

DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS A LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

OF PSYCHIATRIC HOSPITALS TO UNITS OF CLINICAL MANAGEMENT

Palabras Clave del Autor Salud Mental. Gestión Clínica. Participación ciudadana en Salud Mental. Roles profesionales. Terapia Ocupacional.

KEY WORDS: Mental Health. Clinical Management. Public Participation in Mental Health. Professional Roles. Occupational Therapy.

DECS: Salud Mental. Gestión Clínica. Participación ciudadana en Salud Mental. Roles profesionales. Terapia Ocupacional.

MESH Mental Health. Clinical Management. Public Participation in Mental Health. Professional Roles. Occupational Therapy



Emilia L. Navarrón Cuevas

Terapeuta Ocupacional de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental I. Hospital Virgen del Rocío

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Navarrón, E.: De los hospitales psiquiátricos a las unidades de gestión clínica. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [-fecha de la consulta-]; Vol 12, Supl10: p 67-208. Disponible en: <http://www.revistatog.com/supl10/num10/psiquiátricos.pdf>

Introducción

La transformación de los modelos de gestión sanitaria.

Yo estudié terapia ocupacional en la primera parte de los años 80 del pasado siglo, hace aproximadamente treinta años.

Los hospitales eran estructuras muy complejas con un área directiva dedicada a la gestión y otra área clínica dedicada a las tareas asistenciales. La relación entre los profesionales era muy jerarquizada, compartimentalizada.

La actividad sanitaria se llevaba a cabo, en gran medida, ajena a las contingencias sociales, ambientales, domésticas en las que los ciudadanos desarrollan sus vidas.

La terapia ocupacional en los espacio de rehabilitación, disponía de salas de entrenamiento e intervención donde se enfocaba la recuperación a través de la ocupación. Una práctica profesional con una base teórica basada en la autonomía, independencia, funcionalidad,

RESUMEN

Esta es una ponencia concebida para personas que están formándose como terapeutas ocupacionales. Un primer objetivo consiste en mostrar y resumir los profundos cambios que estamos presenciando en la Sanidad, en particular en lo que concierne a la Salud Mental y se realiza una aproximación a los nuevos modelos de gestión clínica. El segundo objetivo se centra en reflexionar sobre las repercusiones de estos cambios sobre los profesionales y las demandas que se generan sobre los mismos.

SUMMARY

This presentation is directed to the persons who are trained as occupational therapists. The primary objective is to describe and summarize the profound changes that we have experienced in health and especially in relation with mental health. Furthermore new patterns for the clinical management are described. The secondary objective concentrates in reflections about the consequences that these changes brought for the professionals and also the requirements created for themselves.

adaptación del entorno y, una práctica basada en la “derivación”, sin coordinación, con escaso contacto con familiares y cuidadores, en la que no era posible conocer, evaluar e intervenir de manera real sobre el espacio doméstico, educativo, laboral y relacional en el que las personas enfermas debían desarrollar sus roles ocupacionales.

En esa España que acababa de estrenar democracia y respiraba el optimismo de los cambios y la modernización, se estaba cocinando una transformación sanitaria sin precedentes que se plasmó en una Ley General de Sanidad en el año 1986. Ésta se acompañó de una reforma de la Psiquiatría asilar hacia la Salud Mental Comunitaria, que se inició con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985. Los Hospitales Psiquiátricos eran “instituciones totales”,

aisladas, segregadas, en las que se depositaba toda responsabilidad sanitaria, social, judicial de las personas asiladas. La reforma psiquiátrica perseguía dismantelar total o parcialmente estos espacios para llegar a constituir una red de servicios sanitarios de salud mental, integrados en la red sanitaria pública; y una red de servicios y programas que atendieran de manera comunitaria el conjunto de necesidades sociales, educativas, laborales, tutelares de esta población(1)(2)(3)(4)(5)(6).

