

MESA REDONDA III: NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES

Jose J Uriarte Uriarte. Unidad de Gestión Clínica. Servicios Asistenciales de adultos. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.

La transformación de los servicios de salud mental en las últimas décadas, al menos en los países desarrollados, se sustenta en dos ideas clave:

- La de que la atención a la salud mental debía equipararse al resto de la atención sanitaria, es decir, que las personas con problemas de salud mental y, muy especialmente, las que padecen enfermedades mentales graves y crónicas, debían ser atendidas en servicios cercanos e integrados en el resto de servicios sociales y sanitarios. La integración de la salud mental en el sistema sanitario y el desarrollo de estos servicios son la base del Modelo Comunitario de atención.
- Y la de que el destino de las personas que padecen enfermedades mentales graves no es el de vivir supeditados y en una situación de creciente discapacidad y dependencia, sino que padecer una enfermedad mental no es incompatible con una vida plena, con significado y objetivos propios y capacidad para tomar decisiones. Esta es la base del Modelo de Recuperación. E implica, indefectiblemente, escuchar a las personas y tener en cuenta lo que dicen.

SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

Tras décadas de desarrollo de servicios comunitarios, la salud mental afronta diversos desafíos de futuro, en un contexto social de malestar, de crisis de los sistemas públicos sanitarios y, quizás, una tendencia a la fragmentación de los servicios con la pérdida de una perspectiva amplia y general en la que la atención a la salud mental es parte de un ecosistema complejo en el que interactúan muchos agentes, tanto dentro del propio sistema sanitario, como externos al mismo. Los sistemas de salud mental se centran en la población con trastornos mentales (de definición incierta y flexible) de su área de influencia, con unos recursos profesionales que proporcionan la asistencia y con sus conexiones con otras organizaciones, incluyendo al tercer sector, servicios sociales, justicia, etc...Estas conexiones se establecen a diversos niveles, desde el del profesional-paciente-familia, al del servicio, el área de atención o el territorio completo.

Desde el desarrollo teórico por parte de Thornicroft y Tansella del modelo de Matriz de Salud Mental, el desarrollo de servicios comunitarios ha seguido el llamado modelo de atención equilibrado (*balanced care model*): optimizar la provisión de servicios proporcionando la mayor cantidad de atención comunitaria con la menor atención hospitalaria posible. Pero manteniendo la conciencia de que siempre serán necesarios un número mínimo de camas hospitalarias de agudos,

subagudos y de estancias más prolongada para un pequeño grupo de pacientes. Este desarrollo de servicios, con el centro en la comunidad, no se restringe a los servicios comunitarios y hospitalarios de salud mental, sino que se extiende al resto de servicios sanitarios y al resto de organizaciones como los servicios sociales que son parte del ecosistema.

Los servicios comunitarios de salud mental deben ser guiados por los derechos humanos, la lucha contra el estigma y el modelo de recuperación, ámbitos que son responsabilidad de toda la sociedad y las organizaciones e instituciones que la gobiernan y representan. Los derechos sociales, económicos o culturales se promueven a través de las acciones que actúan sobre los determinantes sociales de la salud, incluyendo a la pobreza, la precariedad en el alojamiento, la educación, el empleo la promoción de la salud o el estigma. Afrontar los determinantes sociales de la salud, proporcionar acceso rápido a los servicios sanitarios y sociales, promover servicios orientados a la recuperación, el respeto a la dignidad, autonomía y libertad de cada persona respetando sus preferencias. Los servicios de salud mental necesitan de un sistema sanitario sólido, especialmente la atención primaria, y de unos servicios sociales fuertes, accesibles y orientados al modelo. De acuerdo con el modelo, unos servicios de alta calidad implican un entorno de respeto a los derechos humanos, un enfoque de salud pública, un modelo de servicios orientados a la recuperación y una red amplia de soporte comunitario.

El ecosistema sanitario incluye cuatro dominios:

- El entorno, la comunidad donde viven las personas
- Sus características sociales y demográficas
- Sus estilos de vida y condicionantes de salud
- Y la provisión de servicios sanitarios a sus distintos niveles: paciente-profesional, servicio, área de salud, territorio.

