

Plan de Salud Mental
de Castilla-La Mancha
2000-2004

PRESENTACIÓN

La salud es uno de los indicadores más importantes del bienestar de los ciudadanos y uno de los propósitos principales del Gobierno de Castilla-La Mancha.

Asistimos a una importante transformación de la sanidad regional, nos estamos preparando para ello y este Plan de Salud Mental 2000 -2004 constituye una de las etapas en este proceso.

Entre sus objetivos fundamentales se encuentran culminar la reforma psiquiátrica, lograr una atención adecuada al enfermo mental, garantizar una asistencia de calidad y promover la colaboración entre las diferentes instancias interesadas. Enfermos y familiares, profesionales, asociaciones de autoayuda e instituciones han participado con mayor o menor intensidad en la elaboración de este documento que pretende recoger las aspiraciones de todos.

Las administraciones públicas deben considerar las necesidades de los ciudadanos y ser capaces de movilizar todos los recursos disponibles. El camino a seguir durante los próximos cuatro años que aquí se traza, implicando a las diferentes instituciones que tienen competencias en este campo, supone un formidable reto.

Con este Plan damos un paso más para romper la inercia histórica que ha desplazado las necesidades de los enfermos mentales y sus familias. Aquí se establecen alternativas realistas a los problemas que plantean, se indica el nivel de los servicios públicos de salud que queremos para nuestra Región y se compromete el esfuerzo que estamos dispuestos a hacer para superar las desigualdades en este campo.

Pero el cumplimiento último de sus objetivos y la satisfacción de las necesidades que la sanidad regional tiene panteadas sólo serán realidad cuando se produzcan las transferencias sanitarias a Castilla-La Mancha. Por eso, toda nuestra energía ha de dirigirse a recibirlas en las mejores condiciones posibles.

Las transferencias han de permitirnos planificar desde la cercanía y coordinadamente. De este modo, pretendemos priorizar las actuaciones según nuestras necesidades, dando respuestas mejores y soluciones a los problemas de salud de los ciudadanos.

Queremos que este documento alcance el máximo desarrollo y hemos de poner todos los medios para lograrlo. Con el esfuerzo y la decisión de todos, conseguiremos que este Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004 sea el punto de inflexión para la salud mental en el ámbito regional y un referente a seguir para afrontar las enfermedades mentales y sus consecuencias en el futuro.

José Bono Martínez
*Presidente de la Junta de Comunidades
de Castilla-La Mancha*

INTRODUCCIÓN

Tienen ante ustedes el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004. Partiendo de los recursos existentes y del buen hacer de los cientos de profesionales en diversas instituciones sanitarias y sociales que trabajan en el campo de la salud mental en Castilla-La Mancha, aporta energía renovada para mejorar los servicios y corregir las deficiencias con realismo. Su objetivo fundamental es conseguir una atención de calidad para las personas que sufren trastornos mentales en la Región.

Se trata de un documento en cuya elaboración han participado más de 60 profesionales de todas las instituciones que tienen responsabilidades en la atención a la salud mental así como las asociaciones de enfermos y familiares, lo que ha permitido que el Plan responda a las expectativas de todos y alcance un elevado grado de consenso.

La frecuencia y las repercusiones de las patologías en el campo de la salud mental son muy importantes. Se estima que alrededor de 34.000 castellano-manchegos padecen trastornos psiquiátricos de forma crónica. De estas personas, la mitad soportan distintos grados de incapacidad que les impiden realizar su trabajo habitual o mantener relaciones familiares estables y, en muchos casos, suponen una pérdida de la autonomía necesaria para poder mantenerse y poder vivir. Son personas excluidas de la sociedad, amparadas por sus familias, cuando estas existen, o recluidas en instituciones de por vida.

Si para los enfermos este tipo de trastornos supone una pesada carga, para las familias la convivencia con una persona aquejada de trastornos psíquicos graves, sin el debido apoyo sanitario y social, supone un problema complejo que a su vez es generador de tensiones e incluso de nuevos trastornos.

En el momento actual, en Castilla-La Mancha, como en otras Comunidades Autónomas, a pesar de la mejora indiscutible de los servicios sanitarios llevada a cabo durante los últimos veinte años, siguen existiendo carencias e importantes problemas que tenemos que resolver.

Con este Plan, la Junta de Comunidades sitúa la atención a la salud mental entre las prioridades de las políticas públicas de la Región para los próximos cinco años. Se definen una serie de objetivos y medidas que van a movilizar todos los esfuerzos de las Administraciones Públicas en una misma dirección: conseguir una atención de calidad a las personas con problemas de salud mental.

Se reafirma el enfoque iniciado con la Reforma Psiquiátrica: el enfoque comunitario, dirigido a atender a las personas con trastornos mentales en su ámbito natural, sin aislarlos en instituciones de exclusión. El objetivo final de un plan terapéutico es, precisamente, la reinserción plena de la persona en la sociedad, con una vida autónoma, creativa, útil. Se propone una atención integral con un abordaje bio-psico-social, no reduccionista.

El acento de los programas se pondrá en la prevención, intentando evitar la aparición y, en todo caso, la cronicidad de los trastornos. Todos los programas y

actividades deben seguir unos estándares de calidad, tanto en la atención médica, psicológica y social, como en los aspectos hoteleros, de trato, de confort, de personalización y de cuidado.

Para conseguir la integración social de los enfermos será preciso contar con la participación de la sociedad, especialmente de las personas afectadas y sus familias, directamente y a través de sus Asociaciones, así como de los Ayuntamientos.

El Plan contempla como objetivos básicos la formación y la investigación en salud mental, como fundamento necesario para desarrollar el conjunto de las acciones previstas. Establece once líneas de actuación, con una serie de medidas y define el calendario de actuaciones así como los órganos de gestión y de supervisión precisos.

El desarrollo del documento hará posible que dentro de cinco años, la atención a la salud mental en Castilla-La Mancha pueda alcanzar igual o mejor calidad, en su conjunto, que la de cualquier otra Comunidad Autónoma española. Este es el reto y el compromiso que asume la Junta de Comunidades.

Fernando Lamata Cotanda
Consejero de Sanidad

INDICE

1.- LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA	9
1.1 Castilla-La Mancha	11
1.2 Hacia una atención a la salud mental de calidad en Castilla-La Mancha	14
1.3 Los principales problemas de salud mental en Castilla-La Mancha	15
1.4 Evolución en la dotación de recursos asistenciales	19
2.- OBJETIVOS	25
2.1 Objetivos Generales	28
2.2 Objetivos Específicos	29
3.- LÍNEAS DE ACCIÓN	33
3.1 Líneas de Acción	35
1. Dirección del Plan de Salud Mental	36
2. Comisión Consultiva.	37
3. Cartera de servicios.	38
4. Red Regional de dispositivos.	40
5. Gestión integrada.	51
6. Sistema regional de información en salud mental.	52
7. Programa de investigación.	53
8. Programa de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.	54
9. Programa de prevención de discapacidades en salud mental.	55
10. Programa de mejora continua de la calidad.	57
11. Programa de formación en salud mental.	59
3.2 Relación entre objetivos y líneas de acción	63
4.- ACTUACIONES. CRONOGRAMA, ORGANISMOS RESPONSABLES Y EVALUACIÓN.	67
ANEXOS	73
I.- Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 11 de enero de 2000	75
II.- Siglas utilizadas	77
III.- Relación de tablas y gráficos	79
IV.- Glosario	81
V.- Integrantes del Grupo de Expertos en Salud Mental	83
VI.- Previsiones de financiación del PSM por parte de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha	89

Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004

LA SALUD MENTAL EN CASTILLA-LA MANCHA

1.1 Castilla-La Mancha

1.2 Hacia una atención a la salud mental de calidad
en Castilla-La Mancha

1.3 Los principales problemas de salud mental en
Castilla-La Mancha

1.4 Evolución en la dotación de recursos asistenciales

1.1 Castilla-La Mancha

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, está constituida por las provincias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo; tiene una extensión de 79.461 kilómetros cuadrados, lo que representa el 15,7% del territorio nacional. Según la revisión del Padrón Municipal de habitantes de 1 de enero de 1998 tiene una población de 1.716.152 habitantes, lo que supone el 4,3% de la población española.

Ubicada en el centro-sur peninsular ocupa la práctica totalidad de la submeseta sur, con una altitud media elevada y un clima mediterráneo-continental, con veranos calurosos e inviernos fríos.

Es la Comunidad Autónoma española con menor densidad de población (menos de 22 habitantes por kilómetro cuadrado). El 97% de los municipios tienen menos de 10.000 habitantes y en ellos vive el 52,7% de la población. La tendencia desde hace años parece indicar que lenta pero progresivamente aumenta el porcentaje de población residente en los núcleos urbanos.

Tabla 1.- Municipios de Castilla-La Mancha clasificados por estratos de población. 1998.

ESTRATOS DE POBLACION	MUNICIPIOS		HABITANTES		TIPO DE MUNICIPIOS
	NUMERO	%	NUMERO	%	
<100	185	20,2%	10.164	0,6%	RURAL
101-500	314	34,3%	76.516	4,5%	RURAL
501-1.000	135	14,8%	95.771	5,6%	RURAL
1.001-1.999	120	13,1%	167.008	9,7%	RURAL
2.000-5.000	102	11,1%	301.264	17,6%	SEMIRURAL
5.001-10.000	35	3,8%	253.029	14,7%	SEMIRURAL
10.001-25.000	13	1,4%	194.518	11,3%	URBANO
>25.000	11	1,2%	617.432	36,0%	URBANO
TOTAL	915	100,0%	1.716.152	100,0%	-

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de habitantes de 1 de enero de 1998.

La población de Castilla-La Mancha es una de las más envejecidas de España (el 18,6% de la población tiene más de 65 años). En las Áreas de Salud de Cuenca, Guadalajara y Talavera de la Reina, más de uno de cada cinco habitantes son mayores de 65 años, y de éstos, más de la cuarta parte son octo o nonagenarios.

**Región
extensa**

**Población
dispersa
y rural**

**Comunidad
envejecida**

Población por Área de Salud

Tabla 2.- Población por Área de Salud y Grandes Grupos de Edad en Castilla-La Mancha. 1996. Valores absolutos.

AREA DE SALUD	GRUPO DE EDAD			
	0-17 años	18-64 años	65 + años	Total
Albacete	86.882	230.320	63.255	380.456
La Mancha-Centro	52.144	133.679	40.350	226.172
Ciudad Real	73.752	195.018	60.479	329.249
Cuenca	29.536	92.745	38.234	160.515
Guadalajara	30.526	94.024	32.322	156.872
Talavera de la Reina	28.319	80.518	27.888	136.725
Toledo	72.508	193.777	55.949	322.234
CASTILLA-LA MANCHA	373.667	1.020.079	318.477	1.712.223

Fuente: Consejería de Sanidad. Padrón Municipal de habitantes de 1 de enero de 1996, Orden de la Consejería de Sanidad de 12 de agosto de 1996 por la que se determina el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha.

Tabla 3.- Población por Área de Salud y Grandes Grupos de Edad en Castilla-La Mancha. 1996. Porcentaje.

AREA DE SALUD	GRUPO DE EDAD			
	0-17 años	18-64 años	65 + años	Total
Albacete	22,8%	60,5%	16,6%	100,0%
La Mancha-Centro	23,1%	59,1%	17,8%	100,0%
Ciudad Real	22,4%	59,2%	18,4%	100,0%
Cuenca	18,4%	57,8%	23,8%	100,0%
Guadalajara	19,5%	59,9%	20,6%	100,0%
Talavera de la Reina	20,7%	58,9%	20,4%	100,0%
Toledo	22,5%	60,1%	17,4%	100,0%
CASTILLA-LA MANCHA	21,8%	59,6%	18,6%	100,0%

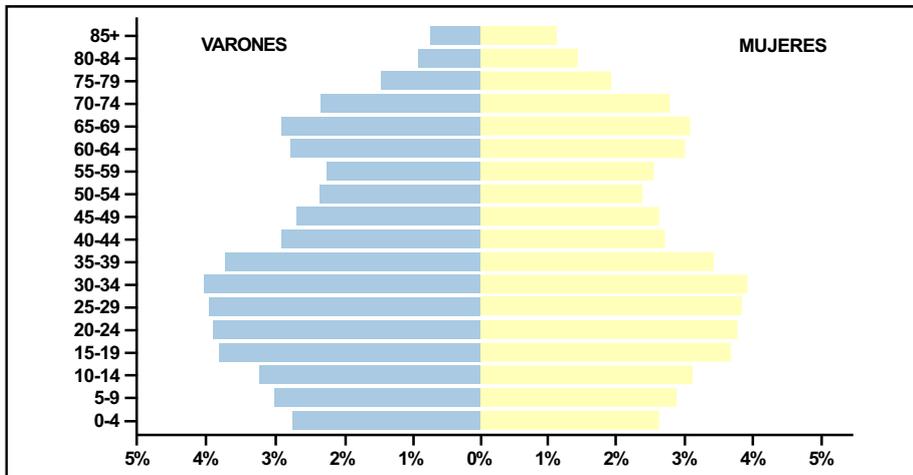
Fuente: Consejería de Sanidad. Padrón Municipal de habitantes de 1 de enero de 1996. Orden de la Consejería de Sanidad de 12 de agosto de 1996 por la que se determina el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha.

Pirámide de población

Las características más importantes de la pirámide de población de Castilla-La Mancha en 1996 son las siguientes:

- Base estrecha, debido a la disminución de la fecundidad observada en los últimos 15-20 años.
- Amplia hendidura central, más acusada en hombres, causada principalmente por la emigración a otras regiones en las décadas de los años 60 y 70.
- Cúspide ancha que refleja el elevado envejecimiento poblacional, como consecuencia de la disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad y la emigración.

Gráfico 1.- Pirámide de Población de Castilla-La Mancha 1996.



Fuente: Consejería de Sanidad.

La distribución de la población por grandes grupos de edad manifiesta que el porcentaje de ancianos (65 y más años) es superior en Castilla-La Mancha que en España (Tabla 4). Esa misma relación se mantiene en las cinco provincias. El grupo de jóvenes también tiene más peso porcentual en Castilla-La Mancha, no así el de adultos que tiene menor peso relativo en Castilla-La Mancha que en España.

Alto porcentaje
mayores 65 años

Tabla 4.- Estructura de la Población por grandes grupos de edad. 1996.

GRUPO DE EDAD	PROVINCIA					CASTILLA LA MANCHA	ESPAÑA
	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo		
0-14	18,3%	18,3%	15,3%	15,5%	17,7%	17,5%	16,4%
15-64	65,2%	63,6%	61,7%	64,1%	63,9%	63,9%	68,1%
65+	16,5%	18,0%	23,1%	20,4%	18,6%	18,6%	15,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Consejería de Sanidad.

Esta distribución determina que tanto la razón de dependencia global como la de jóvenes y ancianos sea mayor en Castilla-La Mancha, y en cada una de las cinco provincias, que en España (Tabla 5).

Razón de
dependencia
elevada

Tabla 5.- Razones de dependencia en Castilla-La Mancha y España. 1996.

GRUPO DE EDAD	PROVINCIA					CASTILLA LA MANCHA	ESPAÑA
	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo		
ANCIANOS	0,25	0,28	0,37	0,32	0,29	0,29	0,23
JOVENES	0,28	0,29	0,25	0,24	0,28	0,27	0,24
GLOBAL	0,53	0,57	0,62	0,56	0,56	0,57	0,47

Fuente: Consejería de Sanidad.

1.2 Hacia una atención a la salud mental de calidad en Castilla-La Mancha

**Elevada
prevalencia**

Los trastornos mentales y del comportamiento son un problema sanitario y social de primera magnitud. Esto es debido, por una parte, a su elevada prevalencia y, por otra, a la profunda alteración que ocasionan en la calidad de vida de las personas que los padecen e, indirectamente, de sus familiares y allegados. Los trastornos psiquiátricos son el paradigma de alteración de la salud entendida desde una perspectiva biológica, psicológica y social, y por ello su atención desborda el ámbito puramente sanitario constituyéndose en una preocupación de interés general con implicaciones sanitarias, sociales, familiares, laborales y legales.