Pues bien, justo cuando se estaban produciendo estos importantes cambios en la sanidad española, en Estados Unidos y Europa se introdujeron nuevos modelos de gestión clínica dirigidos en los primeros años a la reducción de costes, al aumento de la eficiencia (medicina gestionada). En la década de los ochenta, se evidenció la necesidad de introducir a los profesionales sanitarios –

especialmente médicos- en la toma de decisiones de la gestión puesto que de ellos se derivan importantes decisiones como la prescripción de medicamentos, uso de tecnologías sanitarias, entre otras. De esta manera, la Medicina Basada en Evidencias se unió a esta corriente y todos los modelos de gestión han compartido los objetivos de eficiencia y calidad (7). La medicina gestionada se trasladó desde EEUU a Reino Unido por Margaret Thatcher y fue el inicio de la privatización de servicios sanitarios y sociales siguiendo las directrices del Banco Mundial. En España, estas iniciativas se introdujeron en los años noventa con el Informe Abril (7)(8).

En 1998, el INSALUD presentó un Plan Estratégico bajo el lema «Mejorar lo que es de todos». En este plan se contempló:

- Una separación de las funciones de compra y provisión de servicios, mediante la creación de una dirección territorial en cada uno de los territorios dependientes de la entidad.
- Un modelo de organización de los centros para que elaborasen sus propios planes estratégicos y firmasen sus propios contratos programas con las Direcciones Provinciales.
- Unas directrices de organización para la Atención Primaria, con mayor autonomía teórica de gestión.
- Unas recomendaciones para potenciar el papel de la asistencia privada en la provisión de recursos.

El plan *introducía* criterios claramente empresariales con modificaciones de personalidad jurídica, contratos, compra, venta, cooperativas, competencia, pago por objetivos y potenciación de la medicina privada. Los incentivos se obtienen fundamentalmente con el ahorro en el consumo de recursos; se fomenta la competencia en detrimento de la colaboración.

Dos elementos fundamentales en estos nuevos modelos de gestión y relación de los centros con sus financiadores son el Contrato Programa y los Planes de Gestión. Con estos instrumentos se firma anualmente los objetivos de la unidad de gestión, la actividad contratada, los indicadores asistenciales y de calidad esperable y la actividad docente e investigadora. (8)

Existe una corriente liberalizadora que defiende el uso de las “leyes del mercado” para resolver los dilemas y problemas de la sanidad. Existen evidencias de los riesgos que conllevan la mercantilización de la salud como la desatención de personas con trastornos persistentes y graves, la ruptura de la red de servicios, el abaratamiento y precarización de los contratos, el copago de servicios, el incremento de salarios de altos directivos, entre otros.

Por estos motivos es tremendamente importante formar y concienciar a los profesionales sanitarios, a los usuarios, al tejido asociativo. Hemos de tomar conciencia de las características de los cambios, sus significados y consecuencias. Conscientes de la necesidad de buscar mecanismos para la gestión eficaz de una sanidad pública que garantice la universalidad y la equidad. Pueden desarrollarse servicios que se administren con Guías, Procedimientos, Planes objetivables, medibles, cuantificables a través de una organización horizontal, transparente y democrática.

Avances en los Servicios de Salud Mental.

Trabajamos en gran medida con personas que van a requerir atención sanitaria y social a lo largo de toda la vida. El sistema de atención y la red de servicios se configura en relación al tipo de sanidad existente en sus territorios, esto es, que dependan de empresas aseguradoras (EEUU), de seguros de enfermedad o mutuas (Holanda, Bélgica, Alemania) o dependan de un Sistema Nacional de Salud (Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Italia, España).

También la atención a este colectivo varía en la medida en que las instituciones psiquiátricas se han transformado. Desde el final de la II Guerra Mundial se ha producido un importante movimiento de desinstitucionalización. El modelo de Atención Comunitaria está incuestionadamente generalizado, aunque hay territorios que en las que perviven hospitales psiquiátricos humanizados y modernizados (Holanda, países francófonos, País Vasco, Cataluña) y otros donde se han sustituido por estructuras más pequeñas (Canadá. EEUU, Reino Unido, Italia; Madrid, Andalucía).

La Organización Mundial de la Salud publicó entre 1985 y 1990 informes en los que hacía balance de los procesos de desinstitutionalización en Europa en los que se evidenciaba una reducción los Hospitales Psiquiátricos con más de mil camas; el incremento de las Unidades en Hospitales Generales; el acercamiento de los servicios a la comunidad; el incremento del número y diversidad de profesionales; la diversificación de los servicios y los cambios legislativos en materia de ingresos involuntarios, reclusión, tutelas, ayudas, integración socio laboral entre otros (9)(10).

