
LA ATENCIÓN
SOCIOSANITARIA EN
SALUD MENTAL:
ANÁLISIS
COMPARATIVO
ENTRE LAS
COMUNIDADES
AUTÓNOMAS DE
CATALUÑA Y PAÍS
VASCO

SOCIAL-HEALTH CARE IN
MENTAL HEALTH:
COMPARATIVE ANALYSIS
BETWEEN THE
AUTONOMOUS
COMMUNITIES OF
CATALONIA AND BASQUE-
COUNTRY



Elena Puerto-Casasnovas^{1,2,3,4}
Jorge Galiana Richart^{2,3,4,5}
Francisco López-Muñoz^{1,6,7,8}
Alfredo Rocafort³
Gabriel Rubio^{6,8,9,10}

¹*Universidad Camilo José Cela*

²*EAE Business School*

³*Universitat de Barcelona*

⁴*Universitat Autònoma de Barcelona*

⁵*Universitat Ramon Llull*

⁶*Instituto de Investigación Hospital 12 de
Octubre (i+12)*

⁷*Universidade Portucalense (Oporto)*

⁸*Instituto de Salud Carlos III*

⁹*Hospital Universitario 12 de Octubre*

¹⁰*Universidad Complutense de Madrid*

email: flopez@ucjc.edu

RESUMEN

La atención en Salud Mental ha sufrido una radical transformación a lo largo de la historia, tanto desde el punto de vista asistencial como de la consideración de la enfermedad, siendo el punto de inflexión definitivo el momento en que la cobertura de las enfermedades mentales se integró dentro del Sistema de Salud. Desde entonces, la organización de la Salud Mental ha evolucionado atendiendo a las diferentes necesidades de la sociedad, hasta llegar actualmente a las organizaciones sanitarias integradas, donde operan de forma conjunta la Atención Primaria, la hospitalaria y los servicios sociales, tanto desde una perspectiva asistencial como de gestión. Además, hay que tener presente que España cuenta en la actualidad con un sistema sanitario de cobertura universal que está transferido a las Comunidades Autónomas, existiendo diferencias significativas entre cada una de ellas, según se refleja en sus particulares Planes de Salud. La metodología utilizada se basa en las técnicas de investigación histórica centrado el análisis en la evolución histórica de la salud mental y cómo se ha abordado desde las Comunidades Autónomas que son objeto de estudio dicha patología. Los desequilibrios territoriales y de asignación de recursos se incrementan en periodos de crisis. En el presente trabajo se analiza este tipo de atención en dos comunidades autónomas, el País Vasco y Cataluña, que aun siendo ambas de naturaleza avanzada, presentan diferencias significativas. El objetivo de dicho estudio es realizar un análisis comparativo de dos Comunidades Autónomas para poder establecer líneas de

ABSTRACT

Mental Health care has undergone a radical transformation throughout history, both from the point of view of care and the consideration of the disease. The definitive turning point was the moment when the coverage of mental illnesses was integrated into the Health System. Since then, the Mental Health organization has evolved in response to the different needs of society, until currently reaching integrated health organizations, where Primary Care, hospitalary care and social services operate jointly, both from a healthcare perspective as of management. In addition, we must bear in mind that Spain currently has a universal coverage health system that is transferred to the Autonomous Communities, there being significant differences between each of them, as reflected in its particular Health Plans. The methodology used is based on historical research techniques, focusing the analysis on the historical evolution of mental health and how this pathology has been approached in the Autonomous Communities that are the object of study. Territorial and resource allocation imbalances increase in times of crisis. In this paper, this type of attention is analyzed in two Autonomous Communities, the Basque Country and Catalonia, which, although both of them are advanced in nature, present significant differences. The objective of this study is to carry out a comparative analysis of two Autonomous Communities in order to establish future lines of action within the framework of mental health.

actuación futuras en el marco de la salud mental.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental; Servicios Sociales; Organizaciones Sanitarias Integradas; Comunidades Autónomas; País Vasco; Cataluña.

KEYWORDS

Mental Health; Social Services; Integrated Health Organizations; Autonomous Communities; Basque Country; Catalonia.

INTRODUCCIÓN

La asistencia prestada a los enfermos con patologías mentales ha ido cambiando y evolucionando a lo largo de la historia, dependiendo fundamentalmente de la legislación existente y de las modificaciones que ésta ha sufrido. Baste recordar que, inicialmente, la psiquiatría tenía una concepción caritativa, en cuanto a la asistencia se refiere, para posteriormente evolucionar a una asistencia pública más moderna a cargo del Estado. Es decir, en términos asistenciales se aprecia una evolución que pasa de una asistencia de carácter asilar, fundamentalmente a cargo de la Iglesia, a un modelo médico sanitario más institucional.

El transcurrir del tiempo, junto con los avances producidos en el campo de la medicina, así como los cambios acaecidos en los patrones de la sociedad, ha llevado hacia un nuevo concepto de "salud". La Organización Mundial de la Salud (OMS) define este paradigma como "[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2016). Y, sin lugar a duda, la salud mental está considerada definitivamente como una parte integral de la anterior definición. Así pues, se puede considerar que la salud mental es mucho más que una ausencia de un trastorno mental, siendo un estado fundamental que debe de gozar de máxima prioridad para los propios individuos, las familias y, por supuesto, para toda la sociedad: "[...] un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2016).

Hay que tener presente que la salud se entiende bajo tres dimensiones, física, mental y social (Valenzuela Contreras, 2016), que se encuentran estrechamente relacionadas y que a su vez son interdependientes, de tal forma que las modificaciones o alteraciones que se pueden producir en algunas de ellas repercuten

en las otras. De ello se desprende que la salud mental debería ocupar un rol importante en el marco social, ya que forma parte de un elemento constitutivo del bienestar de los individuos.