**Reforma
Psiquiátrica**

Desde la década de los ochenta se ha producido en nuestro país una progresiva mejora de la asistencia en la salud mental, que ha tomado el nombre de *reforma psiquiátrica*. Con ella se ha dado un giro desde la atención asilar al enfermo hacia una plena integración dentro del sistema sanitario y hacia el reconocimiento del enfermo mental como persona discapacitada susceptible de rehabilitación y de reintegración a la vida social con garantía íntegra de sus derechos. En Castilla - La Mancha los esfuerzos iniciados con la creación del Grupo de Estudios de Salud Mental en 1983, seguidos de numerosos acuerdos parciales de acción conjunta interinstitucional, culminaron en el primer Plan Regional de Salud Mental de 1993, que recoge fielmente el fundamento asistencial inspirador de la reforma psiquiátrica. En el momento actual, es necesario dar un nuevo impulso a este proceso de reforma para conseguir, no ya sólo la total integración de la asistencia psiquiátrica en el Sistema Público de Salud considerando su multidimensionalidad, sino con el objetivo añadido de lograr una atención a la salud mental de calidad en Castilla - La Mancha.

**Primer
Plan Regional**

El **Plan de Salud Mental 2000 - 2004** servirá de documento marco para las actuaciones en esta materia que se realicen durante los próximos años. Buscamos que sea un instrumento:

**Planificación
flexible**

- a) De utilidad para una planificación flexible, de tal forma que las directrices generales que marque se concreten y adapten a la realidad de cada área de salud y a la planificación de las distintas instituciones implicadas, principalmente las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social, el Plan Regional de Drogas, el INSALUD y las Diputaciones Provinciales.

**Resolución de
problemas**

- b) Enfocado a la detección y resolución de problemas concretos, para lo cual en su elaboración se ha contado

con un amplio grupo de expertos, profesionales de las distintas disciplinas relacionadas con la salud mental y representantes de los usuarios. El grupo elaborador del documento se constituyó como grupo asesor científico - técnico en materia de salud mental por Orden de la Consejería de Sanidad de 6 de julio de 1998 y ha trabajado intensivamente para redactar un plan ajustado a la realidad diaria del problema observada desde sus distintas perspectivas.

- c) Sensible a los problemas de salud mental en las distintas edades de la vida, de las personas residentes en la comunidad o institucionalizadas y, sensible también, a las necesidades de las familias y de los profesionales.
- d) Que preste especial atención a la protección de los derechos de los usuarios, a la formación de los profesionales, a la investigación y a la prevención de discapacidades.

Hacia una atención de calidad a la salud mental en Castilla - La Mancha es el marco en el que queremos planificar las actuaciones de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para los próximos años en este importante aspecto de la salud pública. Actuaciones realistas y, por ello, dotadas de una firme voluntad de ser llevadas a cabo, que garanticen la calidad en la atención a los usuarios, el justo reparto de los recursos y su aprovechamiento eficiente.

1.3 Los principales problemas de salud mental en Castilla-La Mancha

Los problemas de salud mental son distintos en las diferentes edades de la vida y por ello se han analizado por separado. Como necesidad común en los distintos ámbitos estudiados es preciso mejorar la coordinación entre las diversas instituciones que atienden a los enfermos mentales, fomentar la formación continuada de los profesionales e incrementar la investigación.

Uno de los principales problemas relacionados con la salud mental del niño y el adolescente es la atención en los casos de trastorno mental severo, que debe estar protocolizada y consensuada. El consenso es especialmente importante en las indicaciones del ingreso hospitalario, para el que deben clarificarse las vías de derivación y los recursos disponibles. Un segundo aspecto a mejorar es la educación para la salud mental y la prevención primaria en la comunidad mediante actuaciones de atención a los embarazos y recién nacidos de alto riesgo, psicoprofilaxis en el embarazo y atención temprana a

**Sensible
a necesidades**

Priorizado

**Salud Mental
Infanto-Juvenil**

Salud Mental de Adultos

niños discapacitados o en situación de riesgo. Se precisa también de una mejor coordinación interinstitucional entre los equipos de atención primaria y los servicios de atención especializada, con los organismos de educación y judiciales y con los servicios de menores y de Bienestar Social. Además es necesario completar la integración funcional de la atención a la salud mental infanto-juvenil, con ubicación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en un entorno sanitario.

En la atención a la salud mental de los adultos se ha hecho especialmente evidente la necesidad de mejorar la coordinación interinstitucional, tanto dentro del nivel especializado, como entre éste y el nivel de atención primaria y entre los dispositivos de salud mental y la Administración de Justicia. Es necesario asimismo aumentar la dotación de recursos materiales y humanos, adaptándola a las necesidades reales en cada área y garantizar la adecuada capacitación de los profesionales. Para mejorar la calidad asistencial se precisan instrumentos de gestión sanitaria adecuados, especialmente una definición clara de la cartera de servicios de salud mental, programas asistenciales y protocolos clínicos consensuados para las patologías más frecuentes, así como adecuados indicadores de calidad. También será necesario adaptar la normativa de autorización de centros y servicios. Para conocer la situación real de la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma es necesario desarrollar el sistema autonómico de información en salud mental. En otro orden de cosas, es preciso mejorar las condiciones de transporte sanitario para las personas con problemas de salud mental.

Psicogeriatría

La atención a las personas mayores requiere necesidades específicas, de especial relevancia en nuestra Comunidad Autónoma en la que más del 18 % de la población es mayor de 65 años, proporción que aumenta al 24 % en el ámbito rural. Las personas mayores son especialmente vulnerables a la institucionalización y al padecimiento de trastornos psiquiátricos que suelen ser infradiagnosticados e insuficientemente tratados. Tres de los principales problemas en los ancianos son el deterioro cognoscitivo, los trastornos afectivos y el suicidio. Para conseguir una mejor prevención y atención a estos problemas es importante incrementar la formación de los profesionales de atención primaria, de los que trabajan en las residencias de mayores y de las personas que prestan cuidados domiciliarios, así como potenciar el campo de la psiquiatría geriátrica. En el ámbito de la atención a mayores será especialmente relevante el desarrollo de estudios epidemiológicos para conocer las necesidades reales y para optimizar el aprovechamiento de los recursos existentes.

Drogodependencias

Los problemas relacionados con el consumo de drogas son abordados específicamente por el **Plan Regional de Drogas**. La

magnitud del problema social y sanitario que representan las drogodependencias justifica una intervención específica, aunque es importante igualmente atender el problema desde el ámbito de la salud mental por la elevada comorbilidad existente entre el consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos. Para ello será preciso mejorar la colaboración entre la red de atención a drogodependientes y los servicios de salud mental. Es prioritaria la atención desde el punto de vista preventivo y asistencial a la patología asociada al consumo de alcohol, que continúa siendo la principal sustancia de abuso y dependencia en nuestro medio y cuyas repercusiones médicas y sociales son muchas veces insuficientemente consideradas.

La trayectoria que sigue actualmente la asistencia psiquiátrica, asimilándose cada vez más al conjunto de la atención médica especializada, ha conllevado el desarrollo de la *Psiquiatría de Enlace* como disciplina de apoyo a otras especialidades para abordar los problemas mentales y del comportamiento relacionados con la situación de enfermedad. En Castilla-La Mancha es aún incipiente el acceso a interconsulta psiquiátrica o psicológica en los hospitales generales, aspecto que precisará ser mejorado. El grupo nosológico de los trastornos de la conducta alimentaria requiere especialmente el desarrollo de estos equipos sanitarios multidisciplinarios.

Para una mejora global en la calidad de la atención al usuario es prioritario, como ya se ha señalado, conseguir una coordinación interinstitucional que posibilite la planificación eficaz con trayectorias de actuación claramente definidas. La planificación sanitaria debe garantizar la prevención de la cronicidad mediante una disminución de las listas de espera en atención especializada, una mejor coordinación con atención primaria, una atención más detenida a los familiares del enfermo y la mejora de las posibilidades terapéuticas de las unidades de media y larga estancia. Una atención de calidad al usuario pasa necesariamente por la correcta y detallada información sobre su trastorno, sobre las alternativas terapéuticas disponibles y sobre la situación de tutela de sus derechos civiles cuando sea el caso.

Las personas con trastornos mentales crónicos precisan una mejora en su atención. El desarrollo de estructuras intermedias para la rehabilitación psiquiátrica es aún muy inferior al necesario para una adecuada prevención de las discapacidades psicosociales, y la oferta de apoyo residencial para enfermos mentales crónicos sigue todavía en fase embrionaria si consideramos la magnitud del problema y las previsiones de nuevas necesidades, para los próximos años, de enfermos en los que la capacidad de atención familiar se ha sobrepasado. El problema de los trastornos mentales crónicos hace necesario informar y apoyar a la familia del enfermo, apoyar a

Psiquiatría de Enlace

Enfermos mentales crónicos

Atención al usuario

Atención Primaria

los profesionales que trabajan en rehabilitación y colaborar con la Administración de Justicia para hacer posible una óptima tutela de los derechos de los enfermos incapacitados. Se debe incrementar la participación de las asociaciones representantes de familias y usuarios y de las fundaciones tutelares.

Los profesionales médicos y de enfermería que integran los Equipos de Atención Primaria, constituyen el primer nivel de atención de los pacientes. La atención a los problemas de salud mental supone del 20 al 30% de la carga asistencial de sus consultas. En nuestra región, el nuevo modelo de Atención Primaria está completamente implantado y desarrollado. Los Equipos de Salud Mental deben dar un apoyo real y satisfactorio a las necesidades de estos profesionales, debiendo mejorarse las vías de comunicación e instrucción en el diagnóstico precoz y abordaje de los pacientes con trastornos mentales.

Principios generales

Los trastornos mentales son causa de muchas necesidades sanitarias y sociales. Su resolución requiere una mejor coordinación interinstitucional y una planificación homogénea, y requiere, además, un importante esfuerzo en la dotación de recursos. Estos principios generales han guiado los objetivos y las actuaciones que se persiguen en este **Plan de Salud Mental**, en adelante **PSM**.

Prevalencia estimada

Se puede obtener una idea de la prevalencia de los trastornos mentales en Castilla-La Mancha a partir de las estimaciones de los expertos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, de la Organización Mundial de la Salud y del Instituto Americano de Salud Mental.

Según estos estudios alrededor de 429.000 personas podrían tener algún trastorno mental en Castilla-La Mancha (25% de la población). Por otra parte unas 340.000 personas acuden a los dispositivos de Atención Primaria para realizar consultas relacionadas con la Salud Mental (20% de la población). Conviene señalar que además alrededor de 170.000 casos no llegan a diagnosticarse (10% de la población).

Teniendo en cuenta la gravedad del trastorno cabe señalar tres situaciones de especial importancia: unos 34.000 enfermos sufrirían un trastorno mental crónico (2% de la población), en torno a 15.000 presentarían un trastorno mental grave y para alrededor de 2.400 el trastorno sería muy grave.

1.4 Evolución en la dotación de recursos asistenciales

A continuación se refleja la evolución en la dotación de recursos asistenciales en Castilla-La Mancha. Quedan recogidos los recursos humanos y los dispositivos de atención a la salud mental en cuatro momentos:

1983. Situación previa a la Reforma Psiquiátrica.

1993. Fecha de publicación del primer Plan Regional de Salud Mental.

1999. Punto de partida para el Plan que se presenta, y

2004. Año en el que acabará la vigencia del **PSM**.

Se pretende ofrecer una visión retrospectiva y prospectiva de los recursos y dispositivos de atención a la salud mental en Castilla-La Mancha.

Los datos expresan el compromiso del Plan de profundizar en el enfoque comunitario, potenciando las Unidades de Salud Mental como dispositivo asistencial central, y de avanzar en el desarrollo de dispositivos intermedios dirigidos a lograr la integración sociolaboral de los enfermos facilitándoles la adquisición en su entorno de la máxima autonomía posible.

Tabla 6.- Evolución de los Recursos Humanos en Salud Mental en Castilla-La Mancha. 1983-2004.

Profesionales	1983	1993	1999	2004
Psiquiatras (incluye neuropsiquiatras)	62	68	80	174
Médicos Generales (*)	4	31	28	8
Médicos Internos Residentes en Psiquiatría / año	-	3	4	5
Psicólogos	12	60	71	178
Psicólogos Internos Residentes / año	-	-	3	5
Trabajadores Sociales	14	24	30	60
Diplomados Universitarios en Enfermería / ATS	72	122	134	214
Terapeutas Ocupacionales	3	12	14	68
Auxiliares de Clínica	366	323	332	369
Auxiliares Administrativos (#)	-	-	37	84

Fuente: Consejería de Sanidad

(*) Médicos Generales en 1983: sólo contemplados 4 en atención ambulatoria; en 2004, 8 con experiencia en Drogodependencias.

(#) En 1983 y 1993, el personal administrativo está incluido en personal auxiliar.

Tabla 7.- Evolución de los dispositivos de Salud Mental en Castilla-La Mancha. 1983-2004.

Dispositivos	1983	1993	1999	2004
Unidades de Salud Mental Infanto Juveniles (*)	5	8	8	7
Hospitales de Día Infanto Juveniles	-	1	1	7
Unidades de Salud Mental (Adultos) (#)	4	26	18	18
Unidades de Hospitalización Breve número de camas	- -	6 133	6 153	7 165
Equipos Atención a Drogodependientes	1	6	9	9
Hospitales de Día (Adultos) número de plazas	1 15	1 15	2 30	7 175
Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (*) número de usuarios	- -	- -	9 241	20 1.000
Unidades de Media Estancia número de camas	- -	- -	1 28	6 235
Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (❖) número de camas	6 1.651	6 731	6 522	1 170
Número Viviendas Tuteladas número de plazas	- -	- -	6 32	32 160
Plazas Residenciales (psicogerítricas) Plazas en Mini-residencias	- -	- -	80 -	205 125
Plazas de empleo (Centros Especiales de Empleo y Apoyo)	-	-	21	720

Fuente: Consejería de Sanidad

(*) En 1983 eran Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica incompletos.

(#) En 1993, 26 equipos incompletos, en 1999, 18 equipos incompletos. En 2004, 18 equipos con dotación de personal completa.

(*) En 1999 se incluyen los Centros de Día/Ocupacionales gestionados por las Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales de Cuenca y Almansa, y los Centros de Día/Ocupacionales, con actividades de rehabilitación subvencionados en: Toledo, Albacete, Talavera, Guadalajara, Ciudad Real, Tomelloso y Villarrobledo.

(❖) En 1983 todas las camas hospitalarias incluidas están en hospitales psiquiátricos (los 4 provinciales, Alcohete y Talavera).

Tabla 8.- Dispositivos de Salud Mental en Castilla-La Mancha 1999-2004

Dispositivos	PROVINCIAS										TOTAL CLM	
	ALBACETE		CIUDAD REAL		CUENCA		GUADALAJARA		TOLEDO		1999	2004
	1999	2004	1999	2004	1999	2004	1999	2004	1999	2004	1999	2004
USM Infanto Juveniles	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	8	7
Hospitales de Día Infanto Juveniles	-	1	1	2	-	1	-	1	-	2	1	7
Unidades de Salud Mental (Adultos)	4	4	5	5	2	2	1	1	6	6	18	18
Unidades de Hospitalización Breve número de camas	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	6	7
	26	32	38	48	12	15	16	16	61	54	153	165
Equipos Atención Drogodependencias	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	9	9
Hospitales de Día (Adultos) número de plazas	-	1	-	2	-	1	1	1	1	2	2	7
	-	36	-	50	-	20	15	17	15	52	30	175
Centros de Rehabilitación PSL* número de usuarios	3	4	2	6	1	2	1	2	2	6	9	20
	76	210	25	280	45	115	35	95	60	300	241	1000
Unidades de Media Estancia# número de camas	-	1	1	1	-	1	-	2	-	1	1	6
	-	30	28	55	-	30	-	60	-	60	28	235
Unid. Residenciales y Rehabilitadoras ♦ número de camas	1	-	1	-	1	-	2	1	1	-	6	1
	98	-	32	-	47	-	255	170	90	-	522	170
Número Viviendas Tuteladas número de plazas	2	7	-	8	1	4	1	4	2	9	6	32
	11	35	-	40	5	20	5	20	11	45	32	160
Plazas en Residencias (psicogeríatras)-> Plazas en Mini Residencias	-	40	30	40	20	40	-	40	30	45	80	205
	-	25	-	25	-	25	-	25	-	25	-	125
Plazas de empleo (CEE y Apoyo)	13	150	-	200	-	85	-	75	8	210	21	720

Fuente: Consejería de Sanidad.