En el año 2005, 52 países subscribieron los llamados "acuerdos de Helsinki" a través de los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS (11). Establecían como prioridades:

- I. Concienciar de la importancia del bienestar mental.
- II. Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de salud mental y a sus familias para su activa implicación en todo este proceso.
- III. Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
- IV. Establecer la necesidad de profesionales competentes en las áreas citadas,
- V. Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental.

De este modo en el año 2005, La Unión Europea editó el llamado "*Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*", documento importantísimo, que marca las directrices para la acción entre los diferentes países de la Unión (12).

En nuestro país, El Sistema Nacional de Salud, estableció las directrices en materia de Salud Mental para el conjunto de los territorios para los años 2009-2013 (13).

A pesar del profundo cambio y evolución en materia de salud mental, un informe de este mismo año de la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), advierte del decrecimiento de la inversión en sanidad y, en especial, en salud mental aun en los países más desarrollados y la OMS en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 informa que “los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. El 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos. El número de profesionales sanitarios especializados y generales que se ocupan de la salud mental es manifiestamente insuficiente en los países de ingresos bajos y medios (14) (15).

La planificación y organización de los servicios sanitarios.

Como vimos en el apartado anterior, la planificación y organización de los servicios de salud mental en nuestro entorno se sustentan en las directrices marcadas por los Planes de Salud de organismos como la OMS, El Parlamento Europeo y en nuestro país el Ministerio de Sanidad. En este marco se insertan los diferentes Planes de Salud Mental en cada una de nuestras comunidades autónomas, tratando de establecer una escalera entre las Estrategias Globales y los Planes de Salud Mental del territorio.

La base científica para la planificación de los servicios públicos es, y debe ser, la epidemiología. La distribución poblacional de los trastornos mentales, la prevalencia, morbilidad atendida, efectividad de diferentes intervenciones, entre otros indicadores son los que marcan la planificación de servicios públicos en los que en general se ha dado prioridad a los trastornos de mayor gravedad y causante de mayor discapacidad. Aunque no es menos cierto que las consultas de Atención Primaria y de Unidades de Salud Mental Comunitaria (los primeros escalones en la atención), se copan con personas que padecen fundamentalmente en el espectro de ansiedad y depresión.

A pesar de las diferencias entre las comunidades autónomas, los distintos ritmos en la provisión de servicios y las divergencias administrativas, el esquema general de servicios que se han establecido responde a la siguiente clasificación:

- Mayor integración de Unidades de Hospitalización en Hospitales del Sistema Sanitario General, en las que van existiendo alternativas diferenciadas para adultos y población infanto-juvenil.
- Diversificación de dispositivos de orientación comunitaria y específicos como son unidades de rehabilitación psicosocial, comunidades terapéuticas, hospitales de día, unidades infanto-juveniles, entre otras.
- Algunos dispositivos de media estancia, para personas con patología refractaria, o personas con muchos años de institucionalización e importante deterioro en el funcionamiento personal y social.
- Recursos de apoyo social: residenciales, club sociales, programas formativo-laborales.
- Aumento del tejido asociativo y de las redes de apoyo.

La sanidad tiende a modelos descentralizados en los que las llamadas "Unidades de Gestión Clínica" representan un avance. A modo de ejemplo, en Andalucía, los cambios del modelo de gestión se introdujeron a través del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. El Plan prevé la organización de Unidades de Gestión Clínica en todo el mapa sanitario; fomentar la calidad de centros y profesionales introduciendo objetivos a través

de “contrato-programas” y “acuerdos de gestión” los centros y profesionales deben “acreditarse” mediante el Modelo de Acreditación de Andalucía los profesionales y centros han de atenerse al Plan del uso racional de la tecnología sanitaria y, de manera transversal, los programas y acciones deben contemplar el Plan de Seguridad del Paciente (16)(17).

En estos contextos de trabajo juega un papel fundamental la incorporación de las “evidencias científicas” como base para guiar la actividad sanitaria. Se trata de del empleo de las mejores prácticas en el cuidado y manejo de pacientes individuales. De este modo se llega a la confección y empleo de las Guías de Práctica Clínica (GPC) como el conjunto de directrices y recomendaciones sobre una modalidad de asistencia apropiada. GuíaSalud es un organismo del Sistema Nacional de Salud en el que participan las Comunidades Autónomas. Consta de un órgano de dirección, una red de colaboradores y una secretaría en las que se realizan labores técnicas y de gestión. En Salud Mental existen seis GPC. De este modo los clínicos disponen de una herramienta para la toma de decisiones y los pacientes pueden participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud (18).

