

LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL EN EUSKADI

José Antonio de la Rica

“Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión.

Los trastornos mentales son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen. Además de la discapacidad y mortalidad prematura por suicidio que a veces originan, tienden también a producir el aislamiento social de quienes los padecen.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades.”

La visión general de la salud mental, pese a la contundencia de los datos objetivos en cuanto a prevalencia, incidencia y morbimortalidad, sufre un suerte de distorsión conceptual caracterizada precisamente por el progresivo alejamiento de los datos, que nos hablan de trastornos mentales, hacia situaciones inespecíficas que tienen que ver con los que se identifican como “problemas de salud mental” en un contexto indiferenciado y sociológico.

Para entender esta distorsión, centrada en la evolución de los discursos sociales, hay que atender a la conceptualización de la enfermedad mental y a tres giros significativos que han acontecido principalmente a lo largo del siglo XX.

El primero de los giros arranca en el principio de siglo y en el ámbito de la confluencia de diversos factores científicos, filosóficos, sociales, políticos y sobre todo morales. El pensamiento emergente de esta confluencia cuestiona la formulación que se hacía de la locura como entidad indeterminada, con connotaciones morales y una evolución irreversible y peligrosa para el sujeto y su entorno. La actuación ante estas circunstancias había sido sistemáticamente el aislamiento y el aislamiento de las personas que portaban dicha condición. La evolución del pensamiento social y los hallazgos científicos van progresivamente ubicando estos estados “morales” en el modelo de enfermedad y por lo tanto susceptible de un abordaje médico y de cuidados asociado a la existencia de una patología.

Esta evolución marcó la transformación de los asilos como entidades de custodia y aislamiento en hospitales psiquiátricos o manicomios, sin transformar su política de internamientos pero con una nueva perspectiva en la que el diagnóstico clínico y social abría posibilidades de retorno a la comunidad y de solución de los problemas derivados a través del tratamiento físico, psíquico e institucional.

El siguiente giro acontece en el década de los 60-70 por los avances en los tratamientos farmacológicos y psicológicos, en el registro científico, y por los movimiento contraculturales, en el social, que cuestionan la idoneidad del marco institucional para el tratamiento de los trastornos mentales y plantean el modelo comunitario como referencia asistencial universal postulando la asistencia en la comunidad como requisito indispensable para el abordaje normalizado, curativo y desestigmatizante.

El elemento más definitorio de esta transición está en el cierre de los hospitales psiquiátricos, la ubicación de los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental en la comunidad y el retorno de las personas internadas a la comunidad con las tensiones, oportunidades y dramas que todos conocemos y sobre todo con la visualización de las reivindicaciones de las personas con enfermedad mental como personas con igualdad de derechos respecto a la población sana.

El tercer giro se da a finales del siglo pasado y principios de nuestro siglo con la emergencia del modelo de recuperación como alma del modelo comunitario, no solo es la ubicación de los recursos la que cambia sino también el modelo de relación entre las personas con un trastorno mental y los profesionales que les atienden. Se amplía no solo el campo conceptual sino que debe cambiar el ámbito organizativo y prestacional.

Este último giro aún no ha concluido, de hecho seguimos en una confluencia lenta de los tres, dentro de la dinámica de la evolución social y científica de los modelos, las políticas y los discursos sociales.

Podemos seguir perfectamente esta deriva en el contexto histórico de la Asistencia psiquiátrica y la salud mental con la evolución de los modelos organizativos y asistenciales en Euskadi.

No hay que ser muy mayor para haber vivido en primera persona la emergencia de estos cambios conceptuales y también la modernidad y capacidad visionaria que el pensamiento estratégico ha tenido en Euskadi.