Del mismo modo, existe un alto consenso dentro del campo de la salud mental sobre la gran importancia que en la determinación de esta juega el factor social (Benach et al., 2015). Así pues, las políticas públicas de salud, en general, y las políticas de Salud Mental, en particular, deben hacer hincapié en el entorno social como un factor fundamental de las causas de estos trastornos (Badallo et al., 2013).

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ESTADO ESPAÑOL

El sector sanitario constituye un pilar fundamental en la estructura económica de los diferentes estados. El sistema sanitario español se financia con fondos públicos, es decir con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. Estos fondos públicos provienen de los ingresos que se han recaudado a través de los impuestos, ya sean de carácter estatal, provincial o municipal, aceptándose la convivencia paralela y complementaria con la sanidad privada. Por lo tanto, una de las características principales de nuestro sistema sanitario es la universalidad, ya que todos los ciudadanos españoles tienen acceso al mismo y de esta forma se les garantiza la asistencia sanitaria, ya que los costes que se derivan están sufragados fundamentalmente por el estado, en un 71%, mientras el 29% restante es financiado con recursos privados (Ministerio de Sanidad, 2012).

Con la cesión de competencias a las Comunidades Autónomas (CC.AA.) se produjo en nuestro país la descentralización de los servicios en materia de sanidad, originándose importantes diferencias entre ellas. De hecho, la Ley General de Sanidad (LGS) no estableció regulación alguna dirigida a poder garantizar la universalidad e igualdad básica en cuanto a la protección sanitaria se refiere. Y tampoco quedó definido un modelo de organización sanitaria una vez acabado el proceso descentralizador, ni se hizo referencia a un calendario de traspasos en cuanto a materia sanitaria se refiere (Lopez-Casasnovas & Rico, 2003).

Ante dicha situación, la descentralización de la asistencia sanitaria se fue desarrollando de manera irregular y se prolongó durante un largo periodo: en 1994 había siete CC.AA. que habían recibido dicho traspaso, mientras que las diez restantes no lo recibieron hasta diciembre del 2001.

LA REFORMA EN SALUD MENTAL

Los primeros signos evidentes de crisis en relación con la asistencia en Salud Mental acontecen a principios de la década de 1960. En España, en 1977 se crea una Comisión de Planificación y Organización de la Asistencia Psiquiátrica dentro del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que se fundó en dicho año y se elaboró un documento que finalmente no prosperó. Finalmente, se creó por Orden Ministerial de 27 de julio de 1983 la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que desarrolló su trabajo bajo el amparo del Ministerio de Sanidad y Consumo, siendo ministro Ernest Lluch (1937-2000). La clave de este trabajo fue vincular la reforma sanitaria con la reforma psiquiátrica, por lo que era previsible de que se producirían cambios en salud mental si los había en el entorno sanitario.

Del informe de la Comisión Ministerial salieron los siguientes ejes de actuación:

- Nuevo modelo de salud mental orientado a la comunidad e integrado en el sistema sanitario que se estaba gestando.
- Compromiso territorial con una actitud preventiva y comunitaria, teniendo un papel fundamental la Atención Primaria en el conjunto de la asistencia sanitaria.

Así pues, el compromiso territorial al que hacía referencia la Comisión en cuanto a la atención en salud mental se refiere, incluía la participación de los usuarios y la integración de recursos y de las acciones en el ámbito del área de salud. De esta forma, transcendía a la red hospitalaria y se extendía la salud mental a la Atención Primaria, promoviéndose la organización a nivel especializado. Así, se comenzó a diseñar una estructura en la red de Salud Mental, frente al esquema jerárquico tradicional (Capella, 2001).

Bajo estas premisas, se fue produciendo una transformación en los siguientes ejes:

- La integración hospitalaria y la creación de los nuevos Centros de Salud Mental (CSM).
- La hospitalización de los pacientes psiquiátricos en la red general de salud.
- La reordenación de las urgencias psiquiátricas.
- La atención en crisis.
- La creación de recursos de apoyo comunitario.

Dicho informe daba prioridad a los programas de atención para menores, ancianos, reclusos y dependientes de sustancias. Actualmente la atención prioritaria a estos cuatro colectivos sigue vigente, incluyendo al colectivo de inmigrantes.

Los frutos de este trabajo se hacen realidad en el año 1989, con la práctica universalización de la sanidad y la equiparación de los enfermos mentales al resto de pacientes de la sanidad pública. Con la aprobación de la Ley y el fin de la legislatura de Ernest Lluch finaliza esta primera fase de la reforma de la salud mental en España, y da comienzo a la segunda, con un protagonismo creciente de las CC.AA.

Segunda fase de la reforma de la Salud Mental a nivel Autonómico

Esta segunda fase de la reforma en salud mental está protagonizada por las CC.AA., para lo que se establecieron convenios de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, se crearon estructuras directivas en casi todas las CC.AA. para poder realizar una planificación de la salud mental, se realizaron Planes de Salud Mental y se dotaron de recursos y programas específicos a la atención de la salud mental (Desviat, 2011).

En las dos últimas décadas de siglo XX se incrementaron los esfuerzos de los responsables en Salud Mental de las diferentes CC.AA. que se habían comprometido con los cambios, pero los resultados se vieron limitados por las diferentes prioridades sanitarias de cada CC.AA. En cualquier caso, y en este contexto, es evidente que se han establecido mapas sanitarios, se ha realizado una estructuración por áreas y distritos, se ha establecido una regulación a la atención en salud mental en diferentes CC.AA., se ha producido un avance en el desarrollo en la formación de postgrado de los profesionales sanitarios, se han establecido mejoras en cuanto a la gestión y evaluación de la salud mental y ha habido un gran avance con la sustitución del modelo “manicomial” hacia un sistema comunitario.