En Andalucía, se ha dado un paso más en lo que concierne al trabajo gestión con criterios de calidad. Se ha llegado a la elaboración de los llamados “Procesos Asistenciales Integrados” (PAI). Se trata de 61 “protocolos” de actuación ante diferentes patologías. En Salud Mental se han definido tres PAI (PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones; PAI Trastorno de la Conducta Alimentaria; PAI Trastorno Mental Grave). Un proceso asistencial define los flujos de “entrada” y “salida” de una persona con una problemática concreta, o la de detección de una problemática, así como el conjunto de profesionales y servicios que se implican; sus objetivos y metodología; demoras; accesibilidad; la información pertinente, necesaria, obligatoria; la cartera de servicios y competencias de los distintos profesionales. De este modo disminuye la variabilidad en la respuesta sanitaria y se garantiza que todos los ciudadanos dispongan de una calidad asistencial garantizada. Los distintos dispositivos,

hasta ahora "islas", si no "feudos", con absoluta independencia y, en ocasiones "arbitrariedad" en el esquema de toma de decisiones sobre la intervención con una persona o colectivo, se transforma en un espacio de trabajo en red, en que la interdisciplinariedad y la coordinación toman un papel relevante. (19)

Estos cambios no dejan de crear controversias. Ningún cambio puede realizarse sin la motivación y empuje de los profesionales y, en este caso, aunque es un intento loable de modernizar y racionalizar las intervenciones en salud mental, no deja de ser menos cierto que introduce muchos conflictos: la burocratización, el incremento de tiempo para escribir y documentar, el aumento del conflicto al tener que coordinar y consensuar intervenciones, desconfianza y frustración con las evaluaciones profesionales y el reparto de incentivos, entre otras.

El papel de los usuarios.

Es conocido el papel fundamental que asociaciones de familiares y allegados de personas con trastorno mental grave han tenido en el impulso de la puesta en marcha de servicios sanitarios y sociales de mejor calidad, más transparentes, accesibles y participativos. El movimiento de usuarios ha sido más lento y se ha encontrado más trabas para su consolidación y empoderamiento. Lo que no cabe duda es que el papel de unos y otros en la planificación de servicios, en la formación y en la investigación es incuestionable, es imparable y es deseable, aunque por parte de los profesionales y del sistema gestor aun queden resistencias y falta de habilidades para incorporar esta colaboración de manera constructiva, sólida y perdurable.

En los Planes de Salud Mental existen líneas estratégicas dirigidas al empoderamiento del colectivo de personas afectadas y la lucha contra el estigma. En gran parte se estimulan la creación de Comités de Participación Ciudadana en la que se marcan objetivos y líneas de actuación (20) (21) (22).

Cambios en los profesionales.

Dentro del Sistema Sanitario, la Salud Mental es un área en la que en las últimas dos décadas se han incorporado un número importante de profesionales que han configurado equipos de trabajo multiprofesionales que, no sin ausencia de conflictos, han contribuido a introducir una cultura de equipo que comparte agendas y proyectos.

Nos encontramos en un escenario que obliga a la hiperespecialización. La gestión de los servicios obliga a una multitud de tareas más allá de la tradicional intervención asistencial. Tarea que se une a una medición del rendimiento y resultados. El profesional tiene que dominar las herramientas tecnológicas y el trabajo en redes implica un dominio de las relaciones interdisciplinarias.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS hace referencia a la evaluación de las competencias, las define como "la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las Buenas Prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean". La gestión por competencias está ligada a la evaluación del desempeño y a la retribución en función del cumplimiento de objetivos. (23)

Conclusiones.

El terapeuta ocupacional, como el resto de profesionales del campo de la salud mental, debe ser un profesional consciente del escenario de cambio social, económico, político en el que la Salud es un eje primordial en la Sociedad. La comprensión de las Organizaciones y sus modelos de gestión para la planificación de programas. Creo profundamente que no es un buen profesional el que no tiene conciencia y posicionamiento político y, en consecuencia, actúa y participa. En el pool de conocimientos se han de tenerse en cuenta técnicas y herramientas propias de la profesión, que han de someterse a una continua revisión y mejora. En nuestra profesión hemos de hacer un enorme esfuerzo por manejar las herramientas de la investigación para poder llevar a cabo una contribución sólida y fundamentada. En este

empeño creo que deben fortalecerse los vínculos entre las universidades y los profesionales. El terapeuta ocupacional aporta una visión de la persona que va más allá de la enfermedad y el síntoma ya que tradicionalmente ha estado unido a la consolidación de roles ocupacionales significativos desde lo personal y lo social.