Haciendo un brevísimo repaso histórico localizamos el primer giro con la creación de hospitales psiquiátricos en la geografía vasca, algunos de ellos centenarios y en los que, en la más pura visión asilar, se generaban internamientos indefinidos y vidas truncadas. Estos hospitales, tres en Bizkaia, uno en Araba y tres en Gipuzkoa, con miles de camas, no fueron ajenos a los cambios culturales que después de la segunda guerra mundial acontecían en Europa y en ellos se fue gestando tanto la desinstitucionalización como el germen de lo que posteriormente sería el modelo comunitario. A pesar de todo, su dependencia de las Diputaciones forales y de Órdenes religiosas no los ubicaba en el ámbito sanitario sino en el de la beneficencia, marcando el estilo de los mismos.

Hay tres hitos significativos y fundacionales que predeterminan y catalizan lo que posteriormente ha sido la asistencia psiquiátrica en Euskadi hasta nuestros días.

La publicación en el año 1983 del **Plan de asistencia psiquiátrica y Salud mental de Euskadi**, que con la dirección del Profesor Julián de Ajuriaguerra, prestigioso psiquiatra infantil vasco con ejercicio profesional en Suiza, coordina un grupo de profesionales que redactan un documento en el que se asienta, bajo el concepto de la psiquiatría comunitaria, la transición del modelo manicomial al modelo comunitario. Este Plan, previo al informe de la comisión para la Reforma psiquiátrica en España, publicado en año 1986, es pionero en determinados conceptos de una modernidad evidente como la necesidad de criterios de sectorización, la aportación de una financiación suficiente, un dirección/coordiación única de carácter estratégico, la integración de la salud mental con el resto de recursos de salud y en un ámbito concreto la reducción de camas en hospitales psiquiátricos, el fomento de la externalización con programas multidisciplinares de rehabilitación o el reciclaje y formación de profesionales.

El segundo hito en esta línea fue la **integración de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental dentro de la estructura del servicio vasco de salud – Osakidetza en el año 1986**, que a través de los tres programas de adulto, infantojuvenil y adicciones, marca una línea de no retorno.

El tercer hito lo constituye la aprobación de la **ley 14/1986 general de sanidad** que en su capítulo tres, recoge las conclusiones del informe de sobre la reforma psiquiátrica y establece el ámbito comunitario como preferente en la prestación de la asistencia psiquiátrica con la atención hospitalaria dentro de la estructura de los hospitales generales: Los servicios de psiquiatría.

No obstante hay que hacer mención a que, a pesar de estos elementos estratégicos, hay fuerzas históricas centrifugas que han orientado de forma evidente la deriva territorial en la creación de las redes de salud mental y los recursos asignados a las mismas.

Algunas de ellas son de carácter político como la abolición de los fueros tras la guerra civil en Bizkaia y Gipuzkoa, “provincias traidoras”, y el mantenimiento de los mismos en Araba, este empoderamiento de la sociedad alavesa con un carácter fuertemente social y comunitario, posiciona, durante la Transición, a Araba como uno de los ejemplos más relevante en la desinstitucionalización e implantación del modelo comunitario.

Por lo tanto, parte de las actuales diferencias que podemos observar entre los territorios entierran sus raíces en el recorrido histórico-político y son los mimbres con los que a partir de la década de los 80 se ha ido construyendo la red de salud mental de Euskadi.

En este devenir se han producido avances significativos en la dirección estratégica y táctica de la asistencia psiquiátrica y la salud mental que hay que mencionar:

En el año 1990 se publican dos documentos estratégicos de gran relevancia. **Servicios de salud mental: Plan estratégico y Servicios de Salud mental: bases técnicas**, elaborados por los profesionales que en los distintos territorios lideran la implantación del modelo comunitario: Jose Martin Zurimendi, Jose Ignacio Zuazo y Jose Luis Arrese. Estos documentos íntimamente relacionados establecen cuales deben ser las bases las bases técnicas y las definiciones en la implantación y desarrollo de los recursos de salud mental atendiendo a una visión estratégica y equilibrada. Estos documentos, durante ese periodo de crecimiento de la red de salud mental en el ámbito comunitario, en la creación de servicios de psiquiatría en Hospital general y en las primeras propuestas de recursos de carácter sociosanitario, fueron una referencia conceptual para establecer los itinerarios de coordinación de recursos.

