



Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER

Definición de la Ruta Asistencial Integrada

Version	1.2
Autor	Instituto Nacional de Salud, Italia
Tarea	5.4
Fecha de entrega	30 Mayo 2026
Tipo de entregable	Reporte



Co-funded by
the European Union

This Joint Action is co-funded by the Health Programme of
the European Union under Grant Agreement No.
101162928

1. Propiedades del documento

Nombre del proyecto:	Mental Health Together
Acrónimo del proyecto	MENTOR
Número del proyecto:	1011622928
Tema:	Knowledge exchange report
Autor del documento:	Instituto Nacional de Salud, Roma, Italia
Periodo cubierto (duración):	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Historial de revisiones del documento

Versión	Fecha	Autores/colaboradores	Comentarios
1.0	18.11.2025	ISS	Primer borrador
1.1	29.01.2026	ISS/Estados miembros	Revisión
1.2	05.02.2026	ISS/ Estados miembros	Revisión
1.2.1	11.02.2026	ISS	Traducción
1.2.2	18.02.2026	BIOSISTEMAK, FRCB-IDIBAPS/HCB, ICO	Validación de la traducción
2.0	26.02.2026	Stakeholders/ISS/Member States	Versión final en Inglés
2.0	27.02.2026	ISS, BIOSISTEMAK, FRCB-IDIBAPS/HCB, ICO	Versión final en Español

1.2. Declaración de originalidad

El contenido del entregable es original y ha sido creado exclusivamente por los colaboradores del proyecto JA Mentor.

1.3 Tabla de contenido

1. Propiedades del documento.....	1
1.1. Historial de revisiones del documento.....	1
1.2. Declaración de originalidad	1
1.3 Tabla de contenido	2
1.4 Abreviaturas y siglas.....	4
2. Sobre el proyecto MENTOR	5
2.1. Propósito de este documento	6
2.2. Tarea 5.4.....	7
2.2.1. Descripción de la tarea.....	7
2.2.2. Estructura de la tarea.....	8
2.2.3. Preparación de la tarea.....	9
2.3. Contactos	9
2.3.1. Contacto del coordinador	9
2.3.2 Contribuidores principales y contactos de la Tarea 5.4.	9
D5.4.1. Informe de intercambio de conocimiento.....	11
3. Una vía europea de atención integrada con un enfoque centrado en la persona para promover la inclusión social y la calidad de vida de las personas con trastornos de salud mental.....	12
3.1. Premisa	12
3.2 Experiencias con la metodología del Presupuesto de Salud	14
3.3. Una aplicación europea del Presupuesto Personal de Salud.....	17
3.4. Transición de paquetes de servicios estandarizados a apoyos personalizados.....	18
4. COMPONENTES CLAVE de la vía integrada de atención	19
4.1. Equipo multiprofesional.....	19
Composición del equipo multiprofesional	20
4.2. Evaluación multidimensional y herramientas.....	21
<u>-PROGRAMACIÓN y CO-GESTIÓN</u> 4.2.1. Definición del Presupuesto Personal de Salud mediante un enfoque de COPROGRAMACIÓN y COGESTIÓN	22
4.3. Intervención personalizada e integrada.....	23
4.4. Definición del Presupuesto Personal de Salud	25

4.4.1. Desafíos en el desarrollo del Presupuesto Personal de Salud	26
4.5. Identificación del gestor de casos	27
4.5.1. Literatura reciente sobre el gestor de casos: funciones y roles clave	28
4.5.2. Funciones centrales del Gestor de Casos	28
4.6. Firma y seguimiento	29
4.6.1. Definición de los indicadores para el seguimiento del Presupuesto Personal de Salud o del estudio piloto europeo	29
5. FORMATO de la Ruta Integrada de Atención	30
Representante legal (si corresponde)	34
Gestor/a de casos (indicar rol profesional)	34
Equipo multidisciplinar	34
Proveedor del tercer sector	34
6. Bibliografía	35
7. Próximo paso: Implementación piloto y seguimiento de la ruta integrada de atención	36
7.1. Sinergias	36

1.4 Abreviaturas y siglas

EU	European Union / Unión Europea
JA	Joint Action / Acción Conjunta
MENTOR	Mental Health Together
PLE / PEV	People with Lived Experience / Personas con Experiencia Viva
WP	Work package / Paquete de trabajo

Listado de abreviaturas– WP5.4 participantes	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Italy)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud- Biosistemak
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia
FRCB- IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud
GENCAT	Departament de Salut - Generalitat de Catalunya
ICO	Institut Català d'Oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Lombardy Region	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	National Health Fund
PHC	State Institution Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine
PHCI	Primary Healthcare of the Capital Area

ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
RDS	Southern Region of Denmark
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias
SMS	Servicio Murciano de Salud
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca

2. Sobre el proyecto MENTOR

MENTOR tiene como objetivo promover la salud mental mediante el intercambio de experiencias a lo largo de un amplio espectro, desde iniciativas políticas hasta prácticas profesionales clínicas. Incorpora prácticas basadas en la evidencia y adapta iniciativas para lograr una sostenibilidad a largo plazo, mejorando la salud mental y el bienestar a nivel individual y poblacional.

Objetivos de MENTOR:

1. Garantizar una difusión eficiente de las actividades y resultados de MENTOR.
2. Promover la sostenibilidad y la implementación de los resultados de MENTOR en los distintos sistemas de atención a la salud mental de la región europea.
3. Reforzar la capacidad de alfabetización en salud mental mediante el desarrollo de recomendaciones políticas y herramientas de intervención dirigidas a grupos vulnerables y la lucha contra el estigma.
4. Contribuir a mejorar el acceso a prácticas basadas en la evidencia y a enfoques innovadores de monitoreo, promoción y prevención de la salud mental para gestionar las condiciones de salud mental en las comunidades.
5. Mejorar los sistemas de monitoreo de la salud mental para aumentar la concienciación sobre los problemas de salud mental, asegurar una detección más temprana de personas en riesgo y favorecer decisiones basadas en datos.
6. Reducir las desigualdades sociales en la población, especialmente entre personas con problemas de salud mental.

7. Impulsar métodos para evaluar e implementar enfoques de MHIAP a nivel nacional y regional.
8. Identificar intervenciones basadas en la evidencia para la promoción y prevención de problemas de salud mental en poblaciones vulnerables y generales.
9. Apoyar prácticas inclusivas y orientadas a la recuperación en la atención a personas con condiciones de salud mental.
10. Implementar enfoques personalizados e integrales para la salud mental.

2.1. Propósito de este documento

Este documento sirve como el informe de Intercambio de Conocimientos del entregable 5.4.2 “Definición de la vía integrada de atención” para la Acción Conjunta *Mental Health Together – MENTOR* Tarea 5.4. Basándose en los datos recopilados por el D.5.4.1 y presentados en el Informe de Intercambio de Conocimientos (disponible en el siguiente enlace: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), se detallarán los elementos esenciales de la vía integrada de atención en salud mental, involucrando:

1. a los miembros del equipo multidisciplinario responsables de la evaluación inicial;
2. las herramientas de evaluación y los cuestionarios para valorar los resultados clínicos y personales;
3. un formato estandarizado para la planificación y el seguimiento de las intervenciones integradas sociosanitarias.