En las Unidades de Gestión Clínica puede trabajar hacia programas transversales que permitan la intervención temprana para que las personas no pierdan sus vínculos sociales y de participación ciudadana; programas transversales que permitan que los usuarios de cada dispositivos de salud mental cuenten con un programa que les permita mantener sus habilidades para vivir en el hogar, para vincularse a la formación y al empleo, para mantener las relaciones sociales. Programas que favorezcan el trabajo con usuarios, asociaciones, escuelas y espacios sociales en general.

El terapeuta ocupacional ya no trabaja solo. Estimula la creación de grupos de reflexión y análisis para la planificación conjunta de programas de intervención y la organización de actividades formativas que generen mejoras de las competencias y los recursos requeridos.

En un número importante de las Unidades de Gestión Clínica en Andalucía, los Terapeutas Ocupacionales forman parte de grupos de mejora en los Planes Asistenciales Integrales, forman parte de Comisiones de Evaluación e Intervención, es un profesional obligatorio en la elaboración de los Planes Individuales de Intervención, trabaja con un equipo de monitores ocupacionales para organizar el Programa de Terapia Ocupacional del dispositivo, pero también forma parte de grupos de trabajo de terapia ocupacional de la UGC para la revisión y propuesta conjunta de programas y para elaborar planes anuales de formación. Por último, el Terapeuta Ocupacional aporta al sistema sanitario los puentes entre éste y la Comunidad en gran parte de sus programas e intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29 de abril de 1986).
2. Ernest Lluch. Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, abril 1985. [Internet] 1986 [01/10/2014]; 16. Disponible en:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=278>
3. Menéndez Osorio F. Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2005; 95:69-81.
4. Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.
5. García J, Espino, A, Lara L. La Psiquiatría en la España de final de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
6. Minué Lorenzo S, García Gutiérrez JF. *La gestión sanitaria en los países de nuestro entorno*. En: Gestión Clínica en Salud Mental. Asoc Esp Neuropsiq. 2009.
7. Desviat M, Moreno Pérez A. *Los servicios de Salud Mental en Europa, EEUU y Canadá*. En: Gestión Clínica en Salud Mental. Asoc Esp Neuropsiq. 2009.
8. Chicharro F, Uriarte JJ, Gisbert Aguilar C. Los nuevos modelos de gestión en la sanidad pública. Aspectos generales". En: Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Asoc Esp Neuropsiq. 2003.
9. Freeman H, Fryers T, Henderson J. Mental Health Services in Europe. 10 years in Copenhagen. WHO; 1985.
10. European Observatory on Health Care System. European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). Health Care System in Transition. Denmark, Copenhagen: WHO; 1990.
11. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Brussels [Internet] 2005 [03/10/2014]. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013. 2011 [10/10/2014]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
13. Focus on health. Making mental health count. 2014. Disponible en:

- <http://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>
14. World Health Organization. Plan de acción sobre Salud Mental. 2013-2020. Geneva [Internet]. 2013 [11/11/2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
 15. Ruiz Iglesia L. Claves para la gestión clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2004.
 16. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2005-2008. [Internet]. 2005 [10/12/2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad.pdf
 17. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Guías de prácticas clínicas. [Internet]. 2014 [10/12/2014]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica>
 18. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Procesos Asistenciales Integrados (PAI). 2014 [12/12/2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/indice_procesos_asistenciales?perfil=org
 19. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental 2008-2012, resumen ejecutivo. 2013 [20/11/2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_GestCal_SM_2
 20. Federación Española de Asociaciones de usuarios/as de Salud Mental. Proyectos y grupos de trabajo. 2014 [20/11/2014]. Disponible en: <http://www.enprimerapersona.org/actividades/participamos-con/>
 21. Fernández de Sevilla Otero, JP, San Pío Tendero, MJ. Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental. Madrid: Asoc Esp Neuropsiq; 2014.
 22. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29/05/2013).