En el año 2004 se publica el **Plan estratégico de Asistencia psiquiátrica y Salud mental 2004/2008**, liderado por Alvaro Iruin, jefe de servicio de salud mental y asistencia psiquiátrica de Osakidetza, introduce los elementos no solamente descriptivos sino de gestión y calidad en la implantación de los servicios de salud mental orientando los mismos hacia la gestión clínica. En ese periodo, de forma sincrónica con el resto de Organizaciones de Osakidetza pero de forma muy significativa en el ámbito de la salud mental, se produce la incorporación de los recursos de salud mental a las certificaciones de calidad siendo en muchas ocasiones pioneras en la implantación de las mismas.

En el año 2007 se crea el consejo asesor de salud mental de Euskadi y se convierte, como órgano colegiado con la participación del ámbito institucional, profesional y asociativo, en la referencia para el departamento de Salud y para Osakidetza en la planificación y visión estratégica de la salud mental. Su primera encomienda es la elaboración de una estrategia de salud mental, que tiene como elemento orientador la estrategia de salud mental del Sistema nacional de salud, publicada ese mismo año. Se publica la **Estrategia de salud mental 2010**, en la que existe un alineamiento explícito con el modelo comunitario en sus características principales así como la introducción de las líneas de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedades psiquiátricas, lucha contra el estigma o coordinación sociosanitaria, entre otras, que hablan de su carácter integral.

En el año 2016 se elaboran, por parte del Consejo asesor de salud mental de Euskadi, **una serie de documentos monográficos**, 16, sobre aquellos temas que se priorizan como emergentes o complejos, y que constituyen retos asistenciales u organizativos. Estos documentos aportan una serie de recomendaciones que han tenido una presencia determinante para la elaboración de propuestas concretas o la implementación de recursos asistenciales, como estrategia de prevención de suicidio en Euskadi de año 2019, la creación de una comisión interinstitucional para la lucha contra el estigma o la incorporación de recursos de alta intensidad en salud mental infantojuvenil a lo largo de estos años.

Esta constante actualización sustentada en un órgano de representación estable en sus características institucionales y variable en cuanto a su composición para adaptarse a las distintas circunstancias y relevos que se producen en el ámbito institucional y profesional, se enfrenta en estos momentos ante una serie de retos,

algunos de ellos derivados de la situación postpandémica, que se sustanciarán en la nueva propuesta estratégica que el consejo tiene en estos momentos como labor principal.

Como elementos homogeneizadores y generales, la prestación asistencial, que predetermina la distribución de recursos, se hace a través de 4 programas:

Programa del adulto. Es el programa más extenso, con la inclusión de todas patologías psiquiátricas y con una diferenciación general que puede ser la atención al trastorno mental común, con un ámbito asistencial preferente en la Atención primaria y el trastorno mental grave con una prestación que implica a los servicios psiquiátricos especializados, comunitarios y hospitalarios, y al ámbito sociosanitario.

Programa infantojuvenil: Para la atención a las patologías psiquiátricas desde los 0 a los 18 años, con recursos específicos tanto comunitarios, como hospitalarios y sociosanitarios y que implica una relación muy estrecha con el sistema educativo.

Programa de adicciones: Para la atención a las adicciones y con la emergencia imparable del concepto de la patología dual en las últimas décadas. Mencionar que Euskadi, junto con Navarra son las dos únicas comunidades en las que la prestación asistencial de las adicciones está incorporada dentro del sistema de salud a todos los efectos. Aun así también hay que mencionar que el recorrido sociosanitario de las personas con adicciones, con una presencia fundamental del tercer sector, es una columna vertebral en el itinerario asistencial de las mismas.