Consecución de objetivos

Llegado a este punto, se aprecia que la continuación del proceso de la reforma en salud mental quedó en manos de las CCAA y su desarrollo ha sido muy desigual entre ellas, debido fundamentalmente a las características intrínsecas en que se realizó la descentralización del sistema sanitario, así como a las propias características del mismo (Desviat, 2019). Por otro lado, cabe resaltar la insuficiencia de recursos en lo que se refiere a la atención a los enfermos crónicos y la precariedad que se está imponiendo en los programas comunitarios.

En muchas ocasiones, las reformas se hicieron sin cambios normativos que pudiesen avalar las nuevas formas de trabajar, es decir, sin un poder legitimador de la atención comunitaria. Así pues, la desinstitucionalización y el trabajo comunitario se realizaba al amparo de la LGS, que en muchos casos daba lugar a interpretaciones, y sólo avanzó gracias al gran esfuerzo de los profesionales involucrados en este proceso.

Servicios Sociales y Salud Mental

Como se ha comentado, la eficiencia en la atención a los pacientes con trastornos mentales necesita no sólo del propio sistema de salud y las intervenciones clínicas, sino que es necesario contar con el condicionante social (Molina et al., 2018), ya que existen determinados problemas y necesidades que se tienen que cubrir (Rodríguez & Sobrino, 2007):

- Atención en momentos de crisis.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.
- Integración laboral.
- Apoyo al alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Apoyo económico.
- Protección y defensa de los derechos de estos pacientes.
- Apoyo a las familias.

Todas estas necesidades requieren de Servicios Sociales y de una perspectiva comunitaria, ya que la rehabilitación de las personas que padecen trastornos mentales pasa por potenciar una vida “normalizada”. Es en este sentido donde el trabajo social pasa a formar parte de una estrategia esencial para la eficiencia del sistema. De hecho, el sistema sanitario, en lo que hace referencia a la salud mental, ha evolucionado de un sistema exclusivamente asistencial y basado en internamientos definitivos, a un régimen comunitario que se caracteriza por los hitos que se muestran en la Tabla 1 (Balanza, 2008).

Aun habiéndose producido avances considerables para proporcionar la atención requerida a las personas que padecen trastornos mentales, se está muy lejos de conseguir el desarrollo que correspondería, debido fundamentalmente, y entre otros factores, a la carga familiar y social atribuible a los trastornos mentales (Pérez Urdániz, 2012). Además, las diferencias existentes entre las CC.AA., y el hecho de que se hayan desarrollado a diferentes ritmos, posibilitan la existencia de una gran diferencia entre ellas en cuanto al gasto e inversión en materia de salud Mental (Espino, 2010). Por lo tanto, nos encontramos ante un sistema de salud mental que

tiene debilidades importantes en cuanto a la atención sanitaria, sobre todo en lo relativo a la atención integral a este colectivo, a lo que hay que sumar las desigualdades que se producen a nivel territorial (Espino, 2002).

Tabla 1. Hitos alcanzados en la evolución de la salud mental.		
CON RELACIÓN A LAS ESTRUCTURAS SANITARIAS	CON RELACIÓN AL MODELO PROPUESTO	EN CUANTO A LA ATENCIÓN DE GRUPOS DE RIESGO
Coordinación entre los equipos de atención primaria y la atención especializada	Garantizar asistencia integral.	Especial atención al colectivo infanto-juvenil
Composición multidisciplinar de los equipos de Salud Mental	Estar integrado en la estructura sanitaria	Drogodependientes
Unidades de hospitalización de corta estancia, en hospitales generales		Pacientes geriátricos
Reducción de la hospitalización		
Facilitar la integración en el ámbito comunitario		
Transformación de los hospitales psiquiátricos en instituciones rehabilitadoras		

Los cuidados y la atención que requieren estos pacientes han quedado delegados a la atención comunitaria, no suficientemente desarrollada, cayendo la responsabilidad de su cuidado, en gran medida, en el entorno familiar, en caso de existir (Pasarín et al., 2013). La reforma psiquiátrica ha dado lugar al paso de hospitalizaciones únicas y permanentes a múltiples hospitalizaciones parciales cuando estas son necesarias (Ribé Buitrón, et al., 2011), lo que implica la ausencia de servicios sociales de apoyo suficientes.

Además, la salud mental se ve afectada de forma negativa durante los periodos de precariedad económica (Gili et al., 2014). Así pues, las consecuencias negativas de la pasada crisis económica, cuya afectación fue a nivel mundial, requerirá que la planificación de los recursos deba reformularse e incrementarse, adecuándose a un incremento de la demanda. Paralelamente, ante situaciones de crisis económica se produce una disminución en los presupuestos públicos asignados al sistema sanitario, siendo la salud mental uno de los más afectados en cuanto a la reducción de recursos asignados.

Para analizar la diversidad en la organización, estructura y situación actual de la salud mental dentro del estado de las autonomías en España, tomaremos dos CC.AA. con características diferenciadas, el País Vasco y Cataluña.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

La transferencia en competencias de sanidad del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) al Gobierno Vasco tuvo lugar en enero de 1988, pasando a ser competencia desde entonces de Osakidetza (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2017), Servicio Vasco de Salud, que fue creado en 1983 con los recursos sanitarios de Diputaciones y Ayuntamientos del País Vasco. Hasta 1985, la atención en Salud Mental dependía de las Diputaciones Forales en cada Territorio Histórico y, en menor medida, de ayuntamientos, asociaciones sin ánimo de lucro y las congregaciones religiosas.

Fue en marzo de 1985 cuando la Salud Mental se integró jurídicamente en la red del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Esta integración constituyó un gran paso para lograr la unificación de los sistemas de gestión, evaluación e información, así como para una mejora en la utilización de los recursos y en la equidad (Markez, et al., 2000). Así pues, se trataba de disponer de un único organismo en cuanto a planificación sanitaria se refiere en toda la demarcación territorial, con el objetivo de disponer de un modelo de psiquiatría comunitario, con un amplio desarrollo del sector extrahospitalario, junto con otras alternativas de programas de rehabilitación y de reinserción.