El presente informe de Intercambio de Conocimientos incluye la información recopilada entre los Estados miembros involucrados en la tarea.

El borrador de este documento será publicado en la página web de la Acción Conjunta (Joint Action, JA). Se invitará a los actores clave (como centros clínicos de salud mental, personas con experiencia vivida, ONGs, municipios, etc.) a proporcionar comentarios y sugerencias. Todas las aportaciones serán revisadas por el Panel para su posible incorporación, lo que conducirá a la finalización del documento. El documento final será traducido a los diferentes idiomas europeos de los Estados miembros para garantizar una mayor accesibilidad y comprensión.

2.2. Tarea 5.4

2.2.1. Descripción de la tarea

Vía integrada de atención para promover la inclusión social y la calidad de vida de las personas con trastornos de salud mental.

La personalización es un elemento clave de las políticas sanitarias, tal como subraya la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se basa en la concepción de un sistema de atención sanitaria centrado en principios y derechos humanos, como la equidad, la participación, la autodeterminación y la no discriminación. Implica tratar a los pacientes desde una perspectiva centrada en la persona, escuchando sus necesidades y reconociendo sus capacidades y su libertad para decidir sobre su propia salud. Este enfoque permite que distintos sectores trabajen conjuntamente, utilizando los recursos disponibles y competencias diversas, para responder globalmente a las necesidades individuales.

La tarea 5.4 ayuda a los socios participantes a definir e implementar vías integradas de atención para personas con trastornos mentales dentro de sus países, y a elaborar recomendaciones para promover la integración sanitaria y social. Las políticas públicas, diversas fuentes de financiación, los servicios sanitarios, educativos y sociales, así como los diferentes recursos profesionales, colaborarán mediante una estrecha integración y cooperación. El objetivo de esta intervención sinérgica es la recuperación y la plena inclusión en la comunidad de las personas con trastornos de salud mental. A través de la metodología innovadora del presupuesto personal de salud, los servicios sanitarios y sociales trabajan conjuntamente para proporcionar intervenciones integradas en las siguientes cuatro áreas: salud, vivienda, inserción laboral y afectividad/sociabilidad/habilidades para la vida y las relaciones. Cada persona es acompañada mediante un proyecto individual a medida, diseñado acorde a sus necesidades y preferencias específicas, utilizando recursos públicos, privados y personales disponibles. El empoderamiento personal del individuo se garantiza mediante su participación plena y su consentimiento en todas las fases del proceso de negociación y toma de decisiones.

La disponibilidad o ausencia de recursos económicos y materiales (p. ej., vivienda, ingresos, pensión, salario, renta...) y recursos informales (titulación educativa, apoyo familiar, red social, habilidades personales...) se tiene en cuenta para definir las necesidades de la persona y su presupuesto personal de salud. Este último se define como el conjunto de recursos disponibles para el individuo y su contexto, y la lista de recursos e intervenciones

que los servicios integrados aseguran o proporcionan durante el proyecto personalizado. El proyecto se supervisa, evalúa periódicamente y se actualiza en consecuencia.

Durante la tarea, los datos e informaciones relativas a las políticas públicas y la organización de los servicios de salud mental se recogen de los países participantes y se analizan. Las personas con experiencia vivida participarán activamente en el equipo multidisciplinario que evalúa los datos recogidos y define los elementos clave de la vía integrada de atención sociosanitaria que se implementará en algunos Estados miembros.

El presupuesto personal de salud se ha probado hasta ahora en diferentes países, incluidos el Reino Unido, Bélgica, Dinamarca, Italia, Finlandia, Austria, Francia, Suecia, Alemania, Australia y los Estados Unidos, con distintos tipos de programas que varían en función de los criterios de inclusión relacionados con los servicios contratados o el grado de elección de la persona. El objetivo principal de la mayoría de los programas ha sido promover la autonomía y la vida independiente, mientras que otros programas se han centrado más en mejorar el sistema de atención de los cuidadores.

La tarea 5.4 coopera estrechamente con la tarea 5.3 para apoyar la implementación de este enfoque integrado, mediante la participación activa de los diferentes sectores de los sistemas de Salud Pública, Servicios Sociales y Educación. Los socios del proyecto transfieren la experiencia y los conocimientos adquiridos a otros Estados miembros mediante los siguientes cuatro resultados principales:

- Informe de intercambio de conocimientos (D.5.4.1), publicado en: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>
- Definición de la ICP (D.5.4.2) centrada en personas vulnerables, el presente informe;
- Guías y material de formación (D.5.4.3) dirigidos a los profesionales de salud mental;
- Recomendaciones políticas (D.5.4.4) destinadas a los responsables políticos nacionales.

2.2.2. Estructura de la tarea

La Tarea 5.4 de JA MENTOR consta de cuatro subtareas: Difusión y análisis de la encuesta (5.4.1), Definición de la vía integrada de atención (5.4.2), Implementación piloto y seguimiento de la vía integrada de atención (5.4.3), y Definición y difusión de políticas de salud mental basadas en la comunidad (5.4.4).

Asimismo, la Tarea 5.4 cuenta con un líder (Instituto Nacional de Salud, Italia), responsable de alcanzar los entregables y objetivos, así como de veintiún Estados miembros.

2.2.3. Preparación de la tarea

La Tarea 5.4 cuenta con una amplia cobertura geográfica en Europa (22 instituciones en 10 países): Chipre (SHSO-MHS), Dinamarca (RSD), Estonia (MOSA), Alemania, Islandia (PHCI), Italia (ISS, ProMIS, ASL de Turín, UNIMIB, Región de Lombardía), Polonia (NHF), Rumanía (NCMHFAD), España (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) y Ucrania (PHC)



Todos los países, excepto Islandia, Alemania y Dinamarca, participan activamente en el Paquete de Trabajo (WP) y, por lo tanto, proporcionan un análisis más detallado de la situación actual y de los desafíos relacionados.

Cada institución y país/región participante aporta conocimientos y experiencias valiosas y complementarias a la Tarea. Los socios poseen las competencias, cualificaciones y recursos necesarios para ejecutarla de manera eficaz. Asimismo, disponen de los mandatos legales y técnicos adecuados para implementar las actividades a nivel nacional.

2.3. Contactos

2.3.1. Contacto del coordinador

Nombre del contacto	Papel en el proyecto	E-mail
Maria Luisa Scattoni	Líder de la Tarea 5.4	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Contribuidores principales y contactos de la Tarea 5.4.

Nombre del contacto	Institución	E-mail
---------------------	-------------	--------



Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsim.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus
Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus
Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com
Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com
Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com

Silvia Matrai	FRCB- IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB- IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB- IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Senate of Bremen/Health Ministry	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	acgrau@iconcologia.net
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.1. Informe de intercambio de conocimiento

El presente informe de intercambio de conocimientos recopila el trabajo realizado durante el primer año de la Acción Conjunta MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) por un Panel compuesto por miembros de ministerios, organismos públicos, profesionales de la salud mental y del ámbito social, municipios y Personas con Experiencia Viva (PEV) de los Estados miembros.