(*) En 1999 contemplados Centros de Día/Ocupacionales gestionados por Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales.

(#) En Guadalajara incluye UME provincial y UME de Atención Especial de ámbito regional.

(♦) Incluye antiguos Hospitales Psiquiátricos Provinciales (4), Unidad Residencial de Cuenca (1 módulo), y URR de Alcochete. Plazas residenciales en 1999 ubicadas en URR.

(❖)En 1999 plazas residenciales ubicadas en URR.

Tabla 9.- Dotación de Profesionales en Salud Mental por Provincias. 1999-2004.

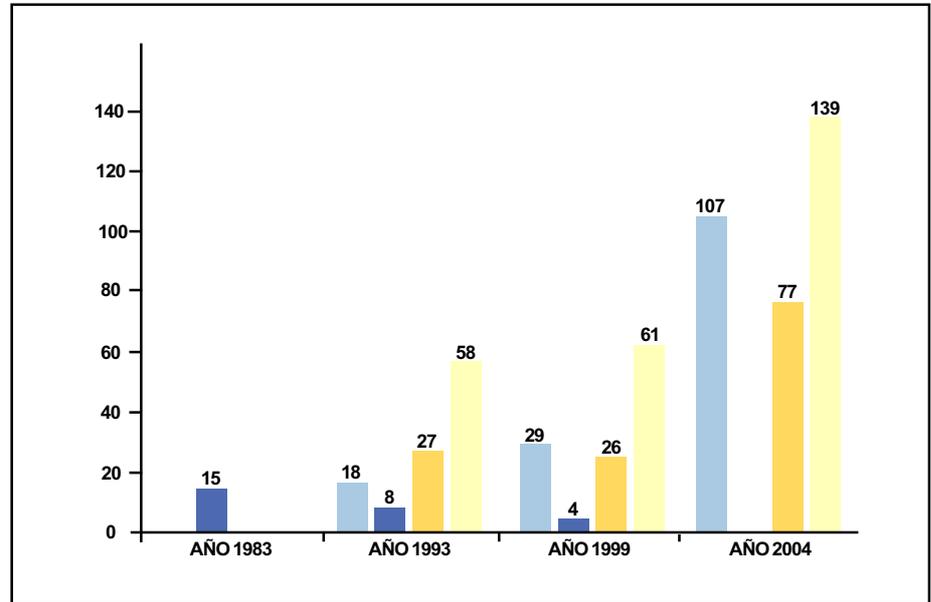
PROFESIONALES	PROVINCIAS										TOTAL CLM	
	ALBACETE		CIUDAD REAL		CUENCA		GUADALAJARA		TOLEDO		1999	2004
	1999	2004	1999	2004	1999	2004	1999	2004	1999	2004	1999	2004
Psiquiatras	17	34	21	49	8	21	10	19	24	51	80	174
Psicólogos	13	34	22	50	9	21	13	21	14	52	71	178
Trabajadores Sociales	7	11	8	16	4	7	4	8	7	18	30	60
Diplomados en Enfermería / ATS	18	38	31	57	21	24	27	31	37	64	134	214
Terapeutas Ocupacionales	1	12	-	19	2	8	7	9	4	20	14	68
Auxiliares de Clínica	65	63	77	100	26	41	75	56	89	109	332	369
Auxiliares Administrativos	5	16	12	23	6	10	6	10	8	25	37	84
Otros profesionales (*)	5	2	8	2	10	1	8	1	6	2	37	8

Fuente: Consejería de Sanidad.

(*) Otros profesionales incluyen en 2004 médicos generales con experiencia en drogodependencias.

Gráfico 2.- Evolución del número de Profesionales en las Unidades de Salud Mental (ambulatorias) en Castilla-La Mancha, y previsiones del PSM.

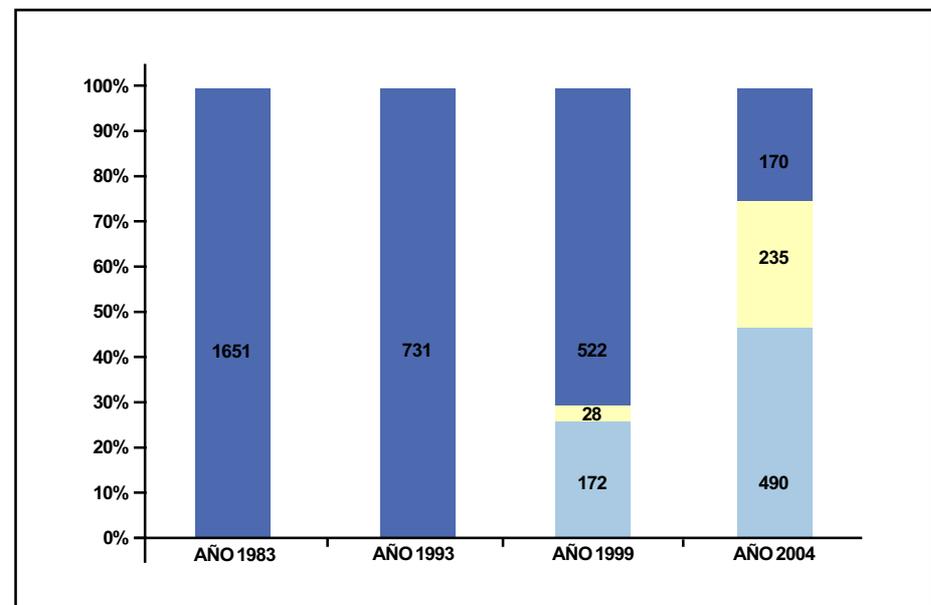
- Psiquiatras
- Neuropsiquiatras
- Psicólogos
- Otros profesionales



Fuente: Consejería de Sanidad.

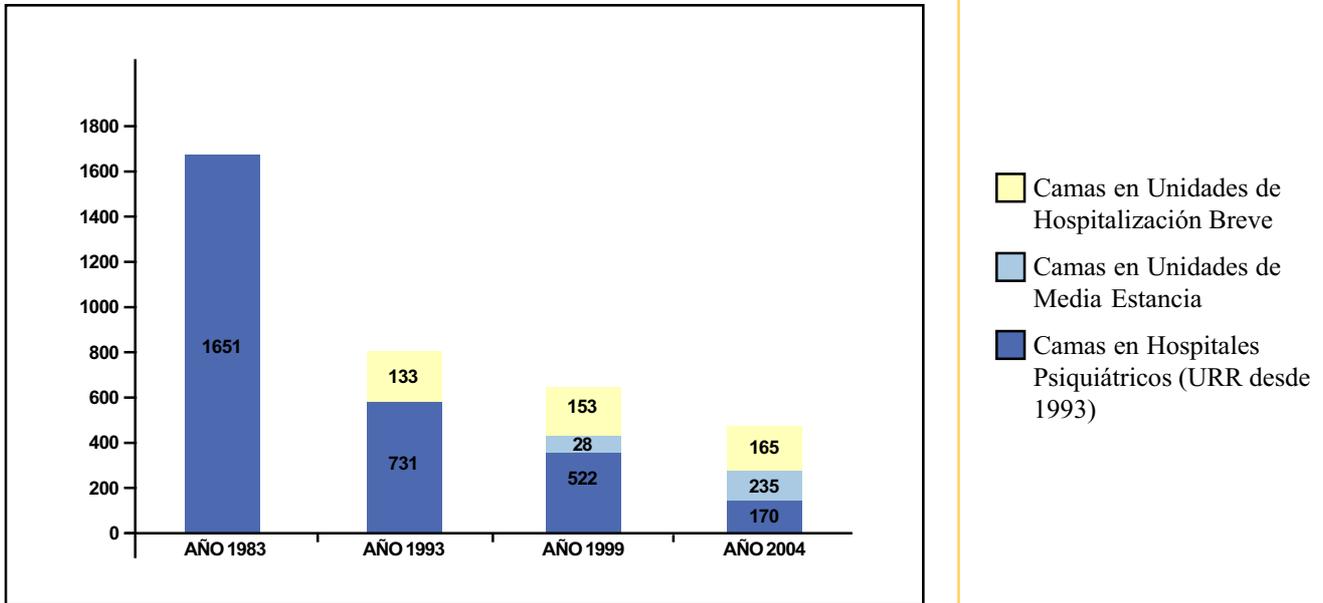
Gráfico 3.- Evolución de plazas para enfermos mentales crónicos en dispositivos con internamiento en Castilla-La Mancha, y previsiones del PSM.

- Total plazas residenciales alternativas
- Plazas en Unidades Residenciales y Rehabilitadoras
- Plazas en Unidades de Media Estancia



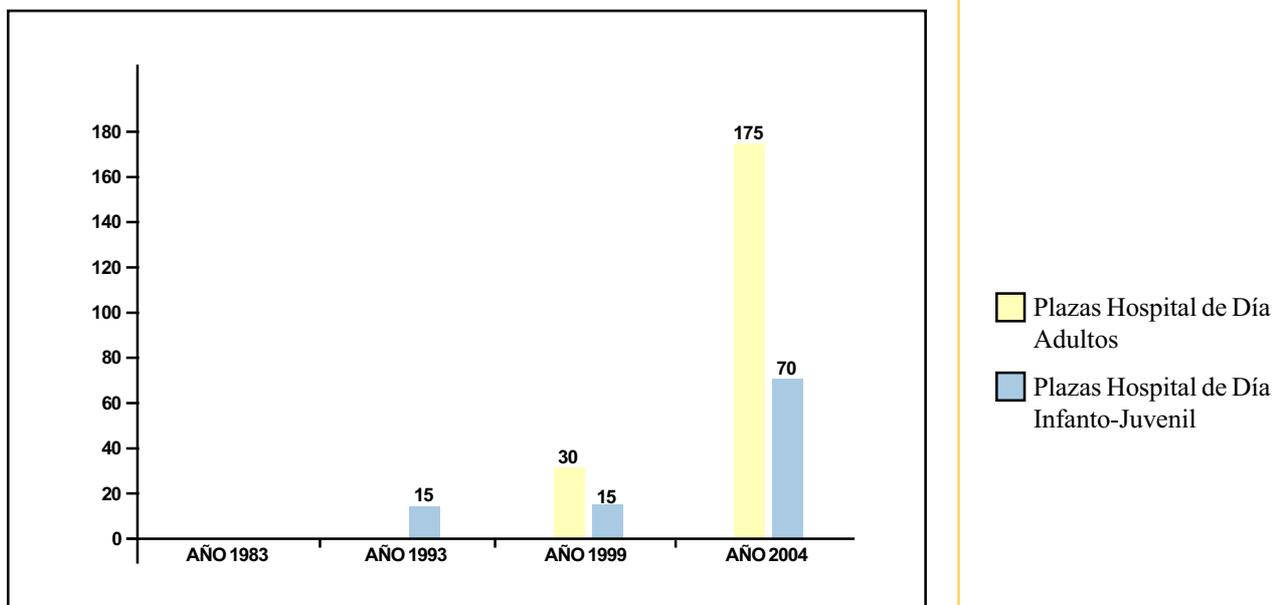
Fuente: Consejería de Sanidad.

Gráfico 4.- Evolución del número de camas hospitalarias para enfermos mentales en Castilla-La Mancha, y previsiones del PSM.



Fuente: Consejería de Sanidad.
URR: Unidades Residenciales y Rehabilitadoras.

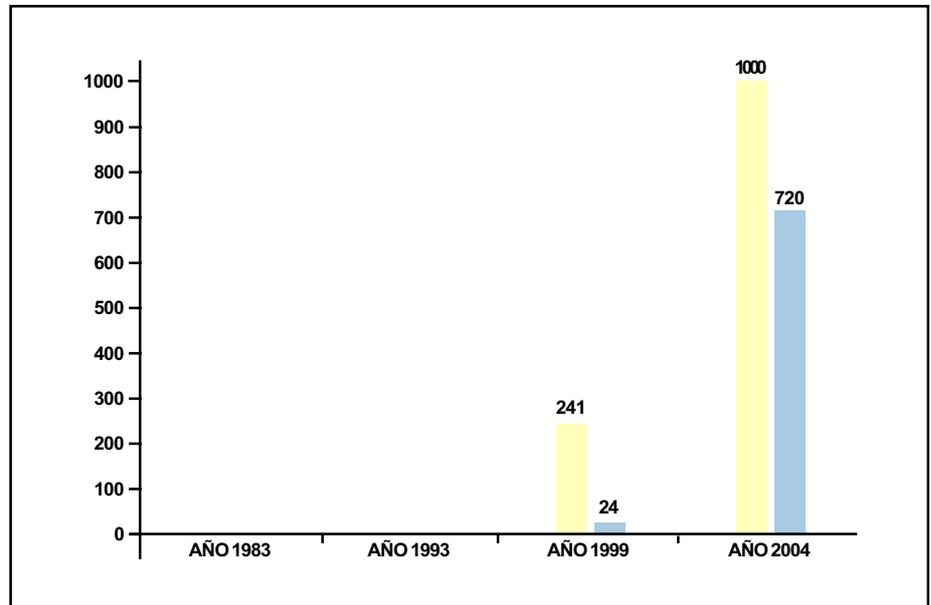
Gráfico 5.- Evolución del número de plazas en Hospitales de Día para enfermos mentales en Castilla-La Mancha, y previsiones del PSM.



Fuente: Consejería de Sanidad.

Gráfico 6.- Evolución de plazas para enfermos mentales en dispositivos de rehabilitación y reinserción sociolaboral en Castilla-La Mancha, y previsiones del PSM

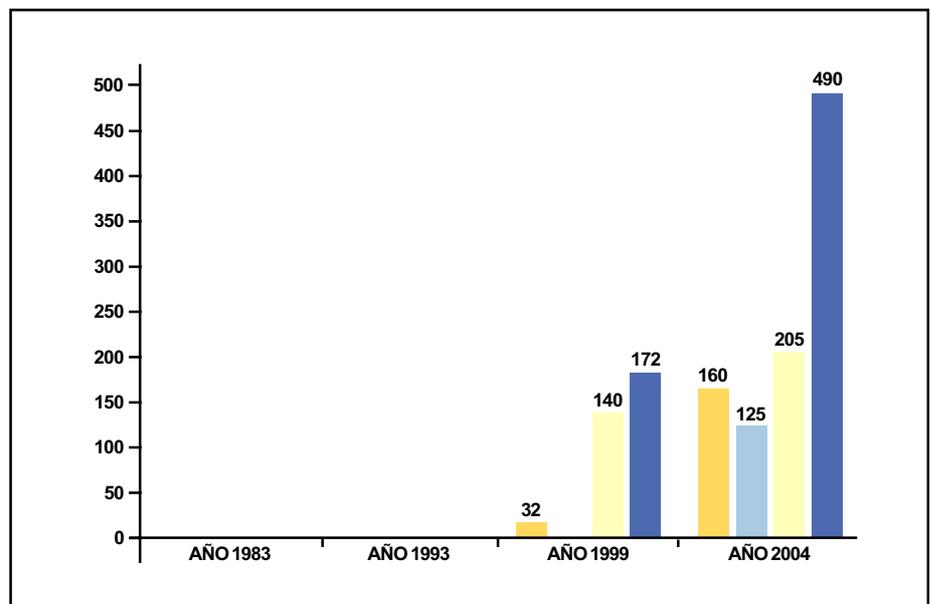
- Plazas en Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
- Plazas de Empleo para enfermos mentales



Fuente: Consejería de Sanidad.

