedad Castellano Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SM: Salud Mental

SNS: Sistema Nacional de Salud

TICs: Tecnologías de la Información y la Comunicación

TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria

TDAH: Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad

TEA: Trastornos del Espectro Autista

TMC: Trastorno Mental Común

TMG: Trastorno Mental Grave

UCA: Unidad de Conductas Adictivas

UCLM: Universidad de Castilla-La Mancha

UDM: Unidad Docente Multiprofesional

UHB: Unidad de Hospitalización Breve

UHB-IJ: Unidad de Hospitalización Breve Infanto Juvenil

ULE: Unidad de Larga Estancia

UME: Unidad de Media Estancia

URR: Unidad Residencial y Rehabilitadora

USM: Unidad de Salud Mental

USM-IJ: Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil

UTA: Unidad de Trastornos de la Alimentación

UTR: Unidad de Tratamiento y Rehabilitación

VVSS: Viviendas Supervisadas

WHO: World Health Organization (*OMS*)

ANEXO 10: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Declaración Europea de Salud Mental y Plan de Acción de Salud Mental para Europa.
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
- Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar.
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf
- Estrategia Nacional de Salud mental 2009-2013.
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Plan de Salud Mental de CLM, 2000-2004.
<http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/plansalud.pdf>
- Plan de Salud Mental de CLM, 2005-2010.
<http://www.feafesclm.com/plansalud.pdf>
- La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha Consejería de Sanidad Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
- Libro Verde Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Estrategia Nacional de Salud Mental. 2007.
http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro De Publicaciones. 2012.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. (2007). Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental grave.
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>

- Bernal-Delgado, E., Peiró, S., & Sotoca, R. (2006). Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud: Una aproximación por consenso de expertos. *Gac Sanit*, 20(4), 287-294.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715072>
- Cequier Ángel, García-Altés Anna. Transparencia y comparación de resultados para la sostenibilidad del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.01.005>
- CIBERSAM. (s.f.).
<http://www.cibersam.es/programas-de-investigacion/psiquiatria-del-nino-y-el-adolescente>
- Costa, A.J. (2009). La Matriz DAFO dinámica. Escuela de Alta Dirección y Administración (EADA). Mauri, J. (2013). Dirección Estratégica. Programa de Gestión Clínica de Servicios de Salud Mental. Escuela de Alta Dirección y Administración (EADA).
- de Pedro Cuesta, J., Saiz Ruiz, J., Roca, M., Noger, I., & et al. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiqui. Biol.*, 23(2), 67-73.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593416000105>
- Dr. Francisco Rodríguez Pulido. Presente y perspectivas de futuro. La Recuperación de las Personas Con Trastorno Mental Grave: Modelo De Red De Redes.
http://ome-aen.org/files/2013/12/LIBRO_LA_RECUPERACION_DE_LAS_PERSONAS_CON_TMg.pdf
- Gili, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac. Sanit.*, 28(S1), 104-108.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000454>
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., y otros. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*, 126(12), 445-51.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775306719698>
- Henche Ruiz, A. I. (2016). El auge de la analgesia opiode. Problemas relacionados con su uso a largo plazo. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla.-La Mancha*, VII (3), 1-8.
http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_3_2016.pdf
- Lara, E., Garin, N., Ferrari, S., Tyrovolas, B., Olaya, B., Sánchez-Riera, H., y otros. (2015). La carga de la enfermedad en España 2010: trastornos neurológicos, mentales y relacionados con el consumo de sustancias. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 8(4), 207-217.
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-la-carga-enfermedad-espana-2010-S1888989114001050>

- Monterde, D., E Vela, E., & Montse, C. (2014). Grupos de Morbilidad Ajustados. Servicio Catalán de la Salud, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302104>
- MSSSI. (2014). Encuesta Europea de Salud.
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
- Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha. (2016). Evolución del consumo de analgésicos opioides en Castilla-La Mancha (2002-2014).
- OMS. (2012). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Obtenido de Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.
http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/es/
- OMS. (s.f.). CHECKLIST FOR EVALUATING A MENTAL HEALTH PLAN.
http://www.who.int/mental_health/policy/WHOPlanChecklist_forwebsite.pdf?ua=1
- Peiró, & cols. (2010). Diccionario de gestión sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Madrid.: Fundación Gaspar Casal. Ed. DGMM.
- Prieto Rodríguez, M., March Cerdá, J., Guerrero Ruiz, C., Martínez Torvisco, F., & Pérez Lázaro, J. (1999). Metodología basada en la participación para la elaboración de los planes estratégicos. Gac Sanit, 13(Supp C2), 8132.
<http://www.citeulike.org/group/13021/article/6775102>
- Tellez-Lapeira, J., López-Torres, J., Gálvez-Alcaraz, L., Párraga-Martínez, I., Boix-Gras, C., & García-Ruiz, A. (2017). Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y factores asociados en las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol (52), 31-34
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X16000445>

**PLAN DE
SALUD MENTAL**
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025



Castilla-La Mancha

**PLAN DE
SALUD MENTAL**
DE CASTILLA-LA MANCHA
2018-2025



Castilla-La Mancha