3. Una vía europea de atención integrada con un enfoque centrado en la persona para promover la inclusión social y la calidad de vida de las personas con trastornos de salud mental

3.1. Premisa

La salud mental es un objetivo prioritario de las políticas y de la financiación europeas, ya que uno de los principales propósitos de un sistema sanitario moderno y eficaz es identificar las metodologías y herramientas más eficientes posibles.

Una adecuada gestión de los trastornos mentales graves también conlleva una reducción sustancial del impacto social y económico que estos trastornos imponen al sistema.

La evidencia científica demuestra la importancia de garantizar intervenciones adecuadas en el ámbito comunitario para las personas con trastornos mentales graves. Este enfoque previene hospitalizaciones e institucionalizaciones innecesarias, que a menudo no resultan resolutivas, especialmente cuando se prolongan en el tiempo. Para responder de manera eficaz a la complejidad de la atención en salud mental, es esencial crear condiciones estructurales y contextos innovadores que integren las políticas y los recursos sanitarios con los de los servicios sociales y comunitarios.

Desde esta perspectiva, la capacidad de una comunidad de proporcionar respuestas que integren las necesidades sanitarias con las educativas, laborales, habitacionales y de participación comunitaria resulta fundamental. Experimentar vías integradas y personalizadas de inclusión social para personas con trastornos mentales graves, frecuentemente marginadas en los mercados laboral, habitacional y sociocultural, es una prioridad.

En Europa, las intervenciones sociales y sanitarias integradas están reguladas por legislaciones y marcos estratégicos nacionales y regionales, que abarcan la asistencia a menores con trastornos neuropsiquiátricos, personas con trastornos mentales, discapacidades, adicciones, VIH/SIDA y trastornos del espectro autista. Se trata de derechos exigibles para los ciudadanos, orientados a recuperar y/o mantener y mejorar la autonomía individual, contrarrestar la institucionalización y la segregación, y evitar la transferencia de responsabilidades asistenciales a terceros, promoviendo la participación personal y comunitaria.

En los últimos años, ha aumentado el interés por experiencias de integración territorial desarrolladas mediante el modelo organizativo del “Presupuesto de Salud”, una de las

propuestas más avanzadas e innovadoras para integrar la atención sanitaria con los sistemas comunitarios en el ámbito de la salud mental en Europa.

El Presupuesto de Salud combina recursos económicos, profesionales, humanos y relacionales necesarios para favorecer contextos relacionales, familiares y sociales de apoyo que promuevan la inclusión social. Se trata de una herramienta generativa que sostiene Proyectos de Vida personalizados y que garantiza el derecho a la salud mediante intervenciones sociales y sanitarias altamente integradas y flexibles. El modelo también transforma la red de servicios, orientando la reasignación de recursos, contrarrestando nuevas formas de institucionalización e identificando oportunidades de inclusión socioeconómica y habitacional.

El modelo del Presupuesto de Salud se está ampliando actualmente en las regiones italianas, aunque de manera desigual, con experiencias que difieren en aspectos técnicos, profesionales y administrativos, métodos de financiación, volumen de experimentación y duración.

Su objetivo principal es promover y revitalizar la asistencia territorial en salud mental, adoptando la comunidad como marco de referencia, protegiendo los derechos humanos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental, fomentando una atención inclusiva y participativa siempre que sea posible, y mejorando la calidad y la seguridad de los servicios en beneficio de los pacientes, sus familias y los profesionales.

Las presentes directrices estratégicas pueden considerarse aplicables, con las adaptaciones específicas y ajustes oportunos, a todos los proyectos dirigidos a personas con necesidades sociales y sanitarias complejas, para quienes son adecuados los enfoques de empoderamiento y desarrollo.

Un ejemplo nacional desarrollado en Italia (Directrices estratégicas: Diseño del Presupuesto de Salud con un enfoque centrado en la persona – Propuesta de elementos calificadores), que proporciona orientación administrativa y operativa para la implementación del Presupuesto de Salud, ha sido traducido y publicado en el sitio web de JA MENTOR y está disponible en el siguiente enlace: <https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2 Experiencias con la metodología del Presupuesto de Salud

Para introducir el tema, se realizó una revisión de la literatura internacional y se recopiló documentación de las Regiones y Provincias Autónomas con el fin de identificar “Buenas Prácticas” en preparación para una Conferencia Nacional de Consenso.

La revisión sistemática de la literatura internacional identificó 29 publicaciones relacionadas con el Presupuesto de Salud en contextos de salud mental, tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa. Dicha revisión resumió la evidencia reciente sobre intervenciones, resultados y relación coste-efectividad del Presupuesto de Salud para personas con trastornos de salud mental.

De los 29 estudios internacionales seleccionados, que involucraron aproximadamente 11.541 usuarios, familiares y profesionales, once fueron realizados en el Reino Unido, once en Estados Unidos, seis en Italia y uno en Australia, entre abril de 2013 y septiembre de 2021.

Los estudios incluidos en la revisión sistemática presentan ciertas limitaciones que dificultan la generalización de los resultados. En primer lugar, la distribución de los países incluidos es representativa únicamente del mundo occidental. Además, comparar los Presupuestos de Salud entre países es complejo debido a las diferencias sustanciales en sus sistemas sanitarios. En segundo lugar, muchos estudios tienen tamaños muestrales reducidos, diseños predominantemente cualitativos, no utilizan herramientas validadas para medir resultados, y la calidad metodológica no siempre es satisfactoria. En tercer lugar, las muestras no siempre son representativas de la población estudiada y a menudo carecen de una descripción completa de los fenotipos clínicos. Finalmente, la información sobre los recursos económicos utilizados en el Presupuesto de Salud suele omitirse.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, pueden extraerse algunas conclusiones generales. Se han confirmado resultados positivos para las personas con trastornos mentales que utilizan el Presupuesto de Salud, especialmente en términos de elección del paciente y control sobre su propio proceso de recuperación. El uso del Presupuesto de Salud ha mostrado diversos beneficios, entre ellos: empoderamiento del usuario, mayor implicación de los actores clave, participación de proveedores y profesionales en la definición del presupuesto, y acceso oportuno y adecuado al tratamiento. Además, varios estudios señalan que los usuarios han expresado satisfacción con la implementación del Presupuesto de Salud.

Asimismo, en Italia, el Presupuesto de Salud ha mejorado los resultados clínicos, la calidad de vida, la inserción laboral remunerada y las experiencias de vida independiente, con efectos positivos que se extienden a la familia y a la red de apoyo. La evidencia ha demostrado también que el Presupuesto de Salud ha generado cambios significativos en la utilización de recursos y en los enfoques personalizados de intervención, con reducciones de costes tanto para las familias como para los Sistemas Nacionales de Salud.