En el año 1989 se crea, por iniciativa parlamentaria, el **programa de trastornos de conducta alimentaria**, antes incluida en el programa de adulto y por el que se dotan recursos específicos para la atención intensiva a las situaciones complejas de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Teniendo como telón de fondo la existencia de estos cuatro programas la Red de salud mental de Euskadi, aporta una variedad de ecosistemas asistenciales con sus características propias en un nivel organizativo y orgánico:

Las redes de salud mental

Son organizaciones que integran a los Hospitales psiquiátricos públicos con Unidades de agudos, subagudos y rehabilitación, a los centros de salud mental con sus respectivos programas de adultos (trastorno mental común y trastorno mental grave, adicciones, trastornos de la conducta alimentaria), infantojuvenil y adicciones así como programas de alta intensidad como los programas de tratamiento asertivos comunitario y los hospitales de día.

Las Organizaciones sanitarias integradas

Dentro de las cuales está la Atención primaria, que de una forma generalista es la puerta de entrada para la patología psiquiátrica y asume la gestión clínica del trastorno mental común, y los servicios de psiquiatría, con unidades específicas para adultos e infantojuvenil además de la prestación de diversos programas en consultas externas y dispositivos de alta intensidad como hospitales de día.

Los recursos sociosanitarios

Son recursos orientados a los itinerarios asistenciales en trastorno mental grave, de competencia foral y cofinanciación sociosanitaria ; a las adicciones, a través del tercer sector y financiación sanitaria y como recursos auxiliares, pero centrales en el itinerario terapéutico, a otros como los ocupacionales y de empleo, de financiación social.

Esta distribución organizativa, ha ido creciendo a lo largo de estas décadas y generando una gran variedad de ecosistemas, producto de las oportunidades y las necesidades locales, por ello hay recursos que en principio deben tener un marco orgánico en alguna de las instituciones descritas pero está prestado por otra. Hay una gran variedad de ejemplos.

Este contexto se caracteriza por la diversificación en la cartera de prestaciones entre organizaciones y territorios, fruto de oportunidades organizacionales diversas, pero siempre con una línea maestra, orientada asistencialmente por el modelo comunitario, que preside la estrategia global de organizaciones y programas.

La persistencia de situaciones que pertenecen a modelos asistenciales anclados en el pasado, como las estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos, se dan simultáneamente con el desarrollo y la práctica del modelo comunitario y en muchas ocasiones con un enfoque orientado a la recuperación, este escenario nos enfrenta a una situación compleja cuyo reto es adecuar, organizativa y asistencialmente, las prestaciones a las necesidades del paciente y difundir y compartir las buenas prácticas.

El diagnóstico de la situación dista mucho de ser simple, al asentarse en culturas fuertemente implantadas y las soluciones deben atender a esta multilateralidad. Esta discusión se da en ausencia de una dirección ejecutiva-estratégica que aúne las distintas organizaciones prestadoras, que poseen una autonomía y un grado de descentralización muy elevado y que, en algunos casos como en los recursos sociosanitarios, pertenecen incluso a otras administraciones distintas a las sanitaria.

Por todo ello la labor de consenso debe ser el eje en el que pivote todo el debate. El Consejo asesor de salud mental de Euskadi está llamado a tener una labor catalizadora en estas cuestiones. Siendo este uno de los grandes debates, a buen seguro la adopción de un consenso que incorpore los elementos virtuosos y haga una lectura radical y crítica de la ineficiencia será un nuevo hito en nuestro sistema.

La estrategia de salud mental debe servir de punto de encuentro para estas tensiones y debe incorporar los principales retos en los que actualmente nos movemos, uno de los cuales es la presencia de un circuito asistencial sociosanitario, que escapa a la competencia de la gestión sanitaria y que implica un compromiso profesional y ético con una visión longitudinal de la enfermedad mental sobre todo en sus aspectos de cronicidad y gravedad. En esta línea en la que la financiación de estos recursos sociosanitarios es un elemento de

competencia foral, hay que destacar que la realidad en la que nos movemos es la existencia de recursos sanitarios que ejercen una función sociosanitaria. Hay que dar pasos para que los recursos hospitalarios de larga estancia puedan ser el germen de la cofinanciación colaborativa de recursos sociosanitarios e implantados en la comunidad, cumpliendo la misión que tenemos asignada, como sistema y como profesionales: acompañar al paciente en su itinerario terapéutico.