En 1992, la Red de Salud Mental del Gobierno Vasco marcó unas líneas estratégicas, dando prioridad a los diferentes ejes (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2010):

1. Desarrollar alternativas a la institucionalización para las psicosis crónicas, mediante la interrelación entre el sector social y el sanitario.
2. Coordinación entre la red de Salud Mental y el nivel de Atención Primaria, garantizando la continuidad en los cuidados de los pacientes con trastornos mentales.
3. Establecer líneas de coordinación y pautas de actuación para tratar los casos y familiares de niños con maltrato infantil.
4. Considerar la formación en patología mental tanto en pregrado como en postgrado.
5. Coordinar las actuaciones con el nivel primario y el secundario para la asistencia psiquiátrica a enfermos de SIDA.

La Ley de Ordenación Sanitaria del 26 de junio de 1997 estableció la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza, de tal forma que el Departamento de Sanidad se configuró como un órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y Osakidetza quedó como el ente que actúa como provisor público de los servicios sanitarios (Chicharro, 2009). Así pues, desde la transferencia de competencias en enero de 1998, Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado, cuya misión es “atender a la provisión de los servicios sanitarios de titularidad pública”, e igualmente pretende “lograr un modelo de actividad más dinámico en sus estructuras y que opere bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión” (Monteruel, 2019).

La relación que se produce entre el Departamento de Sanidad y las diferentes organizaciones de Osakidetza se realiza mediante el Contrato Programa (Chicharro, 2009), que constituye el instrumento jurídico mediante el cual se establece de manera directa las relaciones entre el Departamento de Sanidad, como financiador y comprador de los servicios sanitarios y las organizaciones de Osakidetza, como ente provisor de dichos servicios, adecuándolos en todo momento a las necesidades de la población (Gobierno Vasco, 2014). De esta forma, sus objetivos y líneas estratégicas son las siguientes (Osakidetza, 2011):

- Priorizar las intervenciones que contribuyan en mayor medida a la mejora del estado de salud.
- Personalizar los servicios, mejorando los niveles de información al usuario.
- Promocionar las políticas de calidad total, especialmente de mejora de acceso a los servicios.
- Eficiencia en la mejora de los servicios.

El territorio de la CC.AA. de Euskadi se encuentra dividido acorde con la situación sociosanitaria, en las tres demarcaciones geográficas, denominadas Áreas de Salud: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa. En cada una de ellas se garantiza una adecuada ordenación de la Atención Primaria y su coordinación con la Atención Especializada, así como con los servicios socio-sanitarios que le correspondan, de acuerdo a una nueva estructura organizativa basada en la Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs), que fue aprobada en el Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las Organizaciones Sanitarias Integradas del ente público Osakidetza - Servicio Vasco de Salud (Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones públicas integradas del ente público Osakidetza - Servicio Vasco de Salud, 2018).

En total existen 13 Organizaciones Sanitarias Integradas, 6 en Guipúzcoa, 5 en Vizcaya y 2 en Álava; en salud mental existen tres redes territoriales y 47 centros

de salud. Así pues, con las OSIs se consolida el nuevo modelo organizacional de asistencia sanitaria, en el que se integra la Atención Primaria y la Hospitalaria, bajo el principio de la autonomía financiera y de gestión.

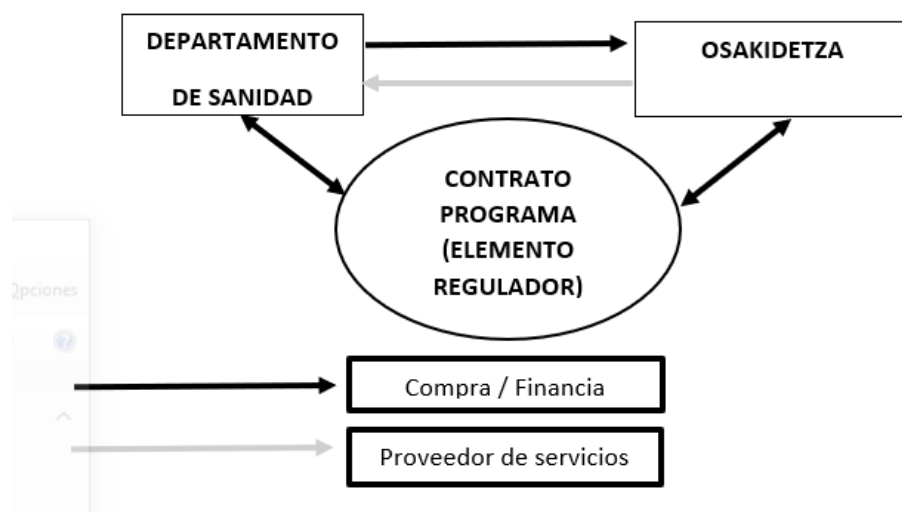


Figura 1. Organización del Departamento de Sanidad del País Vasco.

Evolución del modelo asistencial

En 1987 se creó la Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental, promoviendo las líneas generales de actuación y la política asistencial, así como la planificación y coordinación de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Fue a partir de entonces cuando se produjo un amplio desarrollo de los servicios de Salud Mental, si bien es cierto que han convivido las estructuras antiguas con los nuevos centros de salud mental (CSM) (Osakidetza. Servicio vasco de salud, 2010).

El número de pacientes atendidos en Salud Mental se ha incrementado a lo largo de los años. Hay patologías, como la depresión, que se ven afectadas por el envejecimiento de la población, así como otros trastornos mentales relacionados con este fenómeno (demencias, trastornos de sueño, etc.), lo que “ha llevado a la Red de Salud Mental de Osakidetza a atender en 2018 más de 1 millón de consultas y procedimientos” (Osakidetza. Servicio Vasco de salud, 2019).