Sin embargo, algunos estudios han señalado preocupaciones relacionadas con su aplicación. Las familias encuentran la gestión y los procedimientos del Presupuesto de Salud complejos y estresantes, así como su implementación junto a profesionales, lo que a veces les hace sentirse menos involucradas en la atención de sus seres queridos. En ciertos estudios, los profesionales percibieron la gestión del Presupuesto de Salud como una carga adicional en su trabajo.

El conjunto de experiencias ha puesto en evidencia prácticas y concepciones diversas del Presupuesto de Salud, que reflejan las culturas y necesidades de los contextos locales y los procesos desarrollados históricamente, especialmente en relación con el cierre de hospitales psiquiátricos. Sin embargo, de las experiencias analizadas ha surgido la necesidad de promover el modelo de Presupuesto de Salud para facilitar cambios organizativos transversales en los sistemas de bienestar.

Desde una perspectiva normativa, también se ha identificado la necesidad de coordinar e integrar las disposiciones del Código de Contratación Pública y del Código del Tercer Sector con prácticas administrativas capaces de alcanzar los objetivos del Presupuesto de Salud. Las prácticas sanitarias y sociales deben ser flexibles y permitir la reconfiguración de los servicios para mejorar la personalización, posibilitando evaluaciones de riesgo/beneficio y el uso innovador de recursos provenientes de los servicios y de la comunidad, situando a la persona en el centro.

Por lo tanto, es esencial definir procedimientos administrativos que permitan flexibilidad e innovación en la aplicación de este modelo. La estrategia del proyecto se orienta así a consolidar el Presupuesto de Salud dentro de las prácticas de los servicios, promoviendo su utilización y su adecuada aplicación a nivel regional.

La Acción Conjunta MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) tiene como objetivo promover la salud mental y el bienestar mediante el intercambio de experiencias en un amplio

espectro, que abarca desde iniciativas políticas hasta prácticas clínicas y profesionales. Incorpora prácticas basadas en la evidencia y las adapta para garantizar su sostenibilidad a largo plazo, con el objetivo de mejorar los resultados en salud mental tanto a nivel individual como poblacional.

En este marco, una tarea específica se centra en la Vía Integrada de Atención para Promover la Inclusión Social y la Calidad de Vida de las Personas con Trastornos de Salud Mental. Como parte de esta iniciativa, se elaboró el Informe de Intercambio de Conocimientos (disponible en: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>) con el objetivo principal de evaluar las necesidades de la población local, los servicios disponibles y las políticas pertinentes. Esta evaluación fue realizada por un Panel multidisciplinario compuesto por representantes de ministerios, agencias públicas, profesionales de salud mental y trabajo social, municipios y personas con experiencia vivida.

Las actividades que condujeron al informe comenzaron con una evaluación detallada de las necesidades, servicios y políticas relacionadas con la salud mental en los países y regiones participantes. El Panel, representando sectores públicos y privados, guió la revisión exhaustiva de marcos y servicios existentes para apoyar a las personas con Trastornos de Salud Mental.

Un componente clave del proceso fue el co-diseño de una encuesta, desarrollada colaborativamente por los socios. La encuesta tenía como objetivo recoger información clave en tres áreas principales:

1. Las necesidades, sugerencias y desafíos identificados por las poblaciones locales;
2. Las características de los servicios sociales y sanitarios dedicados a personas con Trastornos de Salud Mental;
3. Las políticas nacionales existentes relacionadas con las vías integradas de atención sociosanitaria.

Todos los participantes activos y observadores diseñaron y refinaron la “Encuesta para la Definición de una Vía Integrada de Atención para Promover la Inclusión Social y la Calidad de Vida de las Personas con Trastornos de Salud Mental”, elaborada en inglés y traducida al italiano, español, ucraniano y polaco.

La encuesta incluía las siguientes secciones:

- Parte 1 – Organización de los servicios sanitarios y sociales / sistemas de atención social y salud mental
- Parte 2 – Tipos de intervenciones ofertadas
- Parte 3 – Beneficios y mecanismos de financiación
- Parte 4 – Sistemas de información del sector sanitario y social
- Parte 5 – Presupuesto Personal de Salud: políticas nacionales y experiencias locales
- Parte 6 – Estructuración del Presupuesto Personal de Salud
- Parte 7 – Experiencias locales con el Presupuesto Personal de Salud y atención sociosanitaria integrada
- Parte 8 – Fortalezas y desafíos del sistema actual

En total, 401 participantes accedieron a la encuesta, de los cuales el 67 % (n = 268) la completó total o parcialmente. Las respuestas procedían de:

- 176 en Ucrania
- 39 en Italia
- 34 en España
- 12 en Polonia
- 1 en Estonia, Alemania, Rumanía y Letonia respectivamente

La evaluación de las necesidades, servicios y políticas de salud mental en los países y regiones participantes, junto con los resultados de la encuesta presentados en el Informe de Intercambio de Conocimientos, constituyeron la base para el presente documento.

3.3. Una aplicación europea del Presupuesto Personal de Salud

El Presupuesto Personal de Salud (PPS) es una metodología innovadora en la que los servicios sanitarios y sociales trabajan conjuntamente para ofrecer intervenciones integradas en las siguientes áreas:

- Afectividad / sociabilidad / habilidades de vida y relación
- Educación – formación – inserción laboral
- Vivienda

Cada persona es acompañada mediante un proyecto individual personalizado, diseñado de acuerdo con sus necesidades y preferencias específicas, utilizando los recursos públicos, personales y privados disponibles.

El empoderamiento personal debe ser promovido mediante la participación activa de la persona y su consentimiento informado en cada etapa, con el apoyo adecuado para garantizar una participación significativa en los casos en que la toma de decisiones resulte compleja.

3.4. Transición de paquetes de servicios estandarizados a apoyos personalizados

Las personas con condiciones de salud mental co-diseñan planes de atención centrados en la persona y orientados a la recuperación, y eligen los servicios alineados con sus necesidades, preferencias y objetivos de vida, con el apoyo de acciones coordinadas a nivel micro, meso y macro, promoviendo la autonomía y la inclusión comunitaria. Las acciones se diseñan para responder a las necesidades, preferencias y aspiraciones cambiantes de la persona, teniendo en cuenta su perfil funcional específico, su contexto ambiental y sus metas personales.

La integración de intervenciones clínicas, educativas, sociales y relacionales requiere coherencia entre los servicios y continuidad en el tiempo.

El Presupuesto Personal de Salud se configura como una herramienta dinámica que guía trayectorias personalizadas de atención, facilita la participación y promueve la autonomía y la calidad de vida a lo largo del curso de vida.

4. COMPONENTES CLAVE de la vía integrada de atención

A continuación, se presentan los elementos calificadores, todos los cuales deben coexistir para definir el Presupuesto Personal de Salud, junto con los elementos operativos, que incluyen los procedimientos administrativos adecuados y las herramientas correspondientes.

Estas dos áreas deben avanzar de manera complementaria y simultánea.