Hacer dos últimas precisiones, la primera sobre la sostenibilidad del sistema asistencial, íntimamente relacionada con dos aspectos estratégicos que han tenido una presencia menor, tanto en la red de salud mental como en la propuestas de salud en general : la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. El desarrollar líneas potentes e integradas en la salud pública y en el plan de salud y con una presencia en todas las políticas públicas, debe implicar el avance de actuaciones claves para el desarrollo de una buena salud mental y una saludable capacidad de resiliencia. Este es un ámbito de competencia general, que no pertenece en exclusiva ni prioritariamente al sistema asistencial, pero se puede aventurar que sin él persistiremos en una visión asistencialista de la salud mental que, además de ser inasumible, será ineficiente y seguramente errónea.

Y este tema lleva a otro de rabiosa actualidad como es la presencia, en los medios y también en el diálogo social, del malestar emocional como objeto de intervención en salud. Este es un debate amplio y de características casi filosóficas pero por centrar algunos términos seguramente habría que diferenciar lo que es un problema de salud, en un sentido amplio y holístico, el malestar emocional evidentemente nos sitúa en un espacio de insatisfacción y percepción negativa de la realidad y de nosotros mismos, y lo que es un problema asistencial, en el sentido en que el malestar emocional debe ser tratado como una entidad achacable a una causalidad patológica y por lo tanto susceptible de un tratamiento en el campo sanitario. La conversión de los servicios de salud en receptores indiscriminados del malestar puede derivar precisamente en la psicologización o la psiquiatrización, incluso con elementos de iatrogenia, de vivencias que aunque dolorosas forman parte de la normalidad y deben ser incorporadas como parte de los malestares de la vida cotidiana y asumidos desde nuestra resiliencia y capacidad de afrontamiento.

El espacio de la salud mental puede ser ese espacio asistencial en el que se toma conciencia de nuestras limitaciones en el afrontamiento de los problemas, y nos posiciona para su resolución, pero sería erróneo postular ese espacio como el que soluciona esos problemas. Este debate debemos asumirlo no desde la negación de ese malestar, pero si desde la prudencia, la cercanía y la responsabilidad profesional y organizativa. Volviendo al inicio, hay problemas de salud mental que ni son trastornos psiquiátricos, ni tan siquiera son de salud mental, son simplemente problemas. Enfrentarnos a este dilema y saber dar respuestas es uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos.



XLI CURSOS DE VERANO DE LA UPV/EHU XXXIV CURSOS EUROPEOS

Donostia/San Sebastián. Palacio Miramar

La atención a la salud mental en Euskadi.

7 julio, 2022

LOS DATOS

- *450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida.*
- *La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión.*
- *Los trastornos mentales son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen. Además de la discapacidad y mortalidad prematura por suicidio que a veces originan, tienden también a producir el aislamiento social de quienes los padecen.*
- *Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades*

LA CONTROVERSID

- Trastornos psiquiátricos: Prevalencia , incidencia y morbimortalidad .
- Problemas de salud mental: ?

GIROS DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA: EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

- Principio del Siglo XX
- Confluencia de diversos factores científicos, filosóficos, sociales, políticos y sobre todo morales
- Transición del modelo moral al modelo de enfermedad
- Susceptible de un abordaje médico y de cuidados asociado a la existencia de una patología.
- Transformación de los asilos /modelo custodial en hospitales psiquiátricos o manicomios /modelo asistencial
- Se mantiene la política de internamientos.
- Nueva perspectiva: El diagnóstico clínico y social abre posibilidades de retorno a la comunidad y de solución de los problemas derivados a través del tratamiento físico, psíquico e institucional.