Gráfico 7.- Evolución de plazas en vivienda alternativa para enfermos mentales en Castilla-La Mancha, y previsiones del PSM.

- Plazas en Viviendas Tuteladas
- Plazas residenciales Psicogeríatras
- Plazas en Miniresidencias
- Total



Fuente: Consejería de Sanidad.

Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004

OBJETIVOS

- 2.1 Objetivos Generales
- 2.2 Objetivos Específicos

La salud mental es un problema de salud pública prioritario que requiere de una atención específica por parte de la Administración Sanitaria.

Las personas con problemas severos de salud mental tienen en su mayoría, como consecuencia de sus problemas de salud, discapacidades que afectan gravemente a su vida laboral o escolar y a su capacidad de vida independiente.

La atención a estos problemas debe hacerse de manera coordinada entre los Servicios Sanitarios y de Bienestar Social, evitando el uso de recursos monográficos que conlleven la exclusión social. Para una óptima atención es preciso dar respuesta adecuada a las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social de las personas con problemas de salud mental, para atenderlas desde los respectivos sistemas de provisión de servicios sanitarios, de servicios sociales, educativos y otros, de manera coordinada.

El Plan está estructurado en cinco Objetivos Generales y catorce Objetivos Específicos. La consecución de los objetivos se realizará mediante once Líneas de Acción que se concretan en veintiuna actuaciones. Las actuaciones concretas se enumeran en el último capítulo, junto al cronograma para su desarrollo y a la indicación de los organismos principalmente responsables en su ejecución.

Como marco conceptual y organizativo para el desarrollo del **PSM** se seguirán, en todo aquello que no sea modificado por el mismo, las directrices descritas en el Plan Regional de Salud Mental de Castilla-La Mancha de 1993 y en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985.

Se promoverá el adecuado cumplimiento de lo legislado en la ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, con especial atención al capítulo segundo del título III: *De los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas* y disposiciones concordantes, así como al título IV del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha: *De las competencias de la Junta de Comunidades*.

Problema prioritario

Estructura del Plan

Bases conceptuales

2.1 Objetivos Generales

A.- Consolidar una atención integral a la salud mental.

B.- Desarrollar la prevención de los trastornos mentales.

C.- Garantizar una asistencia de calidad.

D.- Garantizar los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental.

E.- Fomentar la formación e investigación en salud mental.

A continuación se describen los cinco objetivos generales:

A Consolidar una atención integral a la salud mental

Unificar definitivamente la totalidad de recursos, presentes y futuros dedicados a la Salud Mental integrando a la misma dentro del marco general de la asistencia sanitaria, respetando su carácter interdisciplinar.

B Desarrollar la prevención de los trastornos mentales

Inherente a la actividad asistencial, cuyas metas son evitar la aparición del trastorno mental (promoción de la salud); detectarlo e intervenir precozmente (prevención secundaria) y, favorecer la máxima autonomía posible del enfermo mental minimizando la discapacidad con adecuados programas de rehabilitación (prevención terciaria).

C Garantizar una asistencia de calidad

El eje fundamental del Plan es el paciente. La mejora de la calidad se contempla en calidad de resultados, que intenta conseguir la adecuada asistencia al paciente y la satisfacción del mismo, y en calidad de procesos, que pretende facilitar el desarrollo de los mecanismos preventivos y asistenciales más adecuados puestos a disposición de los profesionales, y la vinculación de la familia y el entorno en el uso de los mismos.

Por todo ello se cuenta con una planificación que dé respuesta idónea a los objetivos del Plan.

Garantizar los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental

El motivo último del **PSM** es el bienestar del paciente. Dentro del mismo, los aspectos morales desempeñan la piedra angular en el manejo de las personas afectadas de trastorno mental. La preservación de la libertad y otros derechos, a menudo conculcados, son el substrato que debe presidir cualquier actuación en este campo. No olvidando en ningún caso, los derechos de la colectividad, respetando el equilibrio entre ambos (individuales y colectivos) sin dejación de ninguno de ellos.

Fomentar la formación e investigación en salud mental

Los avances técnicos en el cuidado y manejo de los enfermos mentales son muy rápidos y, en algunos casos, suponen cambios decisivos al encarar los problemas. La Administración Sanitaria, a través del **PSM**, garantiza la adecuada formación de la totalidad de estamentos profesionales implicados.

2.2 Objetivos Específicos

A.1 Garantizar el desarrollo del Plan de Salud Mental 2000-2004

El **PSM** es el documento a través del cual la Administración Sanitaria elabora objetivos, diseña líneas de acción y propone medidas tendentes a ejecutar los contenidos. Por tanto es un compromiso por escrito, de las medidas a desarrollar, en salud mental, frente a los ciudadanos y a los profesionales en este campo.

A.2 Atender coordinadamente a la salud mental entre todas las instituciones implicadas

No es admisible que fronteras administrativas constituyan para los usuarios obstáculos que dificulten el acceso a los servicios asistenciales debiendo orientar su organización para satisfacer las necesidades de los usuarios y no las de las instituciones que proveen la asistencia. Se trata de facilitar el acceso del paciente y su entorno a la red asistencial.

A.3 Integrar totalmente la asistencia psiquiátrica en el sistema público de salud.

El **PSM** se diseña desarrollando y creando, en algunos casos, los instrumentos necesarios para ofrecer una asistencia en salud mental similar a la del resto de disciplinas pero con respeto a las peculiaridades de la misma.

D**E****A****A****A**

B

B.1 Potenciar la prevención de los trastornos mentales infante - juveniles

Representa un papel destacado el área infante-juvenil. Para ello se potencia en el **PSM** la prevención primaria y secundaria sobre el paciente y su entorno (escuela, familia y contexto social).

B

B.2 Potenciar la prevención de los trastornos mentales del adulto y del anciano

Otros grupos de edad requieren un manejo particularizado por cuanto la persona es diferente y el entorno también. Se propone el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental e identificación de grupos de riesgo con los que intervenir, con una especial atención al grupo de personas mayores.

B

B.3 Prevenir las discapacidades por motivos de salud mental

Facilitar la reinserción sociolaboral minimizando la discapacidad, que en muchos casos el trastorno mental supone. Se dedica un apartado especial, dentro del **PSM**, a la situación de los enfermos institucionalizados.

C

C.1 Desarrollar instrumentos para la mejora continua de la calidad de la asistencia en salud mental

Tanto en la mejora y dotación de recursos (estructura), como en el control de la actividad (proceso) y sobre los efectos en los usuarios (resultado). El **PSM** se concibe como un plan de mejora continua de la calidad, tomando como eje central de las actuaciones el bienestar del paciente, sin olvidar su contexto.

C

C.2 Completar y optimizar la dotación de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas de salud

El **PSM** supone la superación de los desequilibrios que actualmente existen. Para ello se diseñan actuaciones que eliminan la infradotación de recursos que tenemos y orientan la reestructuración de los menos adecuados.

D

D.1 Difundir y garantizar los derechos de los usuarios

En sus diferentes niveles, tanto individuales como colectivos, y a la hora de saber qué proporciona la red asistencial a los usuarios y su entorno.

D.2 Promover la participación de las asociaciones de familiares y enfermos

En los diferentes escalones del proceso preventivo y asistencial en salud mental, el contexto en el que se produce es clave. En este sentido, el objetivo del **PSM** es implicar al entorno (escuela, familia, sociedad y otros) mediante su participación. Una especial atención merecen las asociaciones de familiares y amigos de enfermos mentales tanto por su mejor conocimiento de las necesidades de los afectados como por la trayectoria de colaboración en la legítima defensa de los intereses de éstos.

D

E.1 Promover la capacitación en salud mental de los profesionales en formación.

Establecer un programa docente en la formación, tanto de pregrado como de posgrado, que contemple no sólo el hecho nosológico sino el resto de connotaciones ambientales que determinan el proceso de enfermedad en salud mental.

E

E.2 Mejorar la formación continuada en salud mental de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria y de los Servicios Sociales

Los profesionales de Atención Primaria y Servicios Sociales son los eslabones clave en la cadena promoción-asistencia-rehabilitación. Por ello la actualización de conocimientos y habilidades técnicas en esta materia supone mejora desde el inicio del proceso (educación sanitaria), hasta el final del mismo (inserción del paciente).

E

E.3 Mejorar la formación continuada para los profesionales de los servicios de salud mental

Facilitar la obtención de conocimientos científicos y aptitudes que aumenten la competencia profesional.

E

E.4 Promover la investigación en salud mental

Aplicación del método científico para el conocimiento de la realidad. Constituye un área más de investigación, tanto básica como aplicada. Sin olvidar los estudios sociales y poblacionales, que en este campo adquieren un papel preeminente.

E

Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004

LÍNEAS DE ACCIÓN

3.1 Líneas de Acción

3.2 Relación entre Objetivos y Líneas de Acción

3.1 Líneas de Acción.

A continuación se enumeran y describen las once Líneas de acción para alcanzar los objetivos propuestos.

- 1** CREAR LA DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL.
- 2** CREAR LA COMISIÓN CONSULTIVA PARA EL ASESORAMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.
- 3** DEFINIR LA CARTERA DE LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.
- 4** DEFINIR LA RED REGIONAL DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.
- 5** GESTIONAR DE MANERA INTEGRADA LOS RECURSOS PÚBLICOS DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL.
- 6** DESARROLLAR EL SISTEMA REGIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL.
- 7** DESARROLLAR UN PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.
- 8** DESARROLLAR UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y DE PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL.
- 9** DESARROLLAR UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN SALUD MENTAL.
- 10** INSTAURAR UN PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
- 11** DESARROLLAR UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL.

L
I
N
E
A
S

D
E

A
C
C
I
Ó
N

LÍNEA DE ACCIÓN 1

Dirección del Plan de Salud Mental 2000 – 2004.

Dirección del PSM

El Órgano Director del **PSM** será el Comité de Dirección del PSM, que trabajará coordinadamente con la Comisión Consultiva descrita en Línea de Acción 2, y estará formado por:

Director Regional

1.1 En el ámbito regional, un Director del **PSM**, que dependerá de la Consejería de Sanidad, y será nombrado por ésta,

Responsable Área de Salud

1.2 En cada Área de Salud habrá un responsable del Plan de Salud Mental, nombrado de común acuerdo por las instituciones con competencias asistenciales en cada una de las áreas sanitarias.

Funciones

Las funciones del Director y de los Responsables del **PSM**, en sus respectivos ámbitos, serán las de supervisar, impulsar, coordinar y evaluar las actuaciones del **PSM**, así como de las actividades, recursos y dispositivos públicos de salud mental.

LÍNEA DE ACCIÓN 2

Comisión Consultiva para el desarrollo del Plan de Salud Mental 2000 – 2004.

La Comisión Consultiva se constituirá según lo regulado en la Orden de 3 de Junio de 1994 de la Consejería de Sanidad, sobre asesoramiento científico-técnico en materia de salud. Su composición y régimen de funcionamiento se regulará por Orden de la Consejería de Sanidad. En todo caso además de técnicos de solvencia científica en las áreas programáticas del **PSM**, representantes de las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales así como cuantas personas se consideren necesarias para el adecuado cumplimiento de su cometido, estarán integrados dos representantes de los usuarios designados por la Federación Regional de Asociaciones de Enfermos Mentales (FEAFES Castilla-La Mancha) y una persona de cada una de las instituciones con competencias en salud mental (Diputaciones Provinciales, INSALUD, Junta de Comunidades). La Comisión Consultiva estará representada como órgano asesor en todos los acuerdos que se tomen para el desarrollo del **PSM**, tanto en el ámbito autonómico como en el local. Se proveerá un presupuesto específico para el adecuado desempeño de sus funciones.

La Comisión Consultiva para el desarrollo del Plan de Salud Mental actuará durante todo el periodo de vigencia del PSM con dos funciones:

- 2.1** Asesorar a la Dirección del **PSM** en el desarrollo de las actuaciones previstas en el **PSM** y,
- 2.2** Evaluar semestralmente el cumplimiento de los objetivos del **PSM** y emitir el correspondiente informe al Comité de Dirección del **PSM**.

Desde la Comisión Consultiva y para reforzar su papel de asesoramiento se impulsará la participación de los Ayuntamientos y de otras Administraciones (Educación, Justicia, ...) , así como de las Asociaciones de Enfermos y Familiares.

Composición

Funciones

Participación

LÍNEA DE ACCIÓN 3

Cartera de Servicios de Salud Mental.

Definición de prestaciones

En el plazo de seis meses a partir de la aprobación del **PSM** la Dirección del Plan, previo informe de la Comisión Consultiva, definirá las prestaciones y programas de salud mental que deberán ser ofertados a través de la Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha, para su posterior aprobación por la Consejería de Sanidad. El documento definitivo estará elaborado antes de finalizar el primer año de vigencia del **PSM**.

Criterios de Elaboración

Esta definición de prestaciones y programas se elaborará de acuerdo a la evidencia científica y precisando los mecanismos de coordinación entre los distintos dispositivos que intervienen en la evaluación y atención de los pacientes.

Coordinación de dispositivos

Existirá una estrecha coordinación entre las Unidades de Salud Mental (USM -de atención ambulatoria-) y el resto de dispositivos de atención a la salud mental para asegurar la continuidad de cuidados en los distintos programas asistenciales, con un enfoque comunitario, preventivo de la cronicidad.

Programas asistenciales

La Red de dispositivos de atención a los problemas de salud mental prestará, al menos, los siguientes programas asistenciales de manera coordinada entre los distintos dispositivos:

- 3.1** Salud mental general infanto-juvenil.
- 3.2** Trastorno mental severo infanto-juvenil.
- 3.3** Salud mental general del adulto.
- 3.4** Psicogeriatría.
- 3.5** Urgencias psiquiátricas.
- 3.6** Psiquiatría de enlace.
- 3.7** Trastornos de la conducta alimentaria.
- 3.8** Trastorno mental severo del adulto.
- 3.9** Rehabilitación psicosocial.
- 3.10** Psicoeducación.
- 3.11** Alcoholismo.
- 3.12** Otras dependencias.

Cada programa deberá definir objetivos, recursos, actividades e indicadores para el análisis de resultados. Entre las acciones de cada programa se incluirá:

- 3.I) Vías y condiciones de acceso.
- 3.II) Evaluación, diagnóstico y propuesta de plan terapéutico.
- 3.III) Seguimiento-gestión del caso, personalizado, con profesional responsable a lo largo de todo el proceso terapéutico.
- 3.IV) Atención domiciliaria y apoyo en domicilio si procede.

Cada Área de Salud adaptará a sus peculiares necesidades y recursos estos programas asistenciales y especificará las condiciones para su prestación.

El programa de psicogeriatría será de desarrollo prioritario. Se pondrá especial atención para garantizar la prestación de servicios en zonas rurales aisladas.

Contenido

Adaptación

LÍNEA DE ACCIÓN 4

Red Regional de dispositivos para la atención a la salud mental.

Definición de recursos

Para lograr la integración total de la asistencia en Salud Mental en el sistema público de salud es precisa la definición de los distintos recursos asistenciales que la componen y la autorización sanitaria de los centros que se integren en ella.

Normativa autonómica

En el marco de la legislación autonómica en materia de autorización de centros y servicios sanitarios, se desarrollará una normativa específica que defina las características estructurales y funcionales de los distintos dispositivos sanitarios de asistencia en Salud Mental. Una vez elaborada y aprobada, se procederá a la autorización de éstos según la nueva normativa y se confeccionará y difundirá el directorio de los centros y servicios autorizados.

Autorización de Centros y Servicios

Tipología de recursos

Se contemplarán las siguientes características estructurales, funcionales y de dotación de recursos para los centros y servicios de Salud Mental:

4.1 Dispositivos de Salud Mental infanto-juvenil:

4.1.1 Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil (USM-IJ).

Las características de las USM-IJ y las funciones de su personal son las definidas en la orden de 15 de octubre de 1985 de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Guía de Unidades Infanto - Juveniles de atención a la Salud Mental y sus modificaciones posteriores.