Para garantizar la coherencia del proceso y la plena implementación de los itinerarios del Presupuesto Personal de Salud, es necesario crear puntos de convergencia entre los componentes clínico-asistenciales y los componentes administrativos.

4.1. Equipo multiprofesional

El Presupuesto Personal de Salud se dirige a personas atendidas por la red de servicios territoriales de salud que presentan necesidades sociales y sanitarias complejas.¹ En el centro del Presupuesto de Salud se encuentra la persona, considerada dentro de su contexto comunitario y en toda la amplitud de sus recursos, necesidades sociosanitarias, relaciones y objetivos, a partir de los cuales puede ejercer su derecho a la autodeterminación.

El Presupuesto de Salud sostiene proyectos individualizados orientados a promover la permanencia de la persona en el hogar que elija, involucrando a diversos actores de la comunidad.

El Presupuesto de Salud es gestionado y coordinado públicamente para garantizar una verdadera integración sociosanitaria.

La solicitud para activar un Presupuesto de Salud, que puede ser iniciada también por la propia persona y/o su representante legal, debe ser presentada por un profesional sanitario, sociosanitario o de servicios sociales responsable del caso. Su finalidad es empoderar a la persona, garantizando plenamente sus derechos y fomentando sus responsabilidades cívicas. Los servicios de salud y los servicios sociales trabajan conjuntamente, en

¹ Las necesidades sociales y sanitarias complejas se refieren a situaciones en las que la gravedad clínica y/o la presencia de condiciones coexistentes se combinan con un funcionamiento deteriorado y vulnerabilidades sociales relevantes (por ejemplo, inestabilidad habitacional, desempleo, dificultades económicas, aislamiento social). Por lo tanto, la complejidad es multidimensional y requiere intervenciones coordinadas, multiprofesionales e intersectoriales.

consonancia con la normativa nacional y/o regional. Los servicios de salud garantizan la atención clínica y la continuidad del tratamiento, mientras que los servicios sociales aseguran el acceso a los derechos sociales, las prestaciones y los apoyos comunitarios. El equipo multiprofesional constituye el espacio operativo para la evaluación conjunta, la planificación compartida y el seguimiento. El/la gestor/a de casos coordina el proceso.

El componente social garantiza los derechos y deberes de ciudadanía, mientras que el componente sanitario garantiza el derecho a la salud; ambos contribuyen al derecho al empoderamiento.

Cada servicio actúa conforme a su normativa para ejecutar las intervenciones. El equipo socio-sanitario, compuesto al menos por un profesional sanitario, uno socio-sanitario y uno social, debe incluir las aportaciones de:

- la persona,
- un tutor/a o representante legal, según su mandato,
- otras personas significativas a petición de la persona.

Este planteamiento asegura que la persona participe activamente en la evaluación de necesidades y recursos y ejerza su derecho a la autodeterminación en la atención compartida y en la definición de su proyecto de vida, en el cual puede invertir conscientemente sus recursos, incluidos los económicos.

Composición del equipo multiprofesional

- Componente sanitario: al menos un profesional sanitario o socio-sanitario responsable de la atención de la persona, considerando posibles comorbilidades específicas.
- Componente social: un trabajador/a social de la Autoridad Local, junto con otros profesionales educativos o sociales implicados en el apoyo a la persona.

En la encuesta 5.4 de MENTOR, ante la pregunta *“¿Existe un equipo multiprofesional para evaluar el funcionamiento psicosocial y desarrollar el plan de atención?”*, la mayoría de los países respondió afirmativamente.

Los profesionales más frecuentemente incluidos fueron: psiquiatras, psicólogos/as, enfermeras/os, trabajadores/as sociales, médicos de atención primaria, terapeutas ocupacionales, terapeutas de rehabilitación, entre otros. El equipo multiprofesional debe

incluir al menos un profesional del componente sanitario y al menos uno del componente social.

Según el informe, los profesionales sugeridos para el componente sanitario incluyen: psiquiatra, psicólogo/a y enfermera/o; mientras que para el componente social se recomienda un/a trabajador/a social. La persona con un trastorno de salud mental debe ser SIEMPRE un miembro central del equipo y liderar las decisiones según sus preferencias; las personas cuidadoras participan solo si la persona así lo decide. La participación se garantiza mediante toma de decisiones compartida, planificación anticipada, autogestión con apoyo, y un enfoque centrado en la persona y orientado a la recuperación.

4.2. Evaluación multidimensional y herramientas

El enfoque de empoderamiento tiene como objetivo construir una relación de confianza para realizar una evaluación multiprofesional y multidimensional de las necesidades y recursos, y para definir el Presupuesto Personal de Salud. Esta evaluación debe llevarse a cabo mediante una relación y un diálogo directo con la persona, utilizando herramientas validadas y estandarizadas, y debe explorar todas las áreas siguientes:

- Área clínica
- Área del funcionamiento psicosocial
- Área de necesidades y recursos personales y comunitarios
- Área de calidad de vida

Tras el diagnóstico y la definición del plan de atención sanitaria, a cada persona se le debe ofrecer la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida, adaptado a todas las áreas relevantes.

Si la persona da su consentimiento, el profesional debe iniciar la definición del plan de atención y programar una reunión con la persona y con el equipo multiprofesional, compuesto por al menos un profesional sanitario y un profesional de servicios sociales. La Vía Integrada de Atención debe basarse en las preferencias de la persona. El proceso se inicia con la evaluación de la condición clínica y el perfil funcional. Posteriormente, el equipo multiprofesional debe evaluar las necesidades y preferencias de

la persona. Finalmente, el equipo debe definir las intervenciones en las áreas identificadas (salud, vivienda, formación/educación/empleo, aprendizaje/socialización/afectividad) y priorizadas por la persona. Además, la vía integrada debe reconocer que las crisis de salud mental pueden afectar a la familia y a la red social; por tanto, se seleccionarán intervenciones sociales destinadas a apoyar a la persona en la gestión de los roles familiares y sociales. Debe identificarse un gestor/a de casos (facilitador) y evaluarse los recursos personales y comunitarios de la persona, teniendo en cuenta el perfil clínico y los servicios disponibles en el país. En esta fase, puede establecerse el Presupuesto Personal de Salud.

4.2.1. Definición del Presupuesto Personal de Salud mediante un enfoque de COPROGRAMACIÓN y COGESTIÓN-PROGRAMACIÓN y CO-GESTIÓN

El grupo destinatario incluye a personas de 18 años o más, con la posibilidad de incluir a personas más jóvenes durante la fase de transición cuando ello sea solicitado y resulte necesario desde el punto de vista clínico y/o psicosocial.

La reunión del equipo multidisciplinar incluye a la persona con trastornos de salud mental para la evaluación de:

- condiciones clínicas,
- perfil de funcionamiento,
- calidad de vida.