GIROS DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA: EL MODELO COMUNITARIO

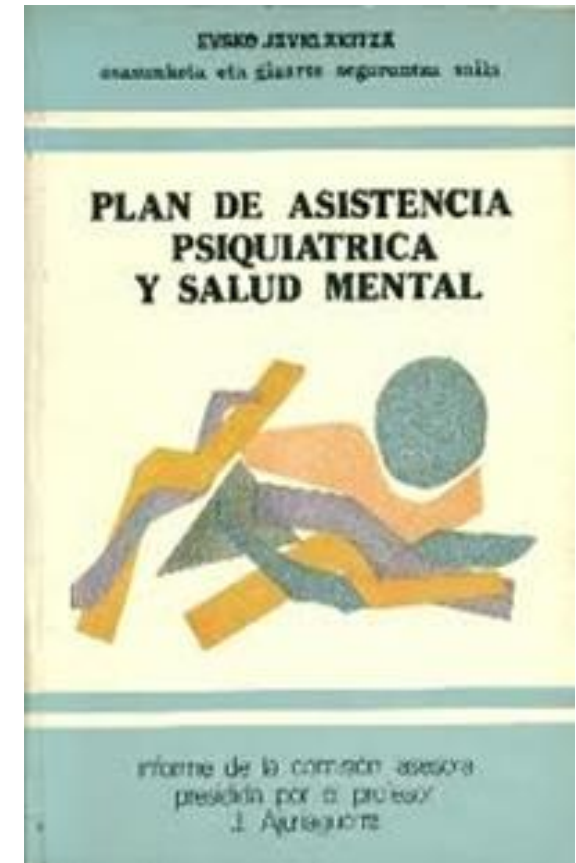
- Década de los 60-70.
- Avances en los tratamientos farmacológicos y psicológicos
- Movimiento contraculturales
- Modelo comunitario como referencia asistencial universal.
- Asistencia en la comunidad como requisito indispensable para el abordaje normalizado, curativo y desestigmatizante.
- Cierre de los hospitales psiquiátricos
- Ubicación de los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental en la comunidad
- Retorno de las personas internadas a la comunidad
- Visualización de las reivindicaciones de las personas con enfermedad mental como personas con igualdad de derechos respecto a la población sana.

GIROS DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA: LA RECUPERACION

- Finales del siglo pasado y principios de nuestro siglo.
- Recuperación como alma del modelo comunitario,
- Modelo de relación entre las personas con un trastorno mental y los profesionales que les atienden
- No ha concluido: confluencia lenta de los tres modelos

LOS HITOS FUNDACIONALES

- **1983 Plan de asistencia psiquiátrica y Salud mental de Euskadi,** Psiquiatría comunitaria: la transición del modelo manicomial al modelo comunitario
 - Criterios de sectorización
 - Financiación suficiente
 - Dirección/coordinación única de carácter estratégico,
 - Integración de la salud mental con el resto de recursos de salud
 - Reducción de camas en hospitales psiquiátricos
 - Fomento de la externalización con programas multidisciplinares de rehabilitación o el reciclaje
 - Formación de profesionales.
- **1986. Integración de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental dentro de la estructura del servicio vasco de salud – Osakidetza.**
- Aprobación de la **ley 14/1986 general de sanidad** . Atención hospitalaria dentro de la estructura de los hospitales generales: Los servicios de psiquiatría.
- De carácter político como la abolición de los fueros tras la guerra civil en Bizkaia y Gipuzkoa y el mantenimiento de los mismos en Araba.