Con el despliegue global de las OSIs, que requiere de una adaptación de las estructuras ya existentes, ya sea tanto asistencial como de gestión, se ha potenciado el desarrollo de una atención integrada, impulsando las interacciones clínicas entre

los diferentes profesionales que intervienen en un mismo proceso asistencial, con el objetivo de maximizar los resultados en la salud de las personas que son atendidas.

Así pues, las OSIs están especialmente diseñadas para atender los retos de la vejez, cronicidad y dependencia, consiguiendo que la atención sanitaria sea menos fragmentada, más eficiente y de mejor calidad.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

Entre los años 1979 y 1981 se realizó el traspaso de competencias de todos los servicios y centros sanitarios y sociosanitarios del Estado al Gobierno Autónomo de Cataluña, pero no se incluyeron los servicios psiquiátricos. Entre los años 1983 y 1989, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña realizó diferentes acciones que contribuyeron a la configuración del modelo sanitario catalán, que son las siguientes:

- El Plan de Reordenación Hospitalaria y la creación de la red hospitalaria de utilización pública (XHUP).
- La reforma de la atención primaria de salud.
- La creación de servicios de atención sociosanitaria para la tercera edad y los enfermos crónicos (Programa “Vida a los años”).
- Creación de una red de atención a la drogodependencia.

En el año 1990 se aprobó la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), incorporando un sistema sanitario mixto público / privado de provisión de servicios sanitarios de financiación pública y con la separación de funciones de planificación, financiación y compra de servicios sanitarios y sociosanitarios, tal cual se muestra en la tabla 2 y en la figura 2.

La LOSC establece que el Plan de Salud de Cataluña es el instrumento principal de planificación sanitaria y el marco de referencia de todas las actuaciones en el ámbito de salud, y el contrato es el instrumento para la compra de servicios. Así pues, el Instituto Catalán de la Salud pertenece orgánicamente al Departamento de Salud, pero funcionalmente forma parte de la XHUP como proveedor público de servicios hospitalarios.

Antecedentes de la atención psiquiátrica y la salud mental

La prestación de servicios de salud mental de financiación pública fue competencia de las Diputaciones Provinciales hasta la década de 1990, estando al

margen del resto de servicios sanitarios. En la década de 1970 y 1980, las Diputaciones Catalanas, juntamente con las entidades proveedoras de servicios psiquiátricos, promovieron movimientos de reforma de la asistencia psiquiátrica, y se crearon los primeros consultorios locales y los servicios ambulatorios de atención psiquiátrica fuera de los hospitales psiquiátricos.

En Cataluña, a diferencia del resto del Estado, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por un lado, decidió no desarrollar equipos propios de Salud Mental en el Instituto Catalán de Salud e integrarlo plenamente en la red de consultorios locales y de los hospitales psiquiátricos de las 4 Diputaciones, y por el otro lado creó una red de atención psiquiátrica infantil y juvenil diferenciada (Camprubí, 2002).

Tabla 2. Modelo de separación de funciones por la LOSC	
FUNCIONES	ORGANISMO RESPONSABLE
Planificación y financiación	Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.
Aseguramiento y compra de servicios	Servicio Catalán de Salud.
Provisión de servicios	Entidades proveedoras de titularidad pública o privada. Puede ser prestación directa (mediante el ICS), indirecta (mediante entidades ajenas) o compartida (mediante consorcios con participación pública o privada).

En el año 1990 se firmó un convenio mediante el cual la Diputación de Barcelona delegaba funciones a favor de la Generalitat de Cataluña, y en 1992, por Real Decreto 167/1992, se llevaron a cabo los traspasos a la Administración de la Generalitat de Cataluña de los servicios y recursos de las Diputaciones de Gerona, Lérida y Tarragona en materia sanitaria, y se crearon las empresas públicas. Dos hechos importantes acontecieron en 1994:

1. Se aprobó la ampliación del apartado de Salud Mental del Plan de Salud de Cataluña, estableciendo los objetivos generales y las políticas que inspirarían el desarrollo futuro de la Atención Psiquiátrica y la Salud Mental en Cataluña. Fue a partir de este momento que se integraron las intervenciones y acciones prioritarias de los problemas de Salud Mental en la misma consideración que otros problemas de salud
2. En el seno del Consejo Asesor se realizaron grupos de trabajo, con la participación de prestigiosos profesionales, desarrollando documentos de

recomendaciones, orientando de esta forma las intervenciones y las acciones prioritarias a desarrollar, con el objetivo de dar una respuesta a las necesidades de las personas con trastornos mentales y a sus familias.