La salud mental ha sido pionera en la integración de servicios comunitarios, incluyendo la atención integrada sanitaria y social y el desarrollo equilibrado de servicios comunitarios y hospitalario; los intentos de fragmentar y hacer retroceder las reformas de servicios comunitarios a menudo se acompañan de demandas de más camas hospitalarias. Una visión hospitalaria de la asistencia no puede prevalecer sobre un modelo integrado y centrado en la comunidad.

La transformación de la atención a la salud mental excede a los propios sistemas de salud mental, implica una transformación del sistema sanitario en su conjunto y su integración asistencial con otros sistemas y organizaciones.

EL MODELO DE RECUPERACIÓN

En los últimos años el modelo de recuperación se ha incorporado a la agenda de los servicios de salud mental de los países desarrollados. La idea de llevar la atención más allá del tratamiento tradicional y de incorporar objetivos relacionados

con la calidad de vida, las relaciones sociales, el trabajo, el alojamiento digno, extiende el ámbito de atención más allá de las competencias de los servicios sanitarios, exige una estrecha colaboración con otros servicios y organizaciones, especialmente los servicios sociales, y, sobre todo, exige escuchar e incorporar la voz de las personas afectadas al desarrollo de servicios.

El abordaje de la cronicidad y atención a las personas con enfermedades mentales graves ha ido cambiando en las últimas décadas, en la medida en que se han ido produciendo cambios sociales y en los servicios asistenciales. De una perspectiva en la que las personas con enfermedad mental eran vistas como personas a las que controlar (peligrosidad) y/o cuidar (discapacidad), sin otros objetivos ni expectativas, en los años 70-80 la rehabilitación psiquiátrica impulsó una visión más optimista, aunque centrada en la discapacidad y la minusvalía como objetivos a trabajar. En los años siguientes el modelo de rehabilitación psiquiátrica fue adoptando una perspectiva más biopsicosocial, con un énfasis en la atención integral, tanto sanitaria como social y en el desarrollo de servicios comunitarios. En este contexto se va imponiendo el modelo de Recuperación, que va un paso más allá.

Poco a poco la enfermedad mental deja de ser tabú, y muchas personas con impacto mediático importante han ayudado a que la enfermedad mental se empiece a considerar algo de lo que no hay que avergonzarse y que puede afectar a cualquiera. También han sido muy importantes los movimientos de las personas afectadas para salir de su ostracismo y terminar con el estigma, el autoestigma y la vergüenza mediante el apoyo mutuo y la difusión de una imagen distinta en los medios de comunicación.

El concepto moderno de recuperación nace en EEUU en los años 80 y 90, de la mano de los movimientos de usuarios y ex usuarios de servicios de salud mental, con objetivos tanto de apoyo mutuo como de reivindicación de derechos. Críticos con los servicios de atención existentes y, a la par, con una visión general más optimista del pronóstico de las enfermedades mentales graves, dan una importancia creciente a la experiencia subjetiva y a los testimonios personales.

El auge en los años 80 y 90 de la llamada Rehabilitación Psicosocial incorporó a los profesionales y servicios de este campo a esta perspectiva, que posteriormente ha ido extendiéndose a otros ámbitos. Con el tiempo, el modelo se ha convertido en una de las prioridades estratégicas de los servicios más o menos avanzados de salud mental, aunque su interpretación puede variar mucho según las distintas perspectivas, desde los movimientos más críticos y rupturistas con la psiquiatría ortodoxa a los más posibilistas y partidarios de un modelo de atención que compatibilice los objetivos de la recuperación con la atención más o menos estándar.