PERIODOS DE CRECIMIENTO Y MADUREZ

- **1990. Servicios de salud mental: Plan estratégico y Servicios de Salud mental: bases técnicas**, Jose Martin Zurimendi, Jose Ignacio Zuazo y Jose Luis Arrese.
 - Referencia conceptual para establecer los itinerarios de coordinación de recursos, las bases las bases técnicas y las definiciones en la implantación y desarrollo de los recursos de salud mental atendiendo a una visión estratégica y equilibrada.
 - Periodo de crecimiento de la red de salud mental en el ámbito comunitario, en la creación de servicios de psiquiatría en Hospital general y en las primeras propuestas de recursos de carácter sociosanitario.
- **2004 Plan estratégico de Asistencia psiquiátrica y Salud mental 2004/2008**, Alvaro Iruin .
- Gestión clínica y calidad en la implantación de los servicios de salud mental
- Periodo de madurez. Incorporación de los recursos de salud mental a las certificaciones de calidad.



CONSEJO ASESOR DE SALUD MENTAL DE EUSKADI

- 2007. **Consejo asesor de salud mental de Euskadi**
- Órgano colegiado institucional, profesional y asociativo. Referencia para el departamento de Salud y para Osakidetza en la planificación y visión estratégica de la salud mental.
 - **Estrategia de salud mental 2010.**
 - Alineamiento explícito con el modelo comunitario
 - Líneas de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedades psiquiátricas, lucha contra el estigma o coordinación sociosanitaria, entre otras.

2016. Documentos monográficos

- Temas emergentes o complejos que constituyen retos asistenciales u organizativos.
- Recomendaciones que han tenido una presencia determinante para la elaboración de propuestas concretas o la implementación de recursos asistenciales
- Estrategia de prevención de suicidio en Euskadi de año 2019, la creación de una comisión interinstitucional para la lucha contra el estigma o la incorporación de recursos de alta intensidad en salud mental infantojuvenil a lo largo de estos años.



DOCUMENTOS ESTRATEGICOS 2016 - 2021

CONSEJO ASESOR DE SALUD MENTAL

- 1.- PSQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
- 2.- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
- 3.- MODELO DE INTEGRACIÓN
- 4.- ANÁLISIS DE LA PLANIFICACIÓN DE CAMAS DE AGUDOS EN BIZKAIA
- 5.- TRASTORNO MENTAL GRAVE Y COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA
- 6.- TRASTORNO MENTAL COMÚN Y ATENCIÓN PRIMARIA
- 7.- PATOLOGÍA DUAL
- 8.- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
- 9.- PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA
- 10.- ESTIGMA Y SALUD MENTAL
- 11.- HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL
- 12.- TERCERA EDAD
- 13.- MUJER Y SALUD MENTAL
- 14.- APOYO EMOCIONAL EN LA PANDEMIA COVID, PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES.
- 15.- ANEXOS A LOS DOCUMENTOS

PROGRAMAS ASISTENCIALES

- **Programa del adulto.** Es el programa más extenso , con la inclusión de todas patologías psiquiátricas
 - Trastorno mental común, con un ámbito asistencial preferente en la Atención primaria
 - Trastorno mental grave con una prestación que implica a los servicios psiquiátricos especializados , comunitarios y hospitalarios, y al ámbito sociosanitario.
- **Programa infantojuvenil:** Patologías psiquiátricas desde los 0 a los 18 años.
 - Recursos específicos tanto comunitarios, como hospitalarios y sociosanitarios y que implica una relación muy estrecha con el sistema educativo.
- **Programa de adicciones:** Adicciones y patología dual en las últimas décadas.
 - La prestación asistencial de las adicciones está incorporada dentro sistema de salud
 - Importante recorrido sociosanitario de las personas con adicciones, con una presencia fundamental del tercer sector.
- 1989 se crea, por iniciativa parlamentaria, el **programa de trastornos de conducta alimentaria.**
 - Recursos específicos para la atención intensiva a las situaciones complejas de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

ECOSISTEMAS ASISTENCIALES

- **Las redes de salud mental**

- Son organizaciones que integran a los Hospitales psiquiátricos públicos con Unidades de agudos, subagudos y rehabilitación, a los centros de salud mental con sus respectivos programas de adultos (trastorno mental común y trastorno mental grave , adicciones, trastornos de la conducta alimentaria) , infantojuvenil y adicciones así como programas de alta intensidad como los programas de tratamiento asertivos comunitario y los hospitales de día.