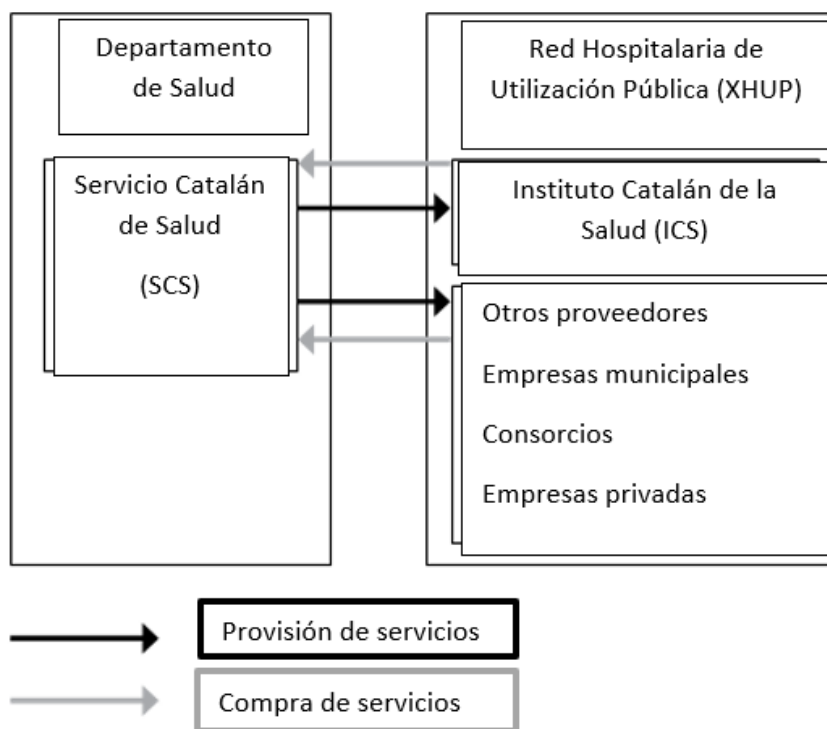


Figura 2. Relación entre el proveedor de la red hospitalaria y el Departamento de Salud.

Durante el periodo 1993-1996 se firmaron acuerdos y convenios interdepartamentales, con el objetivo de favorecer actuaciones interdisciplinarias e intersectoriales para poder dar una respuesta integral a las necesidades de los individuos con trastornos mentales y a sus familias. De esta forma, se firmaron acuerdos con los Departamentos de Bienestar Social, Educación, Justicia y Trabajo.

En el año 1995 se llevó a cabo, por primera vez en Cataluña, un estudio transversal de todos los enfermos crónicos ingresados en unidades de media y larga estancia, dando lugar, en el año 1997, a una prueba del sistema de notificación de la actividad de los Centros de Salud Mental, al Conjunto Mínimo Básico de Datos de los CSM (Camprubí, 2002).

Finalmente, a principios de 1998, el Parlamento de Cataluña instó al Gobierno de la Generalitat a llevar a cabo las actuaciones pertinentes desde la red

sanitaria y los acuerdos interdepartamentales necesarios para dar respuesta a las urgencias psiquiátricas.

Así pues, el modelo de Atención Psiquiátrica y Salud Mental en Cataluña se fundamenta en el despliegue y consolidación de una red de atención especializada en Salud Mental donde prevalezcan los principios de equidad, accesibilidad, continuidad asistencial, y sobre todo que se garantice una atención de calidad mediante los siguientes mecanismos:

- Integración de la Red de Salud Mental en el Sistema Sanitario general e íntimamente relacionado con la Atención Primaria de Salud.
- Priorización de la atención a las personas con trastornos mentales, potenciando los recursos comunitarios para minimizar los desequilibrios territoriales, permitiendo mantener la vinculación de la persona con su entorno social y familiar.
- Reordenación de los Servicios de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial de los servicios que se prestan a los usuarios del Sistema Sanitario público.
- Aprovechamiento de los recursos sanitarios existentes, potenciando un modelo en el que coexisten y se complementan los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales y los hospitales monográficos, donde los criterios de planificación se basen en accesibilidad, equidad y la continuidad asistencial.
- Focalización de los servicios y los programas de Salud Mental a la población de riesgo, priorizando la atención a la población infantil y juvenil.
- Desarrollo de intervenciones de contención y prevención de la cronificación, haciendo posible la instauración de programas de rehabilitación e inserción social y laboral.
- Potenciación de la intersectorialidad e interdepartamentalización como elemento imprescindible para atender la complejidad de la Salud Mental, impulsando los vínculos y compromisos con otras redes no sanitarias.
- Desarrollo de programas de investigación, formación y docencia para mejorar el conocimiento científico, las habilidades técnicas de los profesionales y la calidad del servicio.

Hacia una perspectiva sociosanitaria

De acuerdo con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, el Plan de Salud es el instrumento de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de salud

en el ámbito de la Generalitat de Cataluña. El último Plan de Salud, aprobado en el año 2021, comprende el periodo de actuación 2021-2025 (Generalitat de Cataluña., 2017). El Plan de Salud se elabora teniendo en cuenta los principios de equidad y accesibilidad, velando en todo momento por el cumplimiento y la responsabilidad en el trabajo asistencial, de gestión y de intervención comunitaria necesaria para la mejora de la salud de la población. Se establece una línea de colaboración interdepartamental entre el Departamento de Bienestar y Familia y el Departamento de Salud.

El sistema social sanitario presenta un cierta rigidez y estanqueidad (Fortuny Camerena, 2015), dificultando un proceso asistencial fluido para poder garantizar una adecuada atención a las personas usuarias del sistema. Para poder atender de una forma óptima a las personas con necesidades sociales y sanitarias, es necesario superar esa parcelación funcional, ya que dificulta una visión integral de las necesidades de los individuos e impide una actuación global de la situación (Vázquez et al., 2012).

Considerando esta situación de partida es necesario que ambas redes estén coordinadas. Por lo tanto, ante esta situación, se crea un marco de trabajo interdisciplinario y transversal, para proporcionar una respuesta integral, siendo un factor prioritario la coordinación y complementariedad departamental (Berbel & Sánchez, 2018), y estableciendo políticas conjuntas, impulsadas desde una voluntad unificadora.

Así pues, para poder otorgar una respuesta sólida, es necesario definir un modelo que tenga en cuenta los aspectos territoriales, poblacionales, cartera de servicios, la participación activa de los usuarios y un sistema de evaluación y mejora (Generalitat de Cataluña, 2016).

Para dar respuesta a este planteamiento, los departamentos de Salud y Bienestar Social y Familia crearon un Programa para la Prevención y la Atención a la Cronicidad (PPAC), facilitando el trabajo de coordinación entre ambos departamentos (Generalitat de Cataluña, Departamento de Salud 2017).

DISCUSIÓN

En el transcurso de las últimas décadas hemos asistido a un auge y desarrollo espectacular de la gestión sanitaria, incorporándose ideas, proyectos y experiencias, asimilándolo de esta forma en cuanto a la gestión se refiere a otros países de nuestro entorno.