El modelo de recuperación implica:

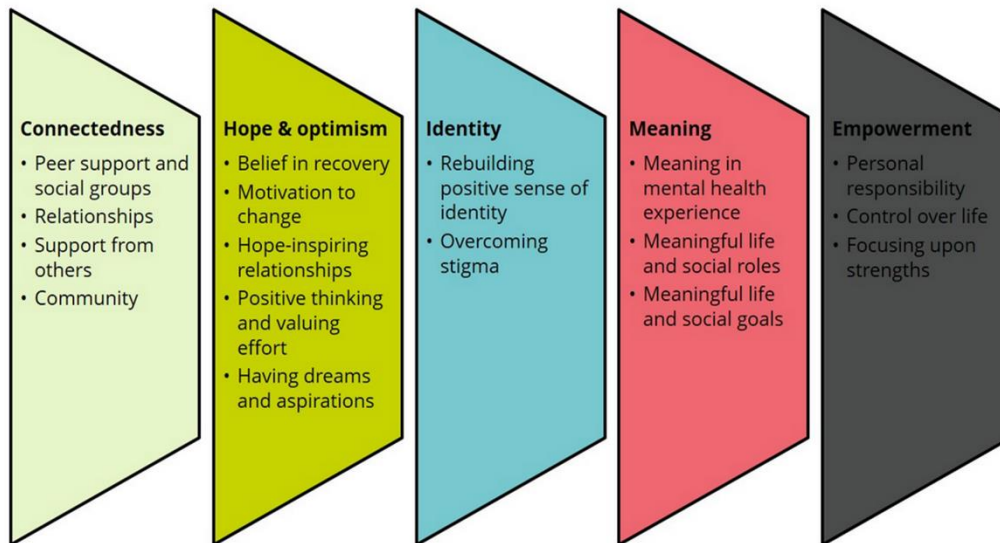
- Que padecer una enfermedad mental crónica, incluso con la presencia de síntomas persistentes y recaídas, no es incompatible con una vida “normal” y satisfactoria, con metas y objetivos propios, con autonomía e independencia y participación social. La necesidad de ayudas y apoyos no implica suplantar de forma sistemática las decisiones y objetivos personales en aras de proporcionar supuestos cuidados.
- En ese sentido, la recuperación no deja de ser un proceso individual, personal y con un componente subjetivo, en tanto que implica significado, esperanza y vivencia positiva de la vida, un proyecto de vida personal.
- Implica asumir el manejo y la gestión de la propia enfermedad, aprender a lidiar con los síntomas y posibles discapacidades para lo que es necesario disponer de información y apoyos tanto del entorno como de los profesionales.
- Salir del rol de persona enferma, de usuario de servicios, de paciente psiquiátrico, como identidad casi única. Trascender de ser “un esquizofrénico” a ser una persona que, entre otras posibles cosas, padece una esquizofrenia, algo irrelevante en muchas cuestiones cotidianas en su vida.

El viaje a la recuperación precisa de algunas condiciones:

Algunas son internas, propias de cada persona: la esperanza en que es posible mejorar y conseguir objetivos, el empoderamiento en forma de autonomía, toma de decisiones y participación y salir del aislamiento conectando con el entorno.

Otras condiciones son externas. El modelo de Recuperación solo es posible en un entorno de respeto a los derechos humanos, con una actitud social positiva y libre de estigma y con unos servicios asistenciales desarrollados según un modelo comunitario y orientados hacia la recuperación.

La llamada Matriz CHIME, un acrónimo formado por sus iniciales en inglés, recoge los factores fundamentales que subyacen al modelo y concepto de la recuperación: Conexión (tiene que ver con las relaciones, el apoyo, la comunidad), Esperanza (confianza en mejorar, motivación para cambiar, aspiraciones y objetivos vitales...), Identidad (reconstruir una identidad más allá de la de paciente y persona enferma, superar el estigma), Significado y Sentido (vida y rol social, significado propio de la experiencia como enfermo mental...), Empoderamiento (responsabilidad personal, control sobre la propia vida, fortalezas...)



Leamy et al. 2011

Conexión, Esperanza, Identidad, Significado y Sentido, Empoderamiento

La recuperación modifica el enfoque. No pierde de vista la necesidad del tratamiento y estabilidad clínica, pero se centra en la manera en como cada persona afectada afronta su vida y en qué necesita para que esa vida sea satisfactoria y acorde con sus propios valores y metas. Es un proceso personal y continuo, de recuperación del control y la responsabilidad sobre la propia vida y también de participación en las decisiones que afectan al propio tratamiento.