4.1.2 Hospital de Día Infanto - Juvenil (HD-IJ).

Es el dispositivo asistencial específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes con trastornos mentales severos. Para el desarrollo de las actividades terapéuticas precisa de personal propio (un enfermero y dos auxiliares), compartido con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (un psiquiatra, un psicólogo clínico, un trabajador social) y apoyo de profesionales del sistema educativo.

4.1.3 Tratamiento psiquiátrico hospitalario infanto - juvenil.

El tratamiento psiquiátrico hospitalario infanto - juvenil se hará siguiendo criterios consensuados, poniendo especial cuidado en prevenir la institucionalización y la cronicidad. Los ingresos se efectuarán

Unidades Infanto-Juveniles

Hospitalización de menores

en las Unidades de Pediatría de los hospitales generales de las respectivas áreas de salud, previamente acondicionadas al respecto y con el apoyo de la Unidad de Psiquiatría correspondiente. Para atender a las necesidades del trastorno mental severo infanto-juvenil se creará una Unidad Regional de referencia con 8 a 10 camas de hospitalización psiquiátrica infanto - juvenil en un hospital general.

4.2 Dispositivos de Salud Mental para el adulto y el anciano:

4.2.1 Unidad de Salud Mental (USM).

La USM es el dispositivo central de la red asistencial de salud mental. En él se llevan a cabo las actuaciones de prevención y asistencia ambulatoria, incluyendo también la atención al enfermo mental crónico; es el elemento de interrelación con los demás dispositivos especializados y con atención primaria. Durante el periodo de vigencia del PSM se tenderá a que cada área de salud disponga del siguiente personal distribuido en una o varias USM:

- un psiquiatra / 12.500 habitantes de 18 ó más años de edad,
- un psicólogo clínico / 17.000 habitantes de 18 ó más años de edad,
- un enfermero especialista en psiquiatría / 25.000 habitantes de 18 ó más años de edad,
- un trabajador social por cada USM,
- un terapeuta ocupacional / 50.000 habitantes de 18 ó más años de edad,
- un administrativo / 50.000 habitantes de 18 ó más años de edad y
- un auxiliar de enfermería / 50.000 habitantes de 18 ó más años de edad.

4.2.2 Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

La UHB es el dispositivo hospitalario para tratamiento psiquiátrico de corta duración (tiempo medio de estancia inferior a un mes). Se ubica en hospitales generales, disponiendo de un mínimo de 8 camas / 100.000 habitantes, más dos camas para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas.

Con el siguiente personal:

- un psiquiatra por cada siete camas o fracción para ingresos psiquiátricos y, con carácter adicional, un psiquiatra

**Dispositivos
para adultos**

**Dispositivo
central**

**Profesionales
por habitante**

**Hospitalización
Breve**

Dotación

por cada 500 camas no psiquiátricas del hospital o fracción para Psiquiatría de Enlace y apoyo a la urgencia hospitalaria. En cualquier caso la UHB nunca estará atendida por menos de tres psiquiatras.

- un psicólogo clínico por cada UHB y, con carácter adicional, un psicólogo clínico por cada 500 camas del hospital o fracción para psiquiatría de enlace.
- Personal de enfermería: un enfermero y dos auxiliares de enfermería por cada 10 camas y turno.
- un trabajador social.
- un auxiliar administrativo

Unidades funcionales

Coordinadas con las UHB se desarrollarán las siguientes unidades y equipos funcionales:

Psicogeriatría

- a) Unidad de Psiquiatría Geriátrica, en relación estrecha con los servicios de Geriatría.

Interconsulta

- b) Unidad de Psiquiatría de Enlace para la interconsulta con otros servicios. Se dotará de espacio físico suficiente e independiente, preferentemente anexo a los servicios de medicina interna y pediatría.

Trastornos Conducta Alimentaria

- c) Equipo multidisciplinar para el desarrollo hospitalario del programa de atención a trastornos de la conducta alimentaria. Contará con personal específicamente cualificado para el tratamiento de este tipo de patología.

Drogodependencias

4.2.3 Equipo de Atención a Drogodependientes (EAD).

Los EAD atenderán a todo tipo de consumidores de drogas, incluido alcohol y tabaco. Existirá al menos un EAD en cada área de salud, que contará al menos con un médico con entrenamiento específico o psiquiatra, un psicólogo clínico, un enfermero y con el apoyo de un trabajador social. El EAD estará coordinado con el resto de dispositivos previstos en el **Plan Regional de Drogas**.

Tratamiento intensivo ambulatorio

4.2.4 Hospital de Día (HD).

El HD es un programa ambulatorio de tratamiento intensivo que sirve como alternativa a la hospitalización completa y como complemento al tratamiento ambulatorio de la USM en los casos más graves. El HD contará con 10 a 15 plazas / 100.000 habitantes, con un máximo de 20 a 25 plazas por HD. Precisa del siguiente personal:

- un psiquiatra,
- un psicólogo clínico,
- un terapeuta ocupacional,
- un trabajador social (compartido con otros dispositivos),
- un enfermero,
- dos auxiliares de clínica y
- un auxiliar administrativo.

4.2.5 Otros recursos.

Además de los referidos, y de los dispositivos de rehabilitación, cada área de salud deberá disponer de vehículos de transporte que faciliten la continuidad de cuidados al paciente psiquiátrico y el trabajo comunitario del equipo terapéutico. El traslado urgente de enfermos psiquiátricos se hará de forma normalizada utilizando los recursos generales de transporte sanitario, si bien se contemplará en cada área sanitaria la posibilidad de disponer de transporte específico.

4.3 Dispositivos de rehabilitación:

4.3.1 Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL).

El CRPSL es un dispositivo ambulatorio de atención al enfermo mental crónico centrado en los principios de la rehabilitación psicosocial. En él se realizarán programas asistenciales de rehabilitación de las capacidades cognitivas y de las habilidades psicosociales, de rehabilitación de habilidades laborales básicas y de psicoeducación. La derivación al CRPSL se podrá hacer desde la Unidad de Salud Mental (USM) o la Unidad de Media Estancia (UME). Cada persona atendida en el CRPSL seguirá un Plan Individualizado de Rehabilitación en el que conste:

- a) un informe de derivación con el diagnóstico,
- b) una evaluación funcional en las áreas cognitiva, de habilidades psicosociales y de habilidades laborales,
- c) una evaluación de factores de estrés en su entorno social y familiar,
- d) la prescripción, duración prevista, objetivos y forma de evaluación de los programas de rehabilitación, y
- e) un informe de alta del CRPSL cuando se produzca.

El CRPSL realizará actividades y programas en el propio centro, pudiendo apoyar actividades a través de otros centros, talleres,

Dotación

Transporte

Rehabilitación Psicosocial y Laboral

Actividades

Dotación

clubes, o dispositivos, en los que se pueda llevar a cabo procesos de rehabilitación con el soporte de sus profesionales y de los de la Unidad de Salud Mental (USM).

Cada CRPSL contará con 35 a 40 plazas asistenciales a tiempo completo, pudiendo ser mayor el número de usuarios que asista a tiempo parcial, en función de cada Plan Individualizado de Rehabilitación.

Precisa del siguiente personal:

- dos psicólogos clínicos,
- un terapeuta ocupacional,
- un trabajador social,
- tres educadores / monitores y
- un administrativo.

Se promoverá la transformación y autorización como CRPSL de los centros ocupacionales dirigidos a personas con problemas de salud mental actualmente financiados por la Administración. La reinserción laboral no se considerará competencia del CRPSL, y se coordinará con los recursos destinados a la integración laboral, como Servicios de Información Laboral, Centros Especiales de Empleo, u otros que se puedan establecer.

Media Estancia

4.3.2 Unidad de Media Estancia (UME).

La UME es el dispositivo sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo de aquellos pacientes cuya patología sobrepase el marco de actuación de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

Para garantizar la prestación eficaz y eficiente de servicios en la UME, el tiempo medio de estancia no superará un año de duración. Ello redundará en una prevención de la institucionalización en las UME. Estará ubicada en un entorno urbano o con fácil acceso a él para posibilitar la rehabilitación en la comunidad. Trabajarán en estrecha relación con el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL).

Cada UME contará con uno o varios módulos de 20 a 30 plazas. Cada módulo de UME precisa del siguiente personal:

Dotación

- dos psiquiatras,
- dos psicólogos clínicos,
- un trabajador social,

- dos terapeutas ocupacionales,
- suficiente personal de enfermería y auxiliar,
- personal de oficio, mantenimiento, etc.

Una de las UME de la Comunidad Autónoma tendrá asociada una *UME de Atención Especial*, que será de ámbito regional y prestará asistencia a pacientes con especiales requerimientos de seguridad derivados de su patología. La *UME de Atención Especial* estará dotada de los recursos necesarios para el tratamiento de pacientes con graves alteraciones de conducta.

4.4 Alternativas residenciales:

Se desarrollarán alternativas residenciales a la institucionalización psiquiátrica tradicional para personas con problemas de salud mental, específicamente adecuados al grado de autonomía de los usuarios, incluyendo:

- a) Minirresidencias, como servicio residencial abierto y flexible de unas 25 plazas con apoyo y supervisión continuadas
- b) Viviendas Tuteladas, para alojamiento de 4-6 personas, tuteladas por la USM del Área
- c) Pensiones Concertadas Supervisadas, en las zonas urbanas, como alternativa de alojamiento y otras necesidades básicas
- d) Residencias psicogeriatricas
- e) Alojamiento en otras familias
- f) Favorecer prestación de *Ayuda a domicilio* para las familias y/o los enfermos mentales.

La atención psiquiátrica de las personas usuarias de los servicios residenciales se hará en la red general de asistencia sanitaria. Los programas de rehabilitación de los usuarios discapacitados con problemas de conducta se desarrollarán en estrecha colaboración con los CRPSL y con las USM.

A medida que se desarrollen en número suficiente las alternativas residenciales se producirá la progresiva desafección sanitaria de las actuales Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (Hospitales Psiquiátricos de Larga Estancia).

UME de Atención Especial

Alternativas residenciales

Programas Rehabilitación

Integración Laboral

4.5 Recursos de Integración Laboral:

La integración laboral es un componente fundamental para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Los programas de reinserción laboral iniciados en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral deben continuarse con formación ocupacional específica, y creación de empresas en las que se puedan integrar los enfermos mentales, apoyando su contratación en el mercado laboral ordinario, tales como:

- a) Centros Especiales de Empleo, Empresas de Reinserción y otros programas especiales: Centros ocupacionales con apoyo público, donde se ofrece empleo a los enfermos mentales con contrato, retribución, seguridad social, ...
- b) Apoyo al empleo normalizado: integrar al paciente en un entorno laboral normalizado (empresas públicas o privadas).

Características funcionales

4.6 Características funcionales de los dispositivos asistenciales:

La normativa sobre autorización sanitaria, además de definir las características específicas y estructurales de los dispositivos asistenciales descritos anteriormente, en la definición de las características funcionales, se detallarán:

Profesionales

4.6.1 Funciones y responsabilidades de los distintos profesionales de la salud mental, explicitando las tareas específicas y compartidas de cada uno de ellos.

Directrices

4.6.2 Directrices para la organización del equipo terapéutico como algo más que la suma de los diversos profesionales que trabajan conjuntamente.

Continuidad de cuidados

4.6.3 Requisitos que permitan garantizar la continuidad de cuidados entre los distintos niveles y dispositivos asistenciales, y el mantenimiento de un enfoque de comunidad terapéutica en las unidades de ingreso y de rehabilitación.

4.7 Dotación de la Red Regional de dispositivos para la Atención a la Salud Mental:

En cada Área de Salud

4.7.1 Se tenderá a que cada Área de Salud cuente al menos con los siguientes recursos de salud mental:

- Una Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil (USM-IJ).
- Un Hospital de Día Infanto - Juvenil (HD-IJ).

- Suficientes plazas hospitalarias para el tratamiento psiquiátrico infanto-juvenil.
- Una Unidad de Salud Mental (USM), o más según la población atendida.
- Una Unidad de Hospitalización Breve (UHB).
- Un Equipo de Atención a Drogodependientes (EAD).
- Un Hospital de Día (HD).

4.7.2 Se tenderá a dotar cada Provincia con, al menos:

- Dos a seis Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL).
- Una Unidad de Media Estancia (UME), con uno o dos módulos, cada una, según la provincia y el proceso de creación de viviendas alternativas que el propio PSM propone.
- Una Minirresidencia (25 plazas).
- Entre cuatro y cinco Viviendas Tuteladas (25 plazas).
- 40 a 60 plazas en Residencias.
- 30 a 70 plazas en Centros Especiales de Empleo.
- 30 a 70 plazas de Apoyo al empleo normalizado.

4.7.3 Serán dispositivos de ámbito Regional:

- Una Unidad de Media Estancia de *Atención Especial*, de 25 plazas.
- Una Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil, de 8 a 10 plazas.

Se reestructurarán los recursos ya existentes en función de la nueva normativa sobre centros de asistencia psiquiátrica. Como consecuencia, donde sea posible para cumplir la nueva normativa, las actuales Unidades Residenciales y Rehabilitadoras se reestructurarán parcialmente en Unidades de Media Estancia (UME). Las plazas que no sean incluidas dentro de la UME se desafectarán como plazas sanitarias.

Al concluir la vigencia del **PSM**, la distribución provincial de profesionales en los diferentes dispositivos asistenciales debiera ser la recogida en las siguientes tablas:

En cada provincia

De ámbito regional

Reestructuración

Tabla 11: Previsión de Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de Albacete.

ALBACETE	Dispositivos							
Recursos Humanos	INFANTO JUVENILES (*)	UNIDAD SALUD MENTAL	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN BREVE	EQUIPO ATENCIÓN DROGODEP.	HOSPITAL DE DÍA	CENTRO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL	UNIDAD MEDIA ESTANCIA	TOTAL
Psiquiatras	3	22	6	-	1	-	2	34
Psicólogos	3	16	2	2	1	8	2	34
Trabajadores Sociales (**)	1	2	1	1	1	4	1	11
DUE/ATS	3	11	13	2	1	-	8	38
Terapeutas Ocupacionales	-	5	-	-	1	4	2	12
Auxiliares de Clínica	2	5	26	-	2	12	16	63
Auxiliares Administrativos	2	5	1	2	1	4	1	16
Otros Profesionales (***)	-	-	-	2	-	-	-	2

Fuente: Consejería de Sanidad.

(*) En Infanto-Juveniles se incluyen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles y los Hospitales de Día infanto-Juveniles.

(**) Los Trabajadores Sociales en Unidades de Salud Mental (adultos), Equipos de Atención a Drogodependientes y Hospitales de Día (adultos) son compartidos.

(***) Hace referencia a médicos con experiencia en drogodependencias.

Tabla 12: Previsión de Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de Ciudad Real.

CIUDAD REAL	Dispositivos							
Recursos Humanos	INFANTO JUVENILES (*)	UNIDAD SALUD MENTAL	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN BREVE	EQUIPO ATENCIÓN DROGODEP.	HOSPITAL DE DÍA	CENTRO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL	UNIDAD MEDIA ESTANCIA	TOTAL
Psiquiatras	5	30	9	-	2	-	3	49
Psicólogos	5	22	4	2	2	12	3	50
Trabajadores Sociales (**)	2	3	2	1	1	6	1	16
DUE/ATS	5	15	19	2	2	-	14	57
Terapeutas Ocupacionales	-	7	-	-	2	6	4	19
Auxiliares de Clínica	4	7	39	-	4	18	28	100
Auxiliares Administrativos	2	7	2	2	2	6	2	23
Otros Profesionales (***)	-	-	-	2	-	-	-	2

Fuente: Consejería de Sanidad.

(*) En Infanto-Juveniles se incluyen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles y los Hospitales de Día infanto-Juveniles.

(**) Los Trabajadores Sociales en Unidades de Salud Mental (adultos), Equipos de Atención a Drogodependientes y Hospitales de Día (adultos) son compartidos.