En España existen tantos Planes de Salud Mental como CCAA, pero es cierto que en todas ellas es necesario un cambio de paradigma, apostando por un modelo de atención integral, siendo imprescindible la interrelación entre los servicios sociales y los sanitarios.

El sistema sanitario tiene que dar respuesta a las necesidades de los usuarios y se encuentra frente a una serie de retos, entre los que podemos identificar las necesidades estructurales de carácter social, que se concreta en una población cada vez más envejecida, con aumento de la coexistencia de varias patologías en un mismo paciente y una mayor complejidad asociada a la cronicidad. Pero también se enfrenta al reto del nuevo marco económico, lo que genera un aumento de la presión sobre los recursos públicos, poniendo en riesgo el sistema actual.

Por otro lado, existen fuertes desequilibrios, tanto de recursos como territoriales, que se viene acentuando en períodos de crisis económicas, ya que se busca un equilibrio presupuestario y muchas veces son las políticas sociales las que se ven más afectadas, existiendo una infradotación de recursos comunitarios, rehabilitación social, reinserción laboral y de apoyo a las familias (Boletín Oficial del Estado, 2019).

La implementación de las OSIs en el País Vasco, cuyo implantación finalizó en 2018, y el despliegue del modelo asistencial en desarrollo en Cataluña, constituyen dos formas de afrontar la atención a la Salud Mental, teniendo en consideración los retos comentados previamente, como la atención asistencial de por vida, siempre asegurando los principios básicos de equidad, eficiencia y calidad (Vallribera, et al., 2015).

Así pues, en el País Vasco el proceso de gestación de las OSIs ya concluyó, y la tendencia actual es trabajar desde la prevención, actualmente se tiene especial atención a la transferencia de conocimiento y que permitan su aplicación práctica y evaluación de los resultados (Retegi, 2020). De hecho, pretende ser un modelo transversal y estratégico, incorporando todas las áreas de conocimiento, es decir el conocimiento individual, el colectivo (trabajo en equipo) y el conocimiento a nivel organizacional. De esta forma se establece lo que se podría considerar un ciclo de vida de la transferencia de conocimiento, que sería identificar, capturar, compartir aplicar y evaluar (Retegi, 2022).

Así pues, todo lo comentado anteriormente en el caso del País Vasco, el compartir y crear nuevo conocimiento a través del aprendizaje colaborativo, generando además innovación ha sido posible que con estas buenas prácticas se ha

ganado el Award, siendo éste el máximo reconocimiento a la innovación en la categoría del sector sanitario.

En Cataluña aún, siendo conscientes que los trastornos mentales tienen un impacto muy importante en la calidad de vida de las personas afectadas en todos los ámbitos de relación interpersonal los servicios de salud están trabajando para garantizar una atención integral que potencie la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, así como la inserción social, y laboral de las personas afectadas. En este sentido el avance que se está produciendo en Cataluña es importante, pero en ningún caso se encuentra en una esta tan avanzado como en el País Vasco.

CONCLUSIONES

Para que se puedan alcanzar los niveles máximos de eficiencia de estos modelos, es necesario un cambio de paradigma entre todos los niveles asistenciales, ya sea a nivel cultural, de estrategia, de asignación de recursos internos y de reconocimiento de resultados obtenidos, siendo necesaria una evaluación a lo largo de todo el proceso, tanto de los resultados intermedios como finales, y de esta forma conocer la aportación de la integración de los servicios en aras a conseguir la mejora de la atención.

De la misma forma, para poder conseguir sinergias positivas, en el marco organizativo y de gestión integral en la atención a las personas con enfermedad mental, se tiene que consolidar la relación existente entre los Departamentos de Salud y los de Bienestar Social y Familia, con una estrecha coordinación y complementariedad de las dos redes de atención, siendo fundamental tener una visión más amplia, incrementando la actuación en los ámbitos educativos y laboral.

En el contexto actual que nos encontramos tras la pandemia de la COVID-19, queda por determinar el impacto real que ha causado o causará en la salud mental de la población. Existen ciertas hipótesis (Carbone, 2020) que determinan que falta por llegar una “ola” de patología mental.

Finalmente, en España después de llevar más de cinco años con una estrategia de Salud Mental en cierto modo caducada, ha anunciado la presentación de una nueva estrategia de Salud Mental que estará vigente, entre el 2022 y 2026 (Consejo de Ministros, 2021) incluyendo un plan de prevención del suicidio. Los modelos de interacción previamente comentados pueden ayudar a conseguir una atención integral sanitaria y social a los individuos con problemas de Salud Mental,

a través de un trabajo en red. Pero, para implementar este proceso transformador es imprescindible la voluntad colectiva de los profesionales sanitarios, las asociaciones de enfermos, los familiares, los propios enfermos y, por supuesto, los responsables políticos.

En cualquier caso se debe de mantener la tendencia actual que es la prevención, así mismo el impacto que ha producido la pandemia ocasionada por la Covid-19 en la salud mental, ha puesto de manifiesto la necesidad de mejorar considerablemente (sobre todo en el caso de Cataluña y que podría ser extensible al resto de Comunidades Autónomas), el grado de coordinación y de integración de todos los servicios que se ofrecen a las personas con patologías en salud mental repartidos en las diferentes redes de atención.

La línea futura que debería de enmarcarse en la estrategia de la salud mental es la de prevención, y reforzar la atención al bienestar emocional con una visión a largo plazo, de tal forma que con un trabajo coordinado desde las diferentes instituciones se pueda llegar a definir, implementar y evaluar objetivos estratégicos y operativos así como actuaciones y proyectos a medida que estén coordinadas y que permitan compartir la generación de conocimiento, detectar la realidad en la que nos encontramos y sobre todo optimizar al máximo los recursos invertidos.