Tras esta reunión, se inicia un proceso de planificación compartida, articulado en los siguientes pasos:

1. Comprender las necesidades y preferencias de la persona.
2. La persona solicita intervenciones en áreas específicas como salud, vivienda, formación/empleo, educación, socialización y afectividad.
3. Definir las intervenciones en las áreas seleccionadas por cada parte (cocreación).-creación).
4. Identificar los recursos personales y comunitarios disponibles.
5. Identificar al gestor/a de casos (facilitador) en el área de mayor relevancia.
6. Establecer y firmar el PPS (Presupuesto Personal de Salud).

Para apoyar tanto la evaluación como el proceso de planificación compartida, se utilizó un conjunto de herramientas estandarizadas. Las herramientas fueron seleccionadas para que fueran gratuitas, disponibles en varios idiomas siempre que fuera posible, y ya empleadas en la práctica clínica de los Estados miembros.

La literatura científica sugiere el uso de las siguientes herramientas para evaluar condiciones clínicas, salud mental y funcionamiento psicosocial (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS secure, HoNOS-ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+)

La literatura científica sugiere usar las siguientes herramientas para evaluar el funcionamiento global, la discapacidad y el deterioro funcional:

- GAF (Global Assessment of Functioning)

La literatura científica recomienda las siguientes herramientas para evaluar la calidad de vida:

- WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life) disponible en varios idiomas:

<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Intervención personalizada e integrada

Definir las intervenciones en las áreas seleccionadas o sugeridas para cada persona, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias individuales:

- Salud
- Vivienda
- Formación / Educación / Empleo
- Aprendizaje / Socialización / Afectividad

Se deben definir los objetivos principales de las intervenciones (a corto y largo plazo), los días/horarios, los profesionales implicados, los recursos disponibles y los indicadores para el seguimiento.

Las intervenciones enumeradas a continuación fueron identificadas principalmente a partir de la encuesta MENTOR 5.4

(Parte 2: Tipos de intervenciones proporcionadas), que mapeó las prácticas actuales en los Estados miembros y regiones participantes.

Los resultados de la encuesta fueron refinados mediante discusiones del panel y posteriormente organizados en los cuatro dominios del Presupuesto Personal de Salud (PPS).

Las intervenciones deben seleccionarse de la siguiente lista:

Intervención en salud	Intervención en vivienda	Intervención en formación/educación/empleo	Intervención en aprendizaje/socialización/afectividad
Terapia ambulatoria	Vivienda con apoyo o residencias asistidas	Servicios de apoyo ocupacional	Programas de empleo con apoyo
Atención psiquiátrica hospitalaria	Entrenamiento en habilidades para la vida independiente	Programas de formación profesional	Entrenamiento en habilidades sociales
Gestión/monitorización de la medicación	Programas de vivienda transicional	Inserción laboral y empleo	Apoyo a cuidadores
Intervención psicológica	Residencias de larga estancia	Talleres de desarrollo de habilidades	Asistencia en vivienda o modalidades de vida con apoyo
Terapia cultural y creativa	Asistencia de vivienda de emergencia	Programas de educación con apoyo	Grupos de apoyo entre pares
Apoyo psicológico	<i>Housing First</i>	Prácticas o aprendizajes con apoyo en salud mental	Programas de integración comunitaria
Hospital de día	Otros	Cooperativas y empresas sociales	Programas de autonomía personal
Programa comunitario de rehabilitación	—	Programas asociativos de ocio	Programas de bancos de tiempo o voluntariado

Promoción comunitaria de la salud mental	—	Programas de mentoría o job coaching	Programa cultural de base comunitaria
Monitorización de la salud física	—	Programas de transición para jóvenes	Otros
Servicio de intervención en crisis	—	Otros	—
Intervención familiar	—	—	—
Programas de prevención del suicidio	—	—	—
Intervenciones dirigidas a grupos específicos	—	—	—
Otros	—	—	—

El Presupuesto Personal de Salud integra el itinerario asistencial de la persona con su proyecto de vida.

A partir de la evaluación realizada en todas las áreas de intervención (vivienda/entorno de vida, educación/trabajo, socialización y aprendizaje/expresión/comunicación), se desarrolla de manera colaborativa con la persona un “Proyecto Terapéutico Rehabilitador Individualizado”, adaptado a sus necesidades y teniendo en cuenta sus preferencias.

El Proyecto Terapéutico Rehabilitador Individualizado define las acciones y objetivos para cada área y, como vía de atención orientada a la recuperación, evoluciona en paralelo al proyecto de vida de la persona.

4.4. Definición del Presupuesto Personal de Salud

Dado que existen diferentes formas de presentar los resultados, el equipo multiprofesional debe describir estas opciones y determinar el enfoque más adecuado para garantizar que

la persona reciba el máximo de beneficios y financiación. Los profesionales deben identificar los recursos disponibles en la comunidad y, si existen prestaciones específicas, proporcionar a la persona la información relevante. Junto con la persona, deben analizarse las barreras de acceso. Contar con un gestor de casos puede facilitar la solicitud de financiación, aunque puede resultar difícil para quienes primero necesitan saber cómo solicitar un gestor de casos.

El equipo multiprofesional está compuesto por un profesional de la salud de los Servicios de Salud Mental y un trabajador social del municipio.

El equipo debe:

- identificar los recursos disponibles (profesionales, personales, económicos, etc.);
- seleccionar las opciones más adecuadas con cada persona y facilitar el acceso a las mismas.

4.4.1. Desafíos en el desarrollo del Presupuesto Personal de Salud

Como se describe en el Informe de Intercambio de Conocimientos, los principales desafíos en el desarrollo de los Presupuestos Personales de Salud están estrechamente vinculados a las diferencias entre contextos, fuentes de financiación y sistemas sociosanitarios. En Italia y España, por ejemplo, los Presupuestos Personales de Salud deben funcionar en la intersección entre centros comunitarios de salud mental, servicios sociales y municipios locales, cada uno con sus propias normas y prioridades, lo que dificulta la coordinación entre los distintos entornos. Ucrania, Polonia, Rumanía y Letonia se enfrentan a una fragmentación similar, pero esta se ve agravada por infraestructuras comunitarias más débiles, por lo que los Presupuestos Personales de Salud deben conectar servicios hospitalarios, sistemas de atención social poco desarrollados y, a menudo, apoyo familiar informal.

También difieren las fuentes de financiación: en algunas áreas de Italia y España, los recursos provienen principalmente de los presupuestos sanitarios regionales y de los municipios, mientras que en países como Polonia, Rumanía o Ucrania deben combinarse prestaciones sociales, pensiones por discapacidad y fondos puntuales de proyectos, lo que genera incertidumbre e inequidad en el acceso. Alemania y Estonia ilustran otro nivel de complejidad, donde los Presupuestos Personales de Salud (o herramientas análogas) deben

encajar en sistemas basados en gran medida en seguros de salud y esquemas de seguros sociales separados, lo que requiere acuerdos entre aseguradoras, servicios sociales y autoridades locales.

En conjunto, en Ucrania, Italia, España, Polonia, Estonia, Alemania, Letonia y Rumanía, los Presupuestos Personales de Salud se ven desafiados no tanto por la idea en sí, sino por la necesidad de conectar entornos de servicios muy diferentes, conciliar múltiples y a veces inestables fuentes de financiación y navegar entre diversos sistemas de protección sanitaria y social que abarcan desde modelos públicos financiados por impuestos hasta modelos basados en seguros.