(***) Hace referencia a médicos con experiencia en drogodependencias.

Tabla 13: Previsión de Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de Cuenca.

CUENCA		Dispositivos						
Recursos Humanos	INFANTO JUVENILES (*)	UNIDAD SALUD MENTAL	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN BREVE	EQUIPO ATENCIÓN DROGODEP.	HOSPITAL DE DÍA	CENTRO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL	UNIDAD MEDIA ESTANCIA	TOTAL
Psiquiatras	2	13	3	-	1	-	2	21
Psicólogos	2	9	2	1	1	4	2	21
Trabajadores Sociales (**)	1	1	1	1	1	2	1	7
DUE/ATS	2	6	6	1	1	-	8	24
Terapeutas Ocupacionales	-	3	-	-	1	2	2	8
Auxiliares de Clínica	2	3	12	-	2	6	16	41
Auxiliares Administrativos	1	3	1	1	1	2	1	10
Otros Profesionales (***)	-	-	-	1	-	-	-	1

Fuente: Consejería de Sanidad.

- (*) En Infanto-Juveniles se incluyen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles y los Hospitales de Día infanto-Juveniles.
 (**) Los Trabajadores Sociales en Unidades de Salud Mental (adultos), Equipos de Atención a Drogodependientes y Hospitales de Día (adultos) son compartidos.
 (***) Hace referencia a médicos con experiencia en drogodependencias.

Tabla 14: Previsión de Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de Guadalajara.

GUADALAJARA		Dispositivos						
Recursos Humanos	INFANTO JUVENILES (*)	UNIDAD SALUD MENTAL	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN BREVE	EQUIPO ATENCIÓN DROGODEP.	HOSPITAL DE DÍA	CENTRO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL	UNIDAD MEDIA ESTANCIA (***)	TOTAL
Psiquiatras	1	10	3	-	1	-	4	19
Psicólogos	2	7	2	1	1	4	4	21
Trabajadores Sociales (**)	1	1	1	1	1	2	2	8
DUE/ATS	2	5	6	1	1	-	16	31
Terapeutas Ocupacionales	-	2	-	-	1	2	4	9
Auxiliares de Clínica	2	2	12	-	2	6	32	56
Auxiliares Administrativos	1	2	1	1	1	2	2	10
Otros Profesionales (***)	-	-	-	1	-	-	-	1

Fuente: Consejería de Sanidad.

- (*) En Infanto-Juveniles se incluyen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles y los Hospitales de Día infanto-Juveniles.
 (**) Los Trabajadores Sociales en Unidades de Salud Mental (adultos), Equipos de Atención a Drogodependientes y Hospitales de Día (adultos) son compartidos.
 (***) Hace referencia a médicos con experiencia en drogodependencias.
 (****) Se contemplan dos unidades de Media Estancia, una de ámbito regional.

Tabla 15: Previsión de Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de Toledo.

TOLEDO		Dispositivos						
Recursos Humanos	INFANTO JUVENILES (*)	UNIDAD SALUD MENTAL	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN BREVE	EQUIPO ATENCIÓN DROGODEP.	HOSPITAL DE DÍA	CENTRO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL	UNIDAD MEDIA ESTANCIA	TOTAL
Psiquiatras	5	32	8	1	2	-	3	51
Psicólogos	5	23	4	3	2	12	3	52
Trabajadores Sociales (**)	2	4	2	2	1	6	1	18
DUE/ATS	5	16	22	3	2	-	16	64
Terapeutas Ocupacionales	-	8	-	-	2	6	4	20
Auxiliares de Clínica	4	8	43	-	4	18	32	109
Auxiliares Administrativos	2	8	2	3	2	6	2	25
Otros Profesionales (***)	-	-	-	2	-	-	-	2

Fuente: Consejería de Sanidad.

(*) En Infanto-Juveniles se incluyen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles y los Hospitales de Día infanto-Juveniles.

(**) Los Trabajadores Sociales en Unidades de Salud Mental (adultos), Equipos de Atención a Drogodependientes y Hospitales de Día (adultos) son compartidos.

(***) Hace referencia a médicos con experiencia en drogodependencias.

Tabla 16: Previsión de Recursos Humanos por Dispositivos en la Castilla-La Mancha.

TOTAL CLM		Dispositivos						
Recursos Humanos	INFANTO JUVENILES (*)	UNIDAD SALUD MENTAL	UNIDAD HOSPITALIZACIÓN BREVE	EQUIPO ATENCIÓN DROGODEP.	HOSPITAL DE DÍA	CENTRO REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL	UNIDAD MEDIA ESTANCIA	TOTAL
Psiquiatras	16	107	29	1	7	-	14	174
Psicólogos	17	77	14	9	7	40	14	178
Trabajadores Sociales (**)	7	11	7	6	5	20	6	60
DUE/ATS	17	53	66	9	7	-	62	214
Terapeutas Ocupacionales	-	25	-	-	7	20	16	68
Auxiliares de Clínica	14	25	132	-	14	60	124	369
Auxiliares Administrativos	8	25	7	9	7	20	8	84
Otros Profesionales (***)	-	-	-	8	-	-	-	8

Fuente: Consejería de Sanidad.

(*) En Infanto-Juveniles se incluyen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles y los Hospitales de Día infanto-Juveniles.

(**) Los Trabajadores Sociales en Unidades de Salud Mental (adultos), Equipos de Atención a Drogodependientes y Hospitales de Día (adultos) son compartidos.

(***) Hace referencia a médicos con experiencia en drogodependencias.

LÍNEA DE ACCIÓN 5

Gestión integrada de los recursos públicos de atención a la salud mental.

La dispersión de responsabilidades en salud mental entre diversos Organismos Públicos dificulta la planificación homogénea, la distribución equitativa de recursos y el aprovechamiento eficiente de éstos. Por ello un aspecto imprescindible para la integración de la asistencia de Salud Mental en el Sistema Público de Salud y para la adecuada prestación de servicios sociales a personas con trastornos psiquiátricos es la gestión unificada de los recursos de salud mental en los respectivos Organismos Públicos administradores de la Sanidad y de los Servicios Sociales.

Con el objetivo de facilitar la integración de los servicios y respetando la competencia de cada uno de los Organismos, de conformidad con la legislación vigente, hasta la creación del Servicio Regional de Salud, en cada Área de Salud se constituirá con representación de la Junta de Comunidades, las Diputaciones Provinciales y el INSALUD, un Órgano de coordinación de los servicios de asistencia en salud mental, gestionados por dichas instituciones, presidido por el Responsable del Plan en el Área de Salud que elaborará unos objetivos anuales de actuación siguiendo las directrices del **PSM** incluyendo la dotación económica asignada, sometiéndolos a consideración de todos ellos.

**Gestión
unificada**

**Coordinación
Área de Salud**

LÍNEA DE ACCIÓN 6

Sistema regional de información en salud mental.

Evaluación

Gestión Clínica

Requisitos

La transformación de la asistencia prevista en el PSM, debe asociarse a instrumentos de medida que permitan evaluar sus resultados. En este contexto, es necesario mejorar el sistema regional de información en salud mental para que aporte una adecuada información sobre las características de los usuarios de los dispositivos asistenciales, que facilite el conocimiento de las necesidades y que permita la evaluación de los servicios para favorecer su gestión clínica y garantizar la calidad de prestaciones en los mismos. El sistema regional de información en salud mental deberá reunir al menos las siguientes características:

- 6.1** Estar unificado en toda la Comunidad Autónoma, para lo cual deberá consensuarse un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) por procesos asistenciales y servicios.
- 6.2** Aplicarse en todas las áreas de salud y en todos los dispositivos asistenciales, registrando información específica al menos de:
 - 6.2.1 Características sociodemográficas y clínicas de los usuarios.
 - 6.2.2 Actividades en los diversos servicios (ambulatorios, hospitalarios y de rehabilitación)
 - 6.2.3 Finalización de los procesos asistenciales
- 6.3** Mantenerse a lo largo del tiempo, garantizando la confidencialidad de la información registrada.
- 6.4** Recoger correctamente la información y tras su proceso retornar regularmente a los informadores indicadores cualitativos y cuantitativos de actividad y, periódicamente, un perfil de los usuarios y los patrones de uso de los servicios.

LÍNEA DE ACCIÓN 7

Programa de investigación en salud mental.

Se financiarán y llevarán a cabo proyectos de investigación que sean de utilidad para la mejora de la salud mental en la Región. Serán temas prioritarios de investigación:

- 7.1** Prevención primaria, secundaria y terciaria en salud mental infanto-juvenil.
- 7.2** Epidemiología de la patología mental que permita, entre otros objetivos, planificar de forma más racional los recursos en función de las necesidades reales.
- 7.3** Desarrollo de técnicas eficaces de rehabilitación psicosocial y laboral.
- 7.4** Prevención y tratamiento del alcoholismo y otras drogodependencias.
- 7.5** Epidemiología y prevención del suicidio.
- 7.6** Violencia y maltrato en el medio familiar.

Aplicabilidad

Priorización

LÍNEA DE ACCIÓN 8

Programa de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

8.1 Infanto-juvenil

Las actividades de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales en niños y adolescentes se realizarán de forma continuada en el tiempo y coordinada entre las instituciones sanitarias y educativas regionales, priorizando aquellos problemas de mayor magnitud y vulnerabilidad.

Como mínimo se desarrollarán las siguientes acciones:

8.1.1 En el medio escolar, dentro de la educación para la salud como materia transversal, se introducirán aspectos de promoción de la salud mental (educación afectivo-sexual, utilización del tiempo de ocio, habilidades sociales, ...)

8.1.2 En el nivel de atención primaria de salud se incluirá como servicio en el control del niño sano, la detección precoz de los trastornos más prevalentes. Así mismo, se desarrollarán programas de seguimiento de menores en situaciones de riesgo.

8.2 Adulto

Como mínimo se desarrollarán las siguientes acciones:

8.2.1 Diseño, elaboración y distribución de folletos, guías, y otros materiales divulgativos con información que permita a la población disponer de conocimientos necesarios sobre la enfermedad mental en sus diversas formas, así como percibirla, conocerla y valorarla de forma que les permita comportarse con respecto a ella de un modo más adecuado.

8.2.2 En el nivel de atención primaria de salud se incluirán programas de seguimiento de población en situaciones de riesgo.

**Magnitud
Vulnerabilidad**

Educación

**Detección
precoz**

Informar

**Grupos
de riesgo**

LÍNEA DE ACCIÓN 9

Programa de prevención de discapacidades en salud mental.

El programa de prevención de discapacidades será el instrumento principal para la desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos actualmente atendidos en las Unidades Residenciales y Rehabilitadoras y para la prevención de la exclusión social y de la institucionalización de los nuevos enfermos crónicos. Constará de dos subprogramas: Prevención de discapacidades en pacientes no institucionalizados y Prevención de discapacidades en los pacientes institucionalizados, que a continuación se describen:

9.1 Prevención de discapacidades en pacientes no institucionalizados:

Su objetivo es evitar la exclusión social y minimizar las discapacidades psicosociales y laborales de las personas con trastornos mentales severos. Se realizarán las siguientes actuaciones:

9.1.1 Atención específica a enfermos mentales crónicos dentro de las Unidades de Salud Mental (USM) con un enfoque preventivo de la cronicidad (visitas domiciliarias, seguimiento individualizado de casos, etc.).

9.1.2 Actividades de intervención, apoyo y psicoeducación a familiares en todos los dispositivos de salud mental.

9.1.3 Actividades de rehabilitación psicosocial y laboral consensuadas entre los distintos Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) con un control de su efectividad y rendimiento.

9.1.4 Actividades para la promoción en instituciones públicas y privadas de la normalización laboral del enfermo mental. Se buscará el desarrollo de alternativas laborales realistas y competitivas para enfermos mentales crónicos. Para ello los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) trabajarán en estrecha relación con los dispositivos de integración laboral. Se revisarán los actuales sistemas de prestaciones económicas para que sean más adecuados a la consecución de objetivos de rehabilitación (flexibilidad en las incapacidades laborales parciales/temporales, compatibilidad con una mínima actividad laboral, etc.).

Desinstitucionalización

Minimizar discapacidad

Atención específica

Apoyo a familiares

CRPSL

Normalización laboral

Evolución internos URR

Programas de Rehabilitación

9.2 Prevención de discapacidades en pacientes institucionalizados:

En el plazo de seis meses desde la aprobación del PSM se llevará a cabo una actualización de la evolución de la situación personal de cada interno en todas las Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (URR) de la Región y se definirá una propuesta específica (Plan de Rehabilitación) para cada uno de ellos.

De esta forma se procederá a la desinstitucionalización progresiva de las personas actualmente residentes en las URR. Se incluirán programas de rehabilitación dentro de las Unidades de Media Estancia (UME) coordinados, y si es preciso, simultaneados con los del CRPSL. Las necesidades residenciales de las personas actualmente atendidas en unidades de larga estancia serán asumidas por los servicios de Bienestar Social y por los dispositivos sociosanitarios que se recogen en la Línea de Acción 4.

LÍNEA DE ACCIÓN 10

Programa de Calidad Asistencial.

La calidad centrada en el enfermo es el tema central del **PSM**. El enfoque basado en la calidad afecta al desarrollo de todas las actividades contempladas en el **PSM**, así como a la puesta en marcha de programas encaminados a garantizar la competencia profesional, la continuidad de la asistencia, la dotación de recursos y la adecuación de los existentes.

Independientemente de la integración de los servicios asistenciales en una única Red, la atención al usuario precisa de intervenciones pluridisciplinares. La normalización de los problemas de salud mental pasa por contar con instrumentos que garanticen que la problemática social, laboral y legal asociadas al trastorno mental encuentran la adecuada respuesta de las distintas Administraciones y Organizaciones encargadas de su provisión. Es preciso pues, establecer fórmulas de coordinación ágiles y eficaces entre todas ellas.

La necesidad de que los servicios se orienten prioritariamente hacia la satisfacción de los usuarios, justifica contemplar específicamente el programa de calidad asistencial, que incluirá entre otras las siguientes actuaciones:

- 10.1** Facilitar la accesibilidad a los dispositivos asistenciales y la universalidad de las prestaciones. Se difundirá un directorio que incluya la totalidad de los dispositivos (con los servicios que en cada uno de ellos se prestan y las condiciones de acceso) de la Red de recursos de salud mental en cada Area de Salud.
- 10.2** Difundir los derechos de los usuarios. Se elaborará y difundirá una Carta de derechos y deberes de los usuarios de los dispositivos asistenciales con el objetivo de mejorar la protección de sus derechos, en especial, cuando se trata de personas incapacitadas civilmente o presuntamente incapaces.
- 10.3** Introducir la metodología de garantía de la calidad en el modelo de gestión de todos los dispositivos asistenciales.
- 10.4** Homogeneizar el acceso a los servicios y prestaciones sociales (ayudas específicas, alojamiento, ...)

Adecuada respuesta a necesidades

Satisfacción de usuarios

Accesibilidad

Derechos

Autoevaluación constante

Convenio con Ministerio de Justicia e Interior

10.5 Establecer criterios de discriminación positiva para el acceso a puestos de integración laboral.

10.6 Establecer un convenio marco con los Ministerios de Justicia e Interior que contemple:

- Atención a penados
- Regular la colaboración de los servicios asistenciales con la justicia en la realización de peritajes e informes, de tal forma que no se interfiera la actividad asistencial.
- Formular criterios e instrumentos de comunicación entre las Administraciones Sanitaria y Judicial en materia de salud mental, específicamente en lo referido a posibles actuaciones de las Fuerzas de Seguridad del Estado.
- Coordinar entre los dispositivos de salud mental y las fiscalías una mayor supervisión y colaboración en los casos.

Participación

10.7 Promover la participación de asociaciones de usuarios.

- Se coordinarán actuaciones encaminadas a lograr una colaboración estable y eficaz entre los servicios de salud mental, las asociaciones de usuarios y las fundaciones tutelares.
- Se incrementarán los recursos y las actividades de la Comisión de Tutela de Castilla - La Mancha y de las fundaciones tutelares.