En esta línea, es la Unión Europea que ha declarado la salud mental como una prioridad, abordándolo desde las políticas públicas, con el objetivo de prevenir y afrontar los problemas en salud mental, así como el estigma y la exclusión social.

REFERENCIAS

- Badallo, A., García-Arias, S., Yélamos, I. (2013), "La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial". Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Balanza P. (2008). Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España. *Norte de Salud Mental*, 7(31), 52-56.
- Benach, J., Julià M., Tarafa G., & Mir J., (2015) "La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña". *A Gaceta sanitaria*, núm. 29 (5), pàg. 275-278, 2015.
- Berbel, S., & Sánchez, E. (2018). *Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022*. Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona [<https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/pla-salut-mental-2016-2022-es.pdf>].
- Camprubí, A. (2002). El model d'atenció psiquiàtrica i salut mental a Catalunya.

- Quaderns d'Educació Social*, 0(02), 7-14
[<https://www.raco.cat/index.php/QuadernsEducacioSocial/article/view/347831/439016>].
- Capellá Batista-Alentorn, Alfred (2001). La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI(79), 101-128 [https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019672009].
- Carbone, S. R. (2020). Flattening the curve of mental ill-health: The importance of primary prevention in managing the mental health impacts of COVID-19. *Ment Health Prev*, 19, 200185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200185>
- Consejo de Ministros (2021). [<https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/documents/2021/refc20211203.pdf>].
- Chicharro, F. (2009). Salud Mental en Euskadi. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13, 131-138.
- Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones públicas integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 3588 19 (2018). [<https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2018/07/1803588a.pdf>].
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2017). *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-43 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es&tlng=es].
- Desviat, M. (2019). *Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España* Manuel Desviat, 23(Annual 2010), 1-9.
- Espino, A. (2002). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas: Amenazas y oportunidades. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 39-61 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100005&lng=es&tlng=es].
- Espino, A. (2010). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas: Amenazas y oportunidades. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII(81), 39-61. DOI: <https://doi.org/10.4321/s0211-57352002000100005>
- Fortuny Camerena, C. (2015). *Atención integrada social y sanitaria en Cataluña* (p. 12). [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/librojornadas_paravivirbienencasa_web_carmelaafortuny.pdf].
- Generalitat de Catalunya (2017). Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_mo

- [delo_catalan_atencion_personas_necesidades_complejas_2017_cas.pdf?sequence=5&isAllowed=y](#)].
- Generalitat de Catalunya. (2017). *Plan director de salud mental y adicciones* [http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/]
- Generalitat de Catalunya. (2021). *Pla de salut de Catalunya 2021-2025*. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf].
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104–108. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2014.02.005>
- Gobierno Vasco. (2014). *Plan de Salud 2013-2020. Informe anual de resultados 2014*. Gobierno Vasco. Departamento de Salud [http://www.euskadi.eus/contenidos/plan_programa_proyecto/xleg_pla_ngub_13/es_plang_13/adjuntos/Informe_anual_de_resultados_2014_PdS.pdf]
- Lopez-Casasnovas, G; Rico, A. . (2003). La desdentralización: ¿ parte del problema sanitario o de su solución? *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 319–326.
- Markez, I.; Póo, M.; Ariño, J.; Córdoba, S.; Merino, C.; Romera, C. (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. Araterco Editorial.
- Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2012). *National Health System of Spain* (pp. 1–54) [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Ingles.pdf].
- Molina, J. D., Durán-cutilla, M., Pérez-Ros, Y., & López-Muñoz, F. (2018). Mental Health Care in Spain : From Psychiatric Reform to Community-based Care within the “ State of Autonomies”. *Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei)*, 32(3), 173–187.
- Monteruel, M. (2019). *Características del sistema sanitario público vasco* (p. 4). OSEKI.
- OMS (2016). Constitución de la organización mundial de la salud. In *Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición*,. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf].
- Osakidetza. Servicio Vasco de salud. (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cornicidad en Euskadi*. Servicio Vasco de salud.
- Osakidetza. Servicio Vasco de salud. (2010). *Estrategia salud mental CAPV* (Osakidetza). Servicio Vasco de Salud.
- Osakidetza. Servicio Vasco de salud. (2011). *Recursos del Sistema Sanitario Público Vasco* [https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skprin03/es/contenidos/informacion/recursos_sistema_sanitario/es_sanidad/recursos_sistema_sanitario.html].
- Osakidetza. Servicio Vasco de salud. (2019). *Presentación del balance de Osakidetza 2018* [<http://www.osakidetza.euskadi.eus/noticia/2019/presentacion-del->

- [balance-de-osakidetza-2018/r85-cknoti03/es/](#)].
- Pasarín, M. Isabel, & Diez, Elia. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 477-478. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>
- Pérez Urdániz, A. (2012). *Psiquiatría para no Psiquiatras*. Librería C.
- Retegi Ormazabal, J (2020). Gestión del conocimiento en OSI Donostialdea-Osakidetza: Retos y claves. *revista vasca de Gestión de Personas y Organizaciones públicas*, 19, 112-127. DOI: <https://doi.org/10.47623/ivap-rvgp.19.2020.07>
- Ribé Buitrón, J.M, Valero Valverde, M; Pérez-Testor, C. (2011). Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal. *Avances En Salud Mental Relacional*, 10(2) [<http://psiqui.com/1-6864>].
- Rodríguez A.; Sobrino T. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Editorial Síntesis.
- Valenzuela Contreras, L. . (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de La Educación Física y El Deporte*, 9(9), 50-59.
- Vallribera, P.; Cunillera, R., Soley, P.; Vieta, A.; Aira, C.; Trinquell, L. (2015). *Organizaciones sanitarias integradas: Modelos organizativos y alianzas estratégicas del entorno*. Antares.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., Nuño, R., & Toro, N. (2012). Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S1), 94-101. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.031>