- **Las Organizaciones sanitarias integradas**

- Dentro de las cuales está la Atención primaria, que de una forma generalista es la puerta de entrada para la patología psiquiátrica y asume la gestión clínica del trastorno mental común, y los servicios de psiquiatría, con unidades específicas para adultos e infantojuvenil además de la prestación de diversos programas en consultas externas y dispositivos de alta intensidad como hospitales de día.

- **Los recursos sociosanitarios**

- Son recursos orientados a los itinerarios asistenciales en trastorno mental grave , de competencia foral y cofinanciación sociosanitaria ; a las adicciones , a través del tercer sector y financiación sanitaria y como recursos auxiliares ocupacionales y de empleo , de financiación social.

OPORTUNIDADES

- Diversificación en la cartera de prestaciones entre organizaciones y territorios:
Buenas prácticas
- La persistencia de situaciones que pertenecen a modelos asistenciales anclados en el pasado, como las estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos , se dan simultáneamente con el desarrollo y la práctica del modelo comunitario y en muchas ocasiones con un enfoque orientado a la recuperación.
- Situación compleja : Adecuar, organizativa y asistencialmente, las prestaciones a las necesidades del paciente y difundir y compartir las buenas prácticas.
- El diagnóstico de la situación dista mucho de ser simple
 - Culturas fuertemente implantadas
 - Soluciones deben atender a la multilateralidad.
 - Ausencia de una dirección ejecutiva-estratégica
 - Autonomía y un grado de descentralización muy elevado.
- Consejo asesor de salud mental de Euskadi: Labor catalizadora y de consenso, que incorpore los elementos virtuosos y haga una lectura radical y crítica de la ineficiencia.

ITINERARIOS SOCIOSANITARIOS

- Circuito asistencial sociosanitario, implica un compromiso profesional y ético con una visión longitudinal de la enfermedad mental en su cronicidad y gravedad.
- Financiación de recursos sociosanitarios de competencia foral.
- Existencia de recursos sanitarios que ejercen una función sociosanitaria.
- Recursos hospitalarios de larga estancia :germen de la cofinanciación colaborativa de recursos sociosanitarios e implantados en la comunidad
- Misión: acompañar al paciente en su itinerario terapéutico.

SOSTENIBILIDAD

- La promoción de la salud mental
- La prevención de los trastornos mentales.
- Desarrollo de líneas potentes e integradas en la salud pública y en el plan de salud y con una presencia en todas las políticas públicas.
- Ambito de competencia general, que no pertenece en exclusiva ni prioritariamente al sistema asistencial, pero se puede aventurar que sin él persistiremos en una visión asistencialista de la salud mental que, además de ser inasumible, será ineficiente y seguramente errónea.

MALESTAR EMOCIONAL

- Malestar emocional como objeto de intervención en salud.
 - Problema de salud: Espacio de insatisfacción y percepción negativa de la realidad y de nosotros mismos
 - Problema asistencial: Malestar emocional tiene causalidad patológica y por lo tanto susceptible de un tratamiento en el campo sanitario.
 - Conversión de los servicios de salud en receptores indiscriminados del malestar
 - Psicologización o psiquiatrización
 - Iatrogenia.
- Malestar emocional como vivencias dolorosas que forman parte de la normalidad y deben ser incorporadas como parte de los malestares de la vida cotidiana y asumidos desde nuestra resiliencia y capacidad de afrontamiento.
- El espacio de la salud mental :
 - Si es el espacio asistencial: para la toma de conciencia y el posicionamiento
 - No es el espacio para la solución de los problemas.
 - Asumir este discurso
 - NO desde la negación del malestar.
 - SI desde la prudencia, la cercanía y la responsabilidad profesional y organizativa.