10.8 Promover la participación de los Ayuntamientos en los programas de rehabilitación y reinserción laboral, así como en la disposición de las alternativas residenciales más apropiadas.

LÍNEA DE ACCIÓN 11

Programa de formación en salud mental.

El programa de formación en salud mental tendrá por objetivo garantizar la capacitación de los profesionales para el abordaje de los problemas de salud mental en los distintos niveles de la red asistencial. Constará de cuatro subprogramas: Formación de pregrado, Formación básica en salud mental, Formación continuada para profesionales de salud mental, Elaboración y difusión de guías de actuación en salud mental.

11.1 Formación de pregrado:

11.1.1 Se potenciará la especialidad en salud mental dentro del ámbito de enfermería.

11.1.2 Se promoverá la inclusión de formación específica en salud mental infanto - juvenil y en psicogeriatría dentro del programa curricular de pregrado, en los estudios de Medicina y Enfermería.

11.1.3 Se potenciará la especialidad de terapeuta ocupacional en salud mental.

11.2 Formación básica en salud mental:

11.2.1 Se realizarán actividades de formación básica en salud mental para profesionales de los Equipos de Atención Primaria y de Servicios Sociales, abordando como temas preferentes la salud mental infanto - juvenil, psicogeriatría, trastornos de la conducta alimentaria, prevención de discapacidades y atención al alcoholismo y otras drogodependencias.

11.2.2 Se realizarán actividades de formación de cuidadores, tanto para cuidadores familiares como para profesionales de la red social.

11.2.3 Se realizarán actividades de formación dirigidas al personal de los servicios de urgencias, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, para la discriminación y manejo de los problemas psiquiátricos urgentes.

Capacitación profesional

Enfermería

Medicina

Terapia Ocupacional

Atención Primaria y Servicios Sociales

Cuidadores

Urgencias

Formación continuada

11.3 Formación continuada para profesionales de salud mental:

11.3.1 Se desarrollará un programa de formación continuada para los profesionales de salud mental, con asignación de un número mínimo de horas dedicadas a la formación continuada e investigación. Se prestará especial atención a la formación en:

- Salud mental infanto - juvenil.
- Psicogeriatría.
- Alcoholismo y otras drogodependencias.
- Metodología de la investigación.
- Técnicas de rehabilitación psicosocial.
- Psiquiatría y psicología legal y forense.
- Gestión clínica y calidad asistencial.

11.3.2 En los programas de formación de Psicólogos Internos Residentes (PIR) y Médicos Internos Residentes (MIR) se promoverá la inclusión y/o potenciará la formación en Geriatría y Psiquiatría. Los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria adaptarán su periodo de formación para que se incluya su paso por los dispositivos de Salud Mental. La rotación por Psiquiatría contemplada en el programa de formación de los MIR de Geriatría se realizará en Unidades de Psicogeriatría. Dentro del programa de formación de los MIR en Psiquiatría se contemplará un período de rotación por Geriatría y en aquellos casos donde hubiere, por Psicogeriatría.

11.4 Guías de actuación en salud mental:

Se editará y distribuirá una colección de guías de salud mental que sirvan de referencia y normas de buena práctica clínica frente a los principales problemas en este campo. Serán textos consensuados, de fácil consulta, que fomenten la atención coordinada entre los distintos niveles asistenciales y clarifiquen especialmente los pasos a seguir en situaciones con implicación médico - legal. Se planificará su distribución para buscar una óptima difusión.

Guías de Buena Práctica

Difusión

La información que facilite el acceso a los servicios asistenciales y la difusión de los derechos de los usuarios se realizará entre profesionales sanitarios, de Bienestar Social, de Educación, de la Administración de Justicia, en las asociaciones de usuarios y en población general (priorizando su distribución en grupos de riesgo).

El resto de las guías estarán enfocadas a la resolución de problemas clínicos y su difusión será más restringida, principalmente a personal sanitario. Servirán de apoyo para los programas de formación.

11.4.1 Guía de atención al usuario de salud mental.

Ver el programa de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

11.4.2 Guía de prevención e intervención frente al maltrato infantil y juvenil.

11.4.3 Guía de salud mental en atención primaria.

Incluirá entre otros temas: abordaje del alcoholismo y de otras drogodependencias, criterios de derivación de problemas de salud mental desde atención primaria a especializada, atención y detección precoz de problemas de salud mental infanto-juvenil y de psicogeriatría en atención primaria. Incluirá instrumentos para la recogida de información sobre hábitos de consumo de tóxicos en población infanto-juvenil. Dedicará un capítulo específico al tratamiento urgente de pacientes psiquiátricos.

11.4.4 Guía de atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

Desarrollará los puntos principales del programa de atención a los trastornos de la conducta alimentaria, haciendo especial hincapié en la coordinación entre atención primaria y especializada.

11.4.5 Guía de atención al paciente VIH con problemas psiquiátricos.

Para su utilización en atención primaria y especializada. Especificará las principales alteraciones de la conducta y emocionales derivadas de la infección VIH y de la adaptación a la enfermedad. En ella se recomendarán los tratamientos de elección y medidas para prevenir la exclusión social de las personas infectadas por el VIH.

3.2 Relación entre Objetivos y Líneas de Acción

El desarrollo de los cinco Objetivos Generales identificados con las letras A a la E y conceptualizados en el capítulo 2 de este Plan supone, a su vez, la realización de diversos Objetivos Específicos y una o varias Líneas de Acción. A continuación se detalla la relación entre ellos.

OBJETIVOS GENERALES

Objetivos Específicos

Líneas de Acción

A. CONSOLIDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL

A

A.1 Garantizar el desarrollo del Plan de Salud Mental 2000-2004

1 Dirección del PSM

2 Comisión Consultiva para el desarrollo del PSM

6 Sistema regional de información en salud mental

A.2 Atender coordinadamente a la salud mental entre todas las instituciones implicadas

1 Dirección del PSM

2 Comisión Consultiva para el desarrollo del PSM

3 Cartera de servicios

4 Red regional de dispositivos

6 Sistema regional de información en salud mental

10 Programa de mejora continua de la calidad

A.3 Integrar totalmente la asistencia psiquiátrica en el sistema público de salud.

3 Cartera de servicios

4 Red regional de dispositivos

5 Gestión integrada

6 Sistema regional de información en salud mental

OBJETIVOS GENERALES

Objetivos Específicos

Líneas de Acción

B

B. DESARROLLAR LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

B.1 Potenciar la prevención de los trastornos mentales infanto-juveniles

3 Cartera de servicios

8 Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

B.2 Potenciar la prevención de los trastornos mentales del adulto y del anciano

3 Cartera de servicios

8 Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

B.3 Prevenir las discapacidades por motivos de salud mental

3 Cartera de servicios

4 Red regional de dispositivos

9 Prevención de discapacidades

C

C. GARANTIZAR UNA ASISTENCIA DE CALIDAD

C.1 Desarrollar instrumentos para la mejora continua de la calidad de la asistencia en salud mental

3 Cartera de servicios

4 Red regional de dispositivos

6 Sistema regional de información en salud mental

10 Programa de mejora continua de la calidad

C.2 Completar y optimizar la dotación de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas de salud

4 Red regional de dispositivos

OBJETIVOS GENERALES

Objetivos Específicos

Líneas de Acción

D. GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

D

D.1 Difundir y garantizar los derechos de los usuarios

4 Red regional de dispositivos

10 Programa de mejora continua de la calidad

D.2 Promover la participación de las asociaciones de familiares y enfermos

2 Comisión Consultiva para el desarrollo del PSM

10 Programa de mejora continua de la calidad

E. FOMENTAR LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

E

E.1 Promover la capacitación en salud mental de los profesionales en formación

11 Formación en salud mental

E.2 Mejorar la formación continuada en salud mental de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria y de los Servicios Sociales

11 Formación en salud mental

E.3 Mejorar la formación continuada para los profesionales de los servicios de salud mental

11 Formación en salud mental

E.4 Promover la investigación en salud mental

7 Investigación en salud mental

Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004

ACTUACIONES. CRONOGRAMA,
ORGANISMOS RESPONSABLES y
EVALUACIÓN

ORGANISMOS CON IMPLICACIÓN PRINCIPAL EN ACTUACIONES

ACTUACIÓN	Consejería de Sanidad	INSALUD	Diputaciones Provinciales	Consejería de B. Social
1. Crear el Órgano Directivo del PSM.				
2. Crear la Comisión Consultiva para el desarrollo del PSM.				
3. Constituir el Órgano de Gestión conjunta de la asistencia en Salud Mental en cada Área de Salud.				
4. Implantar el sistema regional de información en salud mental.				
5. Programar las actividades de promoción de la salud mental, investigación y docencia para el cuatrienio 2001-2004.				
6. Consensuar las prestaciones de asistencia en salud mental en todas las Áreas de Salud.				
7. Aprobar la orden de autorización sanitaria de dispositivos de Salud Mental.				
8. Implantar las prestaciones asistenciales consensuadas en todas las Áreas de Salud.				
9. Trasladar a los enfermos crónicos de las URR a dispositivos residenciales alternativos.				
10. Transformar, donde sea posible, parte de las URR en UME y desafectar sanitariamente el resto.				
11. Autorizar los C. Ocupacionales financiados con fondos públicos como C. de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.				
12. Completar los recursos de Salud Mental en todas las Áreas de Salud y regularlos administrativamente.				
13. Incluir la planificación en salud mental dentro del siguiente Plan de Salud de Castilla-La Mancha.				
14. Desarrollar el programa de investigación en salud mental				
15. Desarrollar el programa de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.				
16. Desarrollar el programa de prevención de discapacidades en salud mental.				
17. Desarrollar el programa de calidad asistencial.				
18. Desarrollar el programa de formación en salud mental.				
19. Hacer la evaluación global del PSM.				
20. Disolver el Órgano Directivo del PSM.				
21. Disolver la Comisión Consultiva para el desarrollo del PSM.				

EVALUACIÓN

La evaluación constituye un instrumento fundamental y una herramienta indispensable para conocer la efectividad de las diferentes actuaciones y el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, por ello es una constante en el Plan de Salud Mental.

La Comisión Consultiva, además de las funciones de asesoramiento, estará encargada de realizar una evaluación semestral del cumplimiento de los objetivos del **PSM** y realizará con dicha periodicidad el informe de evaluación correspondiente remitiéndolo al Comité de Dirección del **PSM** tal como se detalla en la Línea de Acción 2.

Por otra parte, en las Líneas de Acción 6 y 10 del **PSM** se comprometen el desarrollo del sistema regional de información en Salud Mental y la instauración de un programa de mejora continua de la Calidad. Ambas actividades van a resultar de gran utilidad para desarrollar una correcta evaluación.

El sistema de información será desarrollado por la Consejería de Sanidad, proporcionará soporte al Comité de Dirección del **PSM** que será el encargado de poner en circulación la información útil y relevante en cada momento, para la retroalimentación de los diferentes instituciones e instancias implicadas.

Cunado finalice el periodo de vigencia del PSM está prevista la realización de una evaluación global que recoja el grado de desarrollo de las actuaciones previstas, el diagnóstico de situación de la Red de Salud Mental y su capacidad para resolver los problemas de los enfermos y sus familias, como base para la planificación futura.

Cumplimiento de objetivos

Retroalimentación

Evaluación global

Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004

ANEXOS

- I. Publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha del Acuerdo del Consejo de Gobierno de Aprobación del PSM
- II. Siglas utilizadas
- III. Relación de tablas y gráficos
- IV. Glosario
- V. Relación de colaboradores
- VI. Previsión de financiación del PSM por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

ANEXO I

Diario Oficial de Castilla-La Mancha, núm. 11 de 11 de febrero de 2.000.

110707

11 de febrero de 2000

110707

Resolución de 01-02-2000, por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004.

El Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha en la sesión celebrada el día once de enero de dos mil milésimo al siguiente Acuerdo: "Aprueba el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004"

Lo que se publica para general conocimiento.

Título, 1 de febrero de 2000
El Consejo de Gobierno
FERNANDO LLIBRE I BAGO ANÓN

II. AUTORIDADES Y PERSONAL,

HONORAMIENTOS

Consejería de Agricultura y Medio Ambiente

Orden de 08-02-2000, por la que se da publicidad al nombramiento de los miembros del Instituto de la Vid y del Vino de Castilla-La Mancha (IVVVM).

La Ley 2/1998 de 10 de enero, de creación del Instituto de la Vid y del Vino de Castilla-La Mancha (IVVVM), establece el sistema de designación y nombramiento de los miembros del Consejo Rector del citado Instituto. Así se establece que los mismos serán nombrados por el Presidente del mismo, que lo es el Consejero de Agricultura y Medio Ambiente, a propuesta de los Comités Reguladores, Organizaciones Profesionales Agrarias, tanto Regulares de denominación Agrícola Vitisvinífera, Escuelas Agrarias de Enología de Castilla-La Mancha y

representantes de la Administración Regional.

En virtud, se establece la condición de que el Presidente del Instituto designe a personas de reconocida solvencia y experiencia en el ámbito objeto de la actividad del Instituto, para que ejerzan funciones de asesoramiento a mismo.

Los tres miembros al Vicepresidente y Voceros del Consejo Rector del Instituto de la Vid y del Vino de Castilla-La Mancha (IVVVM), designados por publicidad a los procedimientos abiertos para conocimiento del público:

En su virtud, designo

— **Vicepresidente y Vocero:** a D. FERNANDO LLIBRE LLIBRE, Vocal del Consejo Rector en representación de la Consejería de Agricultura y Medio Ambiente, Representante del Instituto de la Vid y del Vino de Castilla-La Mancha, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.1 de la Ley 2/1998, de 10 de enero de creación del Instituto.