Los servicios y los profesionales orientados al modelo de recuperación, además de proporcionar el tratamiento profesional, se centran en mantener la calidad de vida, promover expectativas esperanzadoras y asumen como propios los factores de la recuperación y la necesidad de incluirlos en la atención: fomentar la conexión, la esperanza, el sentido y significado, la identidad y el empoderamiento de las personas a las que atendemos.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y SALUD MENTAL

Desde 2001 se han elaborado al menos ocho documentos con planes y estrategias de desarrollo de atención sociosanitaria, hasta la actual estrategia de atención sociosanitaria vigente 2021-2024. Estrategia que sigue apostando por un modelo de coordinación, que no de integración, entre los sistemas de atención social y los de salud. El desarrollo de una gobernanza sociosanitaria, la creación de una dirección sociosanitaria, la creación de un marco compartido de financiación, el establecimiento de mecanismos de interoperabilidad entre ambos sistemas que permitan compartir información (historia sociosanitaria, cuadro de mandos conjunto), creación de un marco de prevención sociosanitaria y detección del riesgo, son los elementos fundamentales de la estrategia.

Sin embargo, la coordinación y la relación entre servicios sociales y sanitarios viene de lejos en el caso de salud mental en Euskadi en general y en Bizkaia en particular, donde a lo largo de los años se han ido estableciendo múltiples áreas de atención conjunta, no siempre de una manera previamente programada. Algunas de las áreas de atención en las que se realiza un trabajo conjunto entre la Red de Salud Mental de Bizkaia y con otras organizaciones son:

- Servicios de alojamiento para personas con enfermedad mental grave.
- Atención a personas sin hogar con problemas de salud mental
- Atención a personas mayores y personas con enfermedad mental en servicios residenciales
- Atención a personas con discapacidad intelectual en servicios residenciales
- Protocolo de prevención de riesgo en personas con enfermedad mental con el ayuntamiento de Bilbao
- Servicios conjuntos con educación y servicios sociales para menores (Adin Txikikoak, CTE Ortuella)
- Coordinación y gestión conjunta de caso con el SVGP para el cumplimiento de medidas de seguridad alternativas a prisión.

A MODO DE EJEMPLO: EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN BILBAO

Un ejemplo de trabajo conjunto entre servicios sociales y salud mental consolidado es el que deriva del convenio firmado hace ya doce años entre el Osakidetza y el Ayuntamiento de Bilbao para ofrecer atención psiquiátrica a personas en situación de sin hogar detectadas y atendidas por los servicios sociales del ayuntamiento. Este programa se dirige a personas sin hogar con enfermedad mental grave, que viven en Bilbao y que, a menudo, están a menudo fuera del sistema sanitario, un modelo de tratamiento cercano, asertivo, centrado en mantener el contacto con los servicios, procurar atención a las necesidades de salud y facilitar un proceso de inclusión social, en coordinación con los equipos de intervención social del ayuntamiento de Bilbao. El programa no pretende ser una alternativa a los servicios sanitarios de atención normalizados, sino ofrecer intervenciones integradas, incluyendo el tratamiento psiquiátrico, de manera asertiva, flexible y en el propio entorno del paciente. Su objetivo principal es la captación y vinculación de las personas procurando unos mínimos de seguridad personal, abordando la reducción de riesgos y daños. En un segundo momento, se pretende lograr el cumplimiento de un tratamiento integral, que incluya tanto el abordaje de sus necesidades más básicas como la asistencia psiquiátrica, sanitaria y social.

La RSMB dedica un equipo de ETAC (tratamiento asertivo comunitario) para la atención a estas personas que trabaja de manera conjunta con los educadores sociales del área de acción social del ayuntamiento; se trata de un equipo móvil que proporciona atención en el propio entorno del paciente, albergues o en la propia calle. En la actualidad está compuesto por dos psiquiatras, dos enfermeras y una trabajadora social. Desde su inicio han atendido a más de 250 pacientes, en su mayoría con trastornos psicóticos, migrantes y en situaciones graves de

exclusión social. En el momento actual el equipo atiende a 95 pacientes, el 75% varones, con una edad media de 47 años. El 63% son inmigrantes y la mayoría tienen diagnósticos de esquizofrenia y otras psicosis, incluyendo síntomas psicóticos y alteraciones de conducta relacionados con el consumo de tóxicos. El 75% de los nuevos casos son pacientes extranjeros, en general inmigrantes en situación irregular.