JA MENTOR promoverá la comparación entre países para identificar soluciones de implementación transferibles entre países o regiones con sistemas de salud y protección social similares, produciendo opciones prácticas que puedan apoyar a otros países en la ampliación de los Presupuestos Personales de Salud.

4.5. Identificación del gestor de casos

Para que el Presupuesto de Salud se vuelva operativo, se requiere consentimiento, el cual se expresa mediante un acuerdo firmado por la persona, donde se detallan los objetivos y los compromisos de todas las partes involucradas. Este acuerdo constituye una parte integral del Presupuesto de Salud.

Durante la fase de implementación, el Presupuesto de Salud debe ser monitorizado y revisado constantemente por el equipo sociosanitario, al menos una vez al año, con la participación activa de la persona. Este proceso de seguimiento y revisión es coordinado por el Gestor de Casos designado durante la fase de planificación. En la revisión también se consideran los indicadores de resultado.

Para posibilitar la aplicación del Presupuesto de Salud y garantizar la calidad del proceso, facilitando al mismo tiempo su adopción en todos los territorios, es esencial definir un plan estratégico amplio y generalizado basado en los elementos calificadores y operativos acordados por el Grupo de Trabajo. Este plan debe incluir, además, una recopilación adecuada de información estratégica esencial.

Más concretamente, es necesario compartir el documento estratégico que contiene las directrices mediante un acuerdo formal en la Conferencia Unificada, con el compromiso de

las Regiones y Provincias Autónomas de adoptar su contenido a través de sus propias medidas y/o planes de implementación. Asimismo, debe establecerse un sistema nacional de monitorización periódica, con métodos estructurados de aplicación que utilicen indicadores de calidad del proceso y de resultados en términos de calidad de vida.

- a) Designado dentro del ámbito en el que se concentran la mayoría de las intervenciones (sanitario o social).
- b) Define claramente su función informando a la persona sobre las prestaciones disponibles y facilitando su acceso, utilizando un enfoque de Entrevista Motivacional para fomentar la implicación y la participación activa.

4.5.1. Literatura reciente sobre el gestor de casos: funciones y roles clave

Los gestores de casos proporcionan una variedad de apoyos, incluidos apoyo relacional, consistencia, validación, conexión social, ayuda en las actividades de la vida diaria y asistencia laboral. Estos apoyos se adaptan a las necesidades específicas de las personas usuarias de los servicios de salud mental, poniendo énfasis en la construcción de la relación, la afirmación y la implicación constante como funciones centrales (Fitzgerald et al., 2024). También actúan como coordinadores de servicios, ayudando a las personas a navegar sistemas complejos para acceder a vivienda, prestaciones, atención sanitaria y apoyo social, trabajando a menudo en entornos comunitarios (Kim et al., 2020).

4.5.2. Funciones centrales del Gestor de Casos

Los gestores de casos para personas con necesidades de salud mental son responsables de una serie de actividades de apoyo, entre ellas:

- Coordinar la implementación del plan de atención entre los servicios de salud, sociales y comunitarios para garantizar que las personas reciban un apoyo adecuado y oportuno.
- Construir relaciones terapéuticas que fomenten la confianza, la validación y la afirmación, elementos fundamentales para la implicación y la recuperación.

- Actuar como defensores de las necesidades de la persona, incluyendo el acceso a vivienda, ayudas económicas y servicios sociales, y apoyándola en la navegación de sistemas complejos.
- Proporcionar apoyo práctico y emocional, como asistencia en las actividades de la vida diaria, apoyo laboral y conexión social.
- Supervisar y evaluar las necesidades, identificando cambios en el estado de salud mental y derivando a servicios especializados cuando sea necesario.
- Promover la autonomía y la recuperación, empoderando a la persona para participar en la planificación de su atención y apoyando su independencia.

4.6. Firma y seguimiento

4.6.1. Definición de los indicadores para el seguimiento del Presupuesto Personal de Salud o del estudio piloto europeo

Estos indicadores se recogen en los siguientes puntos temporales:

- T0 (evaluación basal): en el momento del ingreso o inicio del tratamiento
- T1 (seguimiento): en el momento del alta o tras un período de seguimiento predefinido (por ejemplo, 6 o 12 meses después de T0)

1. Número y duración total de los Tratamientos Médicos Obligatorios / Internamientos Involuntarios

2. Número y duración total de las hospitalizaciones

3. Resultados clínicos y funcionales

4. Instrumentos de evaluación según la edad:

- Adultos (>18 años): HoNOS, GAF, WHOQoL-BREF
- Niños y adolescentes (<18 años): HoNOSCA

5. Periodo de exposición al tratamiento

6. Tipo de intervención e intensidad del tratamiento (horas/días)

5. FORMATO de la Ruta Integrada de Atención

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE LA PRIMERA VISITA _____ FECHA DE LA ÚLTIMA
EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO _____

Códigos de diagnóstico ICD _____

NIVEL DE SEVERIDAD

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Fecha de cumplimentación: _____

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE INICIO: desde la aprobación _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

NIVEL DE INTENSIDAD:

ACTORES CO-GESTORES IDENTIFICADOS:

REVISIONES: trimestral _____ semestral _____ otra _____

FICHA DE DATOS PERSONALES	
Lugar y fecha de nacimiento	
Género	
Nacionalidad	
Dirección de residencia (indicar si es residencia)	
Número de teléfono	
Correo electrónico	
DATOS DEMOGRÁFICOS	
Reconocimiento de invalidez civil y %	
Evaluación del estado de discapacidad	
Nivel educativo	
Empleo	
Otros datos relevantes	
RECURSOS	

Pensión/pensión por discapacidad	
Prestación por dependencia	
Medios de transporte utilizados	
Otras fuentes de ingresos (tipo/importe)	

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

MIEMBROS DE LA FAMILIA / PERSONAS DE REFERENCIA			
NOMBRE	APELLIDO	TIPO DE RELACIÓN	CONVIVENCIA sí/no

HISTORIAL DE SALUD / ENFERMEDAD / MALESTAR	
Ingreso (fecha y Servicio)	
Historial familiar	
Historial personal	
Intervenciones sanitarias previas	
Intervenciones sociales previas	

CUIDADO PERSONAL		
Aspectos a evaluar	Descripción de la situación encontrada	Necesidades prioritarias
<i>Ejemplo</i>	<i>adhesión, rechazo del tratamiento, adhesión parcial o completa, no aplicable</i>	
Adhesión al tratamiento farmacológico		
Adhesión al plan terapéutico		

DIAGNÓSTICO	ICD-10	DESCRIPCIÓN ICD-10
Diagnóstico principal		
Diagnóstico secundario		

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

EVALUACIÓN		
Test <i>(p. ej., HONOS, GAF, WHOQoL BREF)</i>	Fecha de administración	Resultados <i>(puntuajes totales y subescalas, si disponibles)</i>