— **Voceros:** al Sr. D. JUAN JOSÉ LLIBRE LLIBRE, en representación de la Consejería de Agricultura y Medio Ambiente, a

D. VICENTE GARCÍA CERRIL, a propuesta del I.R.V.G. "Manzanilla".

D. FRANCISCO LLIBRE LLIBRE, a propuesta del I.R.V.G. "Vinos de Jerez".

D. JUAN PABLO BORDA PLAZA, a propuesta del I.R.V.G. "Manzanilla".

al Sr. D. JUAN JOSÉ LLIBRE LLIBRE, en representación de las Organizaciones Profesionales Agrarias, a

D. FERNANDO LLIBRE LLIBRE, a propuesta del I.R.V.G.

D. JUAN LLIBRE LLIBRE, a propuesta de I.R.V.G.

D. MIGUEL J. LLIBRE LLIBRE, a propuesta de I.R.V.G.

al Sr. D. JUAN JOSÉ LLIBRE LLIBRE, en representación de las Organizaciones Agrarias Vitisvinífera, a

D. JUAN LLIBRE LLIBRE, a propuesta de I.R.V.G.

El Sr. D. JUAN JOSÉ LLIBRE LLIBRE, en representación de la Institución Agraria de Fomento de Castilla-La Mancha, a

D. PABLO JAVIER GARCÍA LLIBRE, a propuesta de I.R.V.G.

Tercero.- Nombrar, con arreglo al mencionado precepto y experiencia para que ejerzan funciones de asesoramiento del Instituto y puedan formar parte del Consejo Rector, a

D. FRANCISCO LLIBRE LLIBRE, en representación de la Asociación Regional de Enólogos de Castilla-La Mancha.

D. FRANCISCO LLIBRE LLIBRE, en representación de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Título, 3 de febrero de 2000
El Consejo de Agricultura
ALEJANDRO ALONSO HERNÁNDEZ

III. OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Agricultura y Medio Ambiente

Orden de 08-02-2000, de la Consejería de Agricultura y Medio Ambiente, por la que se convocan ayudas para los Organizaciones

ANEXO II. Siglas utilizadas

B Social: Bienestar Social

CLM: Castilla-La Mancha

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CRSPL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería

EAD: Equipo de Atención a Drogodependientes

FEAFES - CLM: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares de Enfermos Mentales (Federación Regional de Castilla-La Mancha)

HD: Hospital de Día

HD-IJ: Hospital de Día Infanto Juvenil

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

LA: Línea de Acción

MIR: Médico Interno Residente

PIR: Psicólogo Interno Residente

PSM: Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004

UHB: Unidad de Hospitalización Breve

UME: Unidad de Media Estancia

URR: Unidad Residencial y Rehabilitadora

USM: Unidad de Salud Mental

USM-IJ: Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ANEXO III. Relación de tablas y gráficos

- Tabla 1.-** Municipios de Castilla-La Mancha clasificados por estratos de población. 1998.
- Tabla 2.-** Población por Área de Salud y Grandes Grupos de Edad Castilla-La Mancha. 1996. Valores absolutos.
- Tabla 3.-** Población por Área de Salud y Grandes Grupos de Edad Castilla-La Mancha. 1996. Porcentaje.
- Tabla 4.-** Estructura de la Población por Grandes Grupos de Edad Castilla-La Mancha y España. 1996.
- Tabla 5.-** Razones de dependencia en Castilla-La Mancha y España. 1996.
- Tabla 6.-** Evolución de los Recursos Humanos en Salud Mental de Castilla-La Mancha 1983-2004.
- Tabla 7.-** Evolución de los dispositivos de Salud Mental en Castilla-La Mancha 1983-2004.
- Tabla 8.-** Dispositivos asistenciales por provincias 1999-2004.
- Tabla 9.-** Profesionales por Provincias. 1999-2004.
- Tabla 10.-** Objetivos y Líneas de Acción que los desarrollan (síntesis).
- Tabla 11.-** Previsión Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de ALBACETE.
- Tabla 12.-** Previsión Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de CIUDAD REAL.
- Tabla 13.-** Previsión Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de CUENCA.
- Tabla 14.-** Previsión Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de GUADALAJARA.
- Tabla 15.-** Previsión Recursos Humanos por Dispositivos en la provincia de TOLEDO.
- Tabla 16.-** Previsión Recursos Humanos por Dispositivos. CASTILLA-LA MANCHA.
- Tabla 17.-** Cronograma de actuaciones.
- Tabla 18.-** Organismos con implicación principal en cada actuación.
- Gráfico 1.-** Pirámide de Población de Castilla-La Mancha 1996.
- Gráfico 2.-** Evolución del número de profesionales en los Centros de Salud Mental (ambulatorios) en Castilla-La Mancha, y previsiones del **PSM**.
- Gráfico 3.-** Evolución del número de plazas para enfermos mentales crónicos en dispositivos con internamiento en Castilla-La Mancha, y previsiones del **PSM**.
- Gráfico 4.-** Evolución del número de camas hospitalarias para enfermos mentales en Castilla-La Mancha, y previsiones del **PSM**.
- Gráfico 5.-** Evolución del número de plazas en Hospitales de Día para enfermos mentales en Castilla-La Mancha, y previsiones del **PSM**.
- Gráfico 6.-** Evolución del número de plazas para enfermos mentales en dispositivos de rehabilitación y inserción sociolaboral en Castilla-La Mancha, y previsiones del **PSM**.
- Gráfico 7.-** Evolución del número de plazas en vivienda alternativa para enfermos mentales en Castilla-La Mancha, y previsiones del **PSM**.

ANEXO IV. Glosario

Proyecto de Coordinación de Asistencia a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, de diciembre de 1984; primer documento riguroso de planificación asistencial en salud mental en nuestra región, elaborado por la Comisión de Estudios de Salud Mental de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, explícito y con clara orientación comunitaria.

Plan Regional de Salud Mental de Castilla-La Mancha, aprobado por Orden de la Consejería de Sanidad de 1 de junio de 1993; es el plan precedente, en el que se asientan las bases conceptuales de la asistencia en salud mental y se explicitan las directrices para concluir la Reforma Psiquiátrica en la región.

Una definición de **rehabilitar** es ‘restablecer la reputación’ (Merriam-Webster 1993). La **rehabilitación** psiquiátrica persigue incrementar la competencia de los pacientes en su entorno, con un abordaje ecléctico que estimule la autonomía (Anthony 1990).

Por **continuidad asistencial** se entiende un ‘proceso que implica un movimiento ordenado e ininterrumpido de pacientes entre los diversos elementos de un sistema de aporte de servicios’ (Bachrach 1982); lo que implica intervenciones y programas coordinados, colaboradores, y sobre todo que se complementen y no compitan.

Pueden referenciarse tres aspectos diferenciados relevantes de la continuidad asistencial (Harris y Bergman 1988): *la continuidad terapéutica* o mantenimiento de estrategias terapéuticas a lo largo del tiempo, *la continuidad de los cuidadores* que alude a la relación específica entre el paciente y los que le aportan el tratamiento, y *continuidad de la asistencia* o provisión de apoyo continuado a individuos vulnerables.

Calidad de vida representa el impacto de la enfermedad y de su tratamiento en el estado funcional de un paciente, tal como es percibido por el propio paciente (Schipper 1990).

El modelo de enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1980) consta de tres dimensiones:

1. **Deterioro** o pérdida de estructura y función derivado de la patología subyacente.
2. **Discapacidad** o disminución de la habilidad para llevar a cabo determinadas actividades, que deriva del deterioro asociado con el trastorno.
3. Minusvalía o **desventaja** derivada del deterioro y la incapacidad de la enfermedad, e incluye la estigmatización, la discriminación, las dificultades socioeconómicas, los problemas con respecto a la vivienda y las oportunidades laborales, y las otras desventajas relacionadas con ello.

ANEXO V. Relación nominal de los integrantes del Grupo de Expertos en Salud Mental

(creado por la Orden de la Consejería de Sanidad de 06/07/98, y modificaciones en la Orden de 20/01/99).

φ **Presidente:**

Roberto Sabrido Bermúdez. Jefe de Servicio de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad (de 06/07/98 a 29/07/99).

Ramón Sánchez Isidro. Jefe de Servicio de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad (de 01/09/ 99 a 11/01/00).

φ **Secretario y coordinador del Grupo de Expertos:**

Martín Lorenzo Vargas Aragón. Jefe de Sección de Asistencia Psiquiátrica. Consejería de Sanidad (de 06/07/98 a 12/10/98).

Jaime Angel Domper Tornil. Jefe de Sección de Asistencia Psiquiátrica. Consejería de Sanidad (de 26/11/ 98 a 11/01/00).

φ **Grupo de trabajo de salud mental infanto-juvenil:**

Dolores María Moreno Pardillo (coordinadora). Psiquiatra. USM I-J. Toledo.

Santiago Alonso Martín. Director Complejo Residencial Guadiana. Ciudad Real.

Javier Contreras González. Psicólogo. USM I-J. Ciudad Real.

Georgina Guerrero Becerra. Psiquiatra. USM I-J. Talavera de la Reina (Toledo).

Ana María Jiménez Pascual. Psiquiatra. USM I-J. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Virgilio Palacios Pérez. DUE. USM I-J. Albacete.

Rosa Pérez Utrilla. Trabajadora social. USM I-J. Toledo.

María del Carmen Romo Barrientos. Psicóloga. USM I-J. Talavera de la Reina (Toledo).

φ Grupo de trabajo de salud mental del adulto:

Guillermo Petersen Guitarte (coordinador). Psiquiatra. USM Hospital Provincial de la Misericordia. Toledo.

José Luis Santos Gómez (coordinador). Psiquiatra. USM Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

José Antonio Aldaz Armendáriz. Psicólogo. USM Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

María Victoria Cambroneró Julián. Psiquiatra. USM. Albacete.

Juan José Criado Álvarez. Técnico Superior. Consejería de Sanidad.

María Luz Fernández Marín. Médico. Instituto Provincial de Servicios Sociales. Cuenca.

Roberto Martín Ramírez. DUE. USM Hospital Provincial de la Misericordia. Toledo.

Eduardo Mirón Ortega. Psiquiatra. USM Valdepeñas (Ciudad Real).

Pedro Ortiz Ortiz. Representante usuarios. FEAFES-CLM. Albacete.

Carmen Pagador González de la Higuera. Psiquiatra. Servicios Sanitarios y Asistenciales de la Diputación de Ciudad Real.

Celia Penedo Cobo. Psicóloga. USM Hospital Provincial de la Misericordia. Toledo.

Carmelo Sierra López. Psicólogo. USM Albacete.

José Torres Consuegra. Médico. Centro de Salud de Corral de Calatrava (Ciudad Real).

Evangelina Villarubia Moreno. Trabajadora Social. USM Hospital Provincial de la Misericordia. Toledo.

φ Grupo de trabajo de salud mental del anciano:

María Isabel Sánchez Ayala (coordinadora). Psiquiatra. Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Antonio Carbonell Collar. Geriatra. Hospital Virgen del Valle. Toledo.

Blanca Escobar Medina. DUE-Psicóloga. Escuela de Enfermería de la Universidad de Castilla La-Mancha. Toledo.

Rodrigo Gutiérrez Fernández. Jefe de Servicio de Atención al Mayor. Consejería de Bienestar Social.

Luis Loira Simonetti. Psiquiatra. Instituto Provincial de Servicios Sociales. Cuenca.

Ramón Orueta Sánchez. Médico. Centro de Salud 'Sillería'. Toledo.

Encarnación Pérez Martínez. Técnico de Servicios Sociales. Residencia de la tercera edad 'Sagrado Corazón'. Cuenca.

φ Grupo de trabajo de atención a enfermos crónicos:

Diego Jiménez Morón (coordinador). Psiquiatra. Centro Regional de Salud Pública. Talavera de la Reina (Toledo).

María del Mar Soler Sánchez (coordinadora). Psiquiatra. USM-Hospital de Día. Guadalajara.

Santiago Barajas Martínez. Psicólogo. USM Centro Regional de Salud Pública. Talavera de la Reina (Toledo).

Fernando Carlos Carvajal Urueña. Trabajador Social. URR Alcohete. Yebes (Guadalajara).

María Jesús Gil Camacho. Psicólogo. Centro de Día- Asociación Vivir. Cuenca.

Juan Carlos Guillén Izquierdo. DUE. USM Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Carmen González García. Jefe Sección Alojamiento y Convivencia. Consejería Bienestar Social.

José Vicente Hernández Viadel. Psicólogo. Instituto Provincial de Servicios Sociales. Cuenca.

Carlos Martínez Rubio. Trabajador Social. Centro de Día- Asociación Vivir. Cuenca.

Gabriela Mateos-Aparicio Díaz. Trabajadora Social. USM-Hospital Nuestra Señora del Carmen. Ciudad Real.

Rita Moraga Ferrándiz. Trabajadora Social. URR Albacete.

María Begoña del Pozo Herraiz. Trabajadora Social. Instituto Provincial de Servicios Sociales. Cuenca.

Jesús Manuel Tejero González. Psicólogo. Consejería de Bienestar Social.

φ Grupo de trabajo de psiquiatría de enlace:

Mario Flores Peña (coordinador). Psiquiatra. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

Agustín Arcas Collado. DUE. Centro de Salud San Fernando. Cuenca.

Luis Beato Fernández. Psiquiatra. USM-Hospital Nuestra Señora del Carmen. Ciudad Real.

Pedro de Bernardo Barrio. Psiquiatra. USM I-J. Ciudad Real.

Daniel Olivares Zarco. Psiquiatra. Hospital General y Universitario. Guadalajara.

φ Grupo de trabajo de atención al alcoholismo y drogodependencias:

Lorenzo Chamorro García (coordinador). Psiquiatra. Hospital General y Universitario. Guadalajara.

María Ángeles Alonso Padilla. DUE. USM Centro Regional de Salud Pública. Talavera de la Reina (Toledo).

Carmen Beltrán Porter. Psiquiatra. USM Diputación. Cuenca.

Aurora Carretero García. Trabajadora Social. USM Albacete.

María Jesús Huéllamo Olite. DUE. USM I-J. Cuenca.

Miguel Angel Martín Rodríguez. Médico. EAD Centro Regional de Salud Pública. Talavera de la Reina (Toledo).

Pilar Ventas García. Técnico del Plan Regional de Drogas. Consejería de Sanidad.

φ Grupo de trabajo de atención al usuario:

Tomás de Haro de la Cruz (coordinador). Psiquiatra. USM Hospital Provincial de la Misericordia. Toledo.

Carmela Jiménez Rebollo. DUE. URR Alcohete. Guadalajara.

María Angustias Picazo Medina. Psicóloga. USM I-J. Cuenca.

Reyes del Pino Montes. DUE. USM Guadalajara.

Pedro Romero-Nieva Plata. Jefe de Sección de Régimen Jurídico. Consejería de Bienestar Social.

Bautista Sánchez Olivares. Representante usuarios. FEAFES-CLM. Guadalajara.

Pilar Villanueva Heras. Trabajadora Social. USM Diputación. Cuenca.

ANEXO VI. Previsiones de financiación del Plan de Salud Mental por parte de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (en mill. de pts.)

	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Diferencia 1999-2004	%diferencia 1999-2004	Acumulado 2000-2004
Unidades Salud Mental Infanto-Juveniles	230	240	260	270	280	300	70	30%	1350
Centros de Rehabilitación Psicosocio-Laboral/Centros de Día	58	100	200	300	400	500	442	762%	1500
Alcochete - Guadalajara	735	750	800	825	850	900	165	22%	4125
Talavera	320	340	360	380	400	430	110	34%	1910
Equipos de Atención a Drogodependientes	186	190	195	200	205	210	24	13%	1000
Otros programas	37	40	50	65	80	100	63	170%	335
Consejería de Sanidad	1566	1660	1865	2040	2215	2440	874	56%	10220
Vivienda	21	80	100	150	180	200	179	852%	710
Residencias Asistidas/ Psicogerítricas	39	50	60	80	100	120	81	208%	410
Reinserción Laboral (*)	0	50	100	150	200	250	250	---	750
Otros programas	25	28	---	---	---	---	---	---	28
Consejería de Bienestar Social	85	208	260	380	480	570	485	571%	1898
Ayuda empleo normalizado (*)	24	50	50	100	150	250	226	942%	600
Consejería de Industria y Trabajo	24	50	50	100	150	250	226	942%	600
JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA	1675	1918	2175	2520	2845	3260	1585	95%	12718

Fuente: Consejería de Sanidad

(*) La oferta de Reinserción Laboral y de Ayuda al Empleo Normalizado variarán en función de la demanda que se genere.

ANEXO VI. Previsiones de financiación del Plan de Salud Mental por parte de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (en miles de euros)

	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Diferencia 1999-2004	%diferencia 1999-2004	Acumulado 2000-2004
Unidades Salud Mental Infanto-Juveniles	1382	1442	1563	1623	1683	1803	421	30%	8114
Centros de Rehabilitación Psicosocio-Laboral/Centros de Día	349	601	1202	1803	2404	3005	2656	762%	9015
Alcofete - Guadalajara	4417	4508	4808	4958	5109	5409	992	22%	24792
Talavera	1923	2043	2164	2284	2404	2584	661	34%	11479
Equipos de Atención a Drogodependientes	1118	1142	1172	1202	1232	1262	144	13%	6010
Otros programas	222	240	301	391	481	601	379	170%	2013
Consejería de Sanidad	9412	9977	11209	12261	13312	14665	5253	56%	61423
Vivienda	126	481	601	902	1082	1202	1076	852%	4267
Residencias Asistidas/ Psicogeríatras	234	301	361	481	601	721	487	208%	2464
Reinserción Laboral (*)	0	301	601	902	1202	1503	1503	---	4508
Otros programas	150	168	---	---	---	---	---	---	168
Consejería de Bienestar Social	511	1250	1563	2284	2885	3426	2915	571%	11407
Ayuda empleo normalizado (*)	144	301	301	601	902	1503	1358	942%	3606
Consejería de Industria y Trabajo	144	301	301	601	902	1503	1358	942%	3606
JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA	10067	11527	13072	15146	17099	19593	9526	95%	76437

Fuente: Consejería de Sanidad

(*) La oferta de Reinserción Laboral y de Ayuda al Empleo Normalizado variarán en función de la demanda que se genere.