Además de las dificultades culturales e idiomáticas, la situación de irregularidad añade dificultades adicionales al acceso a prestaciones y recursos, lo que condiciona intervenciones complejas y muy prolongadas en el tiempo. La adherencia de los pacientes al programa es muy elevada.

En este tipo de población se hace aún más evidente, si cabe, la necesidad de coordinación entre niveles asistenciales tanto sanitarios como sociales, así como con las organizaciones del tercer sector que trabajan con estos colectivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. The future of community psychiatry and community mental health services. Current Opinion in Psychiatry: July 2020 - Volume 33 - Issue 4 - p 375-390
[The future of community psychiatry and community mental heal: Current Opinion in Psychiatry \(lww.com\)](#)
2. La Matriz de la Salud Mental: manual para la mejora de servicios. Thornicroft G, Tansella M. Triacastela, 2005.
3. Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024. Disponible en: [Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 - Gobierno Vasco - Euskadi.eus](#)
<https://www.euskadi.eus/documentacion/2021/estrategia-de-atencion-sociosanitaria-de-euskadi-2021-2024/web01-ejeduiki/es/>
4. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008 (Traducción al castellano en: Hacer de la recuperación una realidad. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2008)
<https://consaludmental.org/publicaciones/Hacerrecuperacionrealidad.pdf>
5. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. Accesible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsi/v37n131/14.pdf>
6. Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. Disponible en: [Zerbitzuan, 52](#)
<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Evolucion del Programa de Asistencia Psiquiatrica.pdf>

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y SALUD MENTAL (en Bizkaia....)

Jose J Uriarte

Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica. Servicios Asistenciales de Adultos.
Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza





- Plan Sociosanitario de Euskadi 2001
- Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008
- Catálogo de Servicios Sanitarios y de Servicios Sociales aplicados en el ámbito sociosanitario en Euskadi. Mayo 2006
- Documento Marco para elaboración de las Directrices de Atención Sociosanitaria en Euskadi. Febrero de 2011
- Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi. 2013-2016
- Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi, 2017-2020
- Plan Operativo Sociosanitario de Bizkaia 2018-2020

Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024



“Haciendo camino entre todas y todos”

Portada del documento "Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024"

Atención Sociosanitaria y Salud Mental

- Aspectos históricos: integración relativamente reciente de la Salud Mental a la responsabilidad sanitaria
- No delimitación clara de necesidades sanitarias y sociales
- Estructuras administrativas muy distintas
- Sistemas de información e Historia
- Financiación y accesibilidad
- Modelo y cultura asistencial: curar *versus* cuidar
- Formación y tipo de profesionales



EL INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO
NICOLAS ACHUCARRO
(PRESENTE Y FUTURO DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA)



Zamudio, 1968



El señor Ministro, en sus detenidas visitas a estas instalaciones, de las que ofrecemos los más sobresalientes detalles en nuestra "Crónica Provincial" al final de este número, dialogó cariñosamente con los enfermos acogidos en ellas y con el personal sanitario, demostrando un interés enorme **por todos estos aspectos de la beneficencia y de la asistencia social**. Interés demostrado de manera palpable y elocuente durante su interesantísima intervención en el acto inaugural de la popularmente llamada Clínica Mental de Zamudio, en la que pronunció un amplio discurso el presidente de la Corporación Provincial, Marqués de Arriluce".

Hospital de Zamudio
 Hospital de Bermeo
 Hospital de Zaldibar
 Red Extrahospitalaria de Bizkaia



Atención ambulatoria de pacientes adultos, infantojuvenil y adicciones
 Atención hospitalaria de agudos, subagudos y rehabilitación