Breve descripción: _____

EVALUACIÓN DE NECESIDADES PRIORITARIAS EN CADA ÁREA

ASPECTOS A EVALUAR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	NECESIDADES PRIORITARIAS	
Salud			
Ejemplo	adherencia a terapia farmacológica	Inestabilidad en la adherencia a antipsicóticos	Monitorización de la medicación y posibles efectos secundarios
1a			
2a			
3a			
Aprendizaje / Socialización / Afectividad			
Ejemplo	interacción social	Aislamiento social	Desarrollo de relaciones significativas
1b			
2b			
3b			
Formación / Educación / Empleo			
Ejemplo	empleo	Prácticas con baja satisfacción percibida	Oportunidades laborales significativas
1c			
2c			
3c			
Vivienda			
Ejemplo	vida independiente	Vive con padres poco colaborativos	Vida independiente
1d			
2d			

3d

RESUMEN, OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN CO-GESTIONADA

a. Área de salud

Calendario de tratamiento (días/horas)	Profesionales implicados (p. ej., psiquiatra, psicólogo, enfermero/a, trabajador social)	Recursos disponibles	Objetivos a medio plazo (hasta 6 meses)	Indicadores del proceso	Objetivos a largo plazo (6-12 meses)
--	--	----------------------	---	-------------------------	--------------------------------------

1b

2b

3b

b. Área de Aprendizaje / Socialización / Afectividad

Calendario de tratamiento (días/horas)	Profesionales implicados (p. ej., psiquiatra, psicólogo, enfermero/a, trabajador social)	Recursos disponibles	Objetivos a medio plazo (hasta 6 meses)	Indicadores del proceso	Objetivos a largo plazo (6-12 meses)
--	--	----------------------	---	-------------------------	--------------------------------------

1b

2b

3b

c. Área de Formación / Educación / Empleo

Calendario de tratamiento (días/horas)	Profesionales implicados (p. ej., psiquiatra, psicólogo, enfermero/a, trabajador social)	Recursos disponibles	Objetivos a medio plazo (hasta 6 meses)	Indicadores del proceso	Objetivos a largo plazo (6-12 meses)
--	--	----------------------	---	-------------------------	--------------------------------------

1b

2b

3b

d. Área de la vivienda

Calendario de tratamiento (días/horas)	Profesionales implicados (p. ej., psiquiatra, psicólogo, enfermero/a, trabajador social)	Recursos disponibles	Objetivos a medio plazo (hasta 6 meses)	Indicadores del proceso	Objetivos a largo plazo (6-12 meses)
--	--	----------------------	---	-------------------------	--------------------------------------

trabajador social)	
1b	
2b	
3b	

INTERVENCIONES

Acciones planificadas	DESDE..... HASTA.....	Recursos humanos y nivel de intensidad (horas mensuales totales)	Coste mensual de la intervención

FIRMAS

Rol	Nombre y apellido	Firma
Beneficiario / Titular del proyecto		
<i>Representante legal (si corresponde)</i>		

Rol	Nombre y apellido	Firma
Padre/madre		
Tutor		
Administrador de apoyo		
Otro (especificar: _____)		

Gestor/a de casos (indicar rol profesional)

Rol profesional	Nombre y apellido	Firma
Gestor/a de casos (rol: _____)		

Equipo multidisciplinar

Rol profesional	Nombre y apellido	Firma
Psiquiatra		
Psicólogo/a		
Trabajador/a social		
Enfermero/a		
Terapeuta ocupacional / Educador/a		
Otro (especificar: _____)		

Proveedor del tercer sector

Rol	Nombre y apellido	Firma
Nombre de la organización		



Rol	Nombre y apellido	Firma
Representante legal	_____	_____

Fecha, _____

6. Bibliografía

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Próximo paso: Implementación piloto y seguimiento de la ruta integrada de atención

A partir de los datos recopilados en el D.5.4.1, se detallarán los elementos esenciales de la ruta integrada de atención en salud mental (SM), implicando:

1. a los miembros del equipo multidisciplinar para la evaluación inicial;
2. las herramientas y cuestionarios de evaluación para medir los resultados clínicos y personales;
3. un formato estandarizado para la planificación y el seguimiento de las intervenciones sociosanitarias integradas.

El documento definido se publicará en la página web de la Acción Conjunta para invitar a recibir comentarios y sugerencias de los actores implicados, como centros clínicos de salud mental, personas con experiencia vivida (PEV), ONGs, municipios, entre otros.

Todos los comentarios serán revisados por el Panel para posibles modificaciones, lo que llevará a la finalización del documento.

El documento finalizado será traducido a los distintos idiomas europeos para garantizar una mayor accesibilidad y comprensión.

7.1. Sinergias

El desarrollo colaborativo de la Definición de una Ruta Integrada de Atención (Subtarea 5.4.2) ha generado valiosas sinergias entre los socios del proyecto y los actores externos.

1. Intercambio de buenas prácticas entre países
Las reuniones quincenales y los debates continuos han facilitado el intercambio de políticas nacionales y regionales, directrices y estrategias relacionadas con la atención integrada en salud mental. Esto ha reforzado el aprendizaje mutuo y ha enriquecido el contenido de la encuesta con perspectivas diversas, garantizando su pertinencia en distintos sistemas sanitarios.

- Colaboración interdisciplinar

-

La participación de Ministerios, organismos públicos, servicios de salud mental, sectores de bienestar social y empleo, personas con experiencia vivida, así como organizaciones del tercer sector (ONGs, grupos de voluntariado y entidades sin ánimo de lucro), ha fortalecido un enfoque multisectorial.

2. Redes fortalecidas para acciones futuras

El proceso de difusión de la encuesta ha reforzado las conexiones entre diferentes instituciones y actores, sentando las bases para futuras colaboraciones más allá del alcance inicial del proyecto. Se espera que estas relaciones faciliten próximas iniciativas conjuntas, desarrollos políticos y actividades de investigación sobre rutas integradas de atención y estrategias de inclusión social.

- Alineación con marcos políticos y de investigación
Los datos recopilados contribuyen no solo a los entregables del proyecto, sino también a los debates europeos y nacionales en torno a la mejora de los servicios de salud mental, la inclusión social y los modelos de atención integrada. El conocimiento generado mediante esta iniciativa se alinea con los marcos existentes de la UE y sirve como referencia para futuras recomendaciones de investigación y políticas.

Estas sinergias, tanto previstas como imprevistas, han reforzado el impacto global del proyecto, promoviendo un enfoque coordinado y sostenible de la atención en salud mental a nivel regional, nacional y europeo.



Definición de la Ruta Asistencial Integrada

Autor	Instituto Nacional de Salud, Italia
Tarea	5.4
Fecha de entrega	30 Mayo 2026
Contacto líder de Tarea 5.4	Marialuisa.Scattoni@iss.it



Co-funded by
the European Union

This Joint Action is co-funded by the Health
Programme of the European Union under Grant
Agreement No. 101162928

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or European Health and Digital Executive Agency (HaDEA). Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.