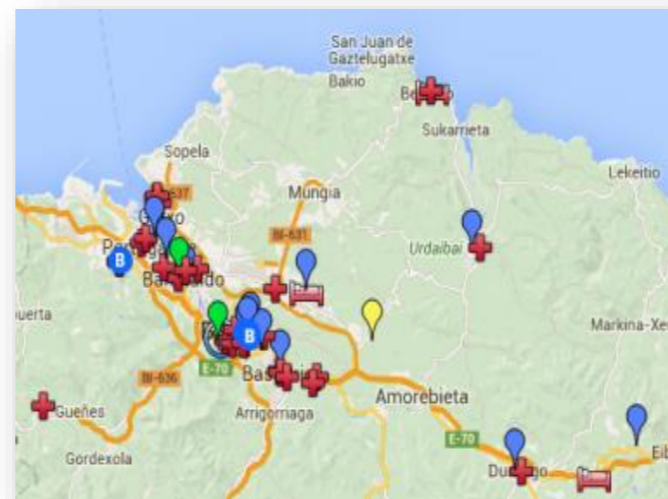
1000 profesionales

25 Centros de salud mental (CSM):

- 6 Adultos
- 4 Infantil
- 3 adicciones
- 12 Adultos+ adicciones



3 Hospitales



15 Hospitales de día (HD)

1 Hospital de día de adicciones



1 C. Terapéutico educativo



5 Equipos tratamiento asertivo comunitario (ETAC)

Modelo Comunitario



- Desarrollo de **servicios** en el ámbito comunitario y **cercano a las personas que precisan atención**
- Las **estancias hospitalarias se reducen** a lo indispensable.
- Contempla:
 - **necesidades asistenciales sanitarias**
 - elementos para **garantizar la cobertura y el apoyo comunitario**, especialmente a las personas afectadas por problemas de salud mental graves, más **vulnerables** y en **riesgo de exclusión**:
 - alojamiento
 - acceso al trabajo y la ocupación
 - protección de sus derechos
 - cobertura de necesidades económicas básicas

*Servicios que proporcionan un amplio rango de intervenciones efectivas a una población definida de personas con problemas de salud mental, en proporción a sus necesidades, **en colaboración con otros servicios y organizaciones***

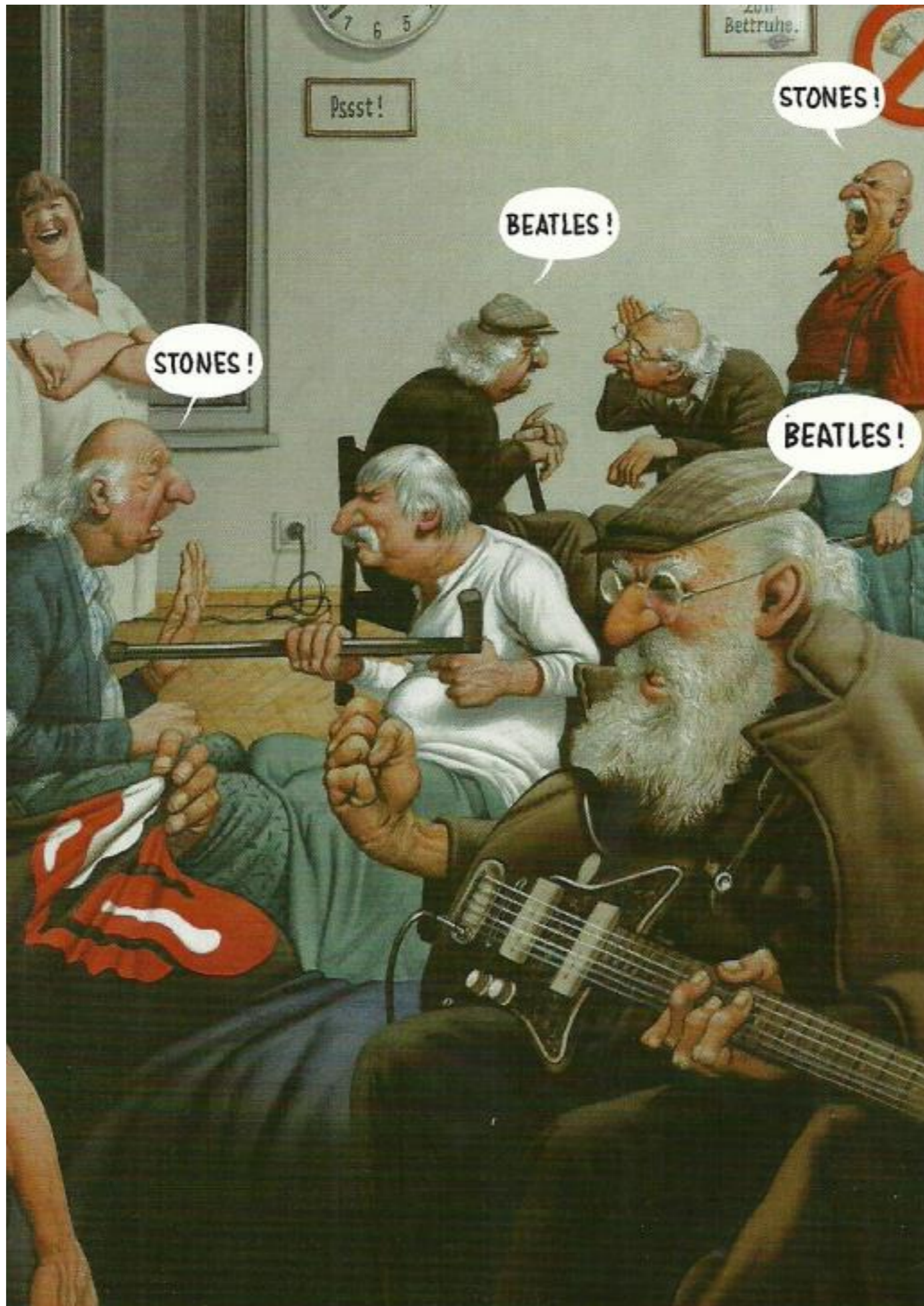
Estás en: Álava - El Correo.com > Noticias Álava > Bilbao y Osakidetza firman un convenio para la atención psiquiátrica de personas sin hogar

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Bilbao y Osakidetza firman un convenio para la atención psiquiátrica de personas sin hogar

Las personas que necesiten de este recurso serán detectadas por los servicios del Area de Acción Social que trabajan a pie de calle









argia
fundazioa



eragintza

Bizitegi

Por una sociedad sin exclusiones
zerturik gabeko gizarterantz



AVIFES



ETORKINTZA



Gizakia

Una persona, un futuro

SANIDAD

Salud y Bilbao se coordinan para atender enfermos mentales

Darpón y Areso firman un convenio para detectar casos de trastornos graves

EFE

Bilbao - 11 FEB 2015 - 16:39 CET

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Osakidetza y el Ayuntamiento de Bilbao firman un Protocolo para la prevención de situaciones de riesgo por trastornos mentales graves



11 de febrero de 2015







No cumple empadronamiento de 1 año. Empadronada en el Hospital de Bermeo.
Se le ha conseguido pasaporte, Cedulación móvil y la partida de nacimiento.

NO TIENE DINERO

No tiene redes sociales ni apoyos familiares de ningún tipo.

Abogado de Biltzen, se está solicitando el permiso de residencia.

Medidas de Apoyo concedidas, a la espera de firma del cargo por parte del ITB

Fecha de ingreso: mayo de 2014

En proceso de regularización. Denegadas las dos solicitudes a través de abogado de Biltzen. Elevado el recurso a una instancia superior, a la espera de respuesta. Todo apunta a que va a ser negada nuevamente.

Valorada la Exclusión Social- Grave

Valoración dependencia. Moderada 41 puntos (septiembre de 2019). No cumple requisitos para firmar el PIA hasta que no esté regularizada su situación.

Valoración discapacidad. 69 %

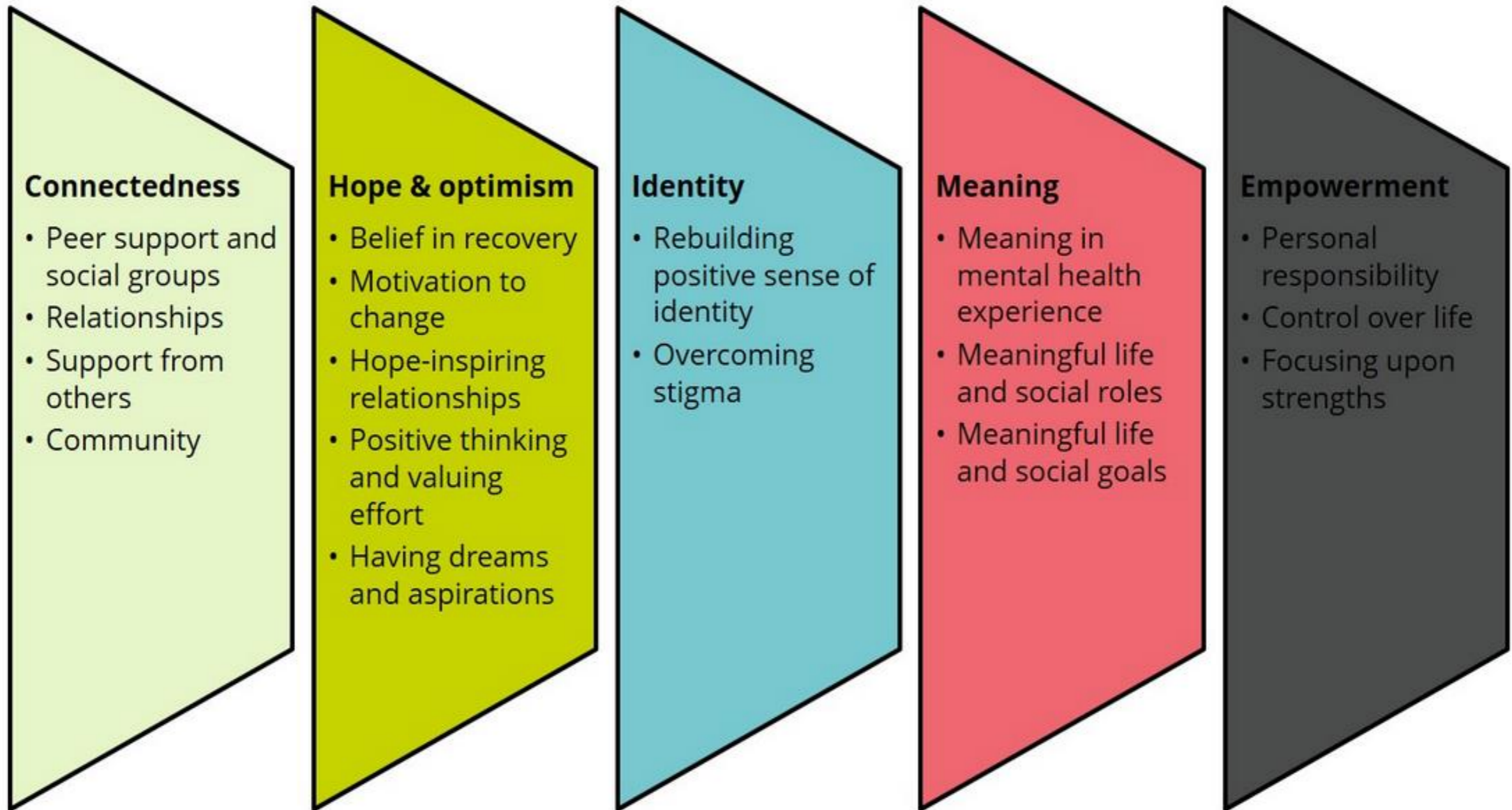
Incapacidad jurídica. ITB

NO TIENE ACCESO A NINGÚN TIPO DE PRESTACION SOCIAL NI ECONOMICA

RECO+VERY



LA MATRIZ CHIME



Leamy et al. 2011

Conexión, Esperanza, Identidad, Significado y Sentido, Empoderamiento

La Enemistad existe, de manera adecuadamente silenciada, entre el personal que trabaja para diferentes empresas o entre diferentes disciplinas...

...se producen tensiones entre los servicios sanitarios y los servicios sociales....así como entre diferentes grupos de profesionales...

...se pide colaboración mutua, pero es dudoso que pueda encontrarse una base común objetiva que pueda ser aceptada por trabajadores que pertenecen a organismos diferentes con presupuestos independientes.



David Goldberg. Del prólogo de: La Matriz de la Salud Mental. Manual para la Mejora de Servicios. G Thornicroft y M Tansella