

Salud Mental en Euskadi

F Chicharro

Médico Psiquiatra

Presidente de la Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria
(OME, Osasun Mentalaren Elkartea)

La asistencia psiquiátrica en Euskadi es probablemente una de las más desarrolladas, en cuanto a dotación de recursos, de todo el Estado. A diferencia de otros lugares (procesos de desinstitutionalización, cierre de hospitales psiquiátricos, etc.) en el País Vasco se ha apostado por un proceso de cambios paulatinos e implementación de recursos, si bien aún existen aspectos escasamente desarrollados entre los que se encuentran la atención infantojuvenil y los programas de rehabilitación.

En realidad en Euskadi no se ha producido un “movimiento de reforma psiquiátrica” similar al de otras comunidades (Asturias, Andalucía, zona sur de la Comunidad de Madrid –Leganés-, etc.). No se ha cerrado ningún hospital psiquiátrico, aunque se ha desarrollado una red de centros de salud mental, programas de atención comunitaria, recursos intermedios, pisos protegidos, etc., coexistiendo las nuevas estructuras comunitarias con las anteriores estructuras institucionales.

Legislación sanitaria

En 1986 la Ley General de Sanidad, en su artículo 20, establecía *“el carácter comunitario de los servicios de salud mental, con derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito, debiendo potenciar las estructuras intermedias y extrahospitalarias”, con mención expresa a “la hospitalización psiquiátrica en unidades de los hospitales*

generales, desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social...”

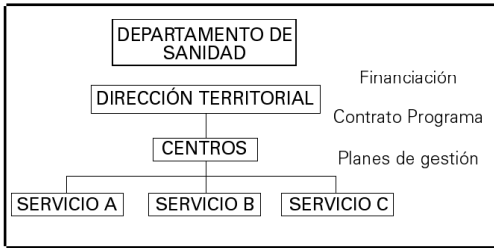
La transferencia de las competencias de sanidad del Insalud al Gobierno Vasco se produjo en enero de 1988, siendo desde entonces competencia de Osakidetza–Servicio Vasco de Salud.

La Ley de Ordenación Sanitaria aprobada en junio de 1997, determina la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza, de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios.

Desde 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”, pretendiendo “lograr un modelo de actividad más dinámico de sus estructuras que opere bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión”.

Las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las distintas organizaciones de Osakidetza, se articulan mediante el “Contrato-Programa”. Este contrato se negocia y firma por los gerentes de los centros con la Dirección Territorial de Sanidad, y en él se establece: *CARTERA DE SERVICIOS; VOLUMEN DE ACTIVIDAD; ACTIVIDAD CONTRATADA; COMPROMISOS DE CALIDAD; FACTURACIÓN Y FINANCIACIÓN.*

Cada centro negocia previamente con sus diferentes servicios los puntos anteriores, y el conjunto constituye el Contrato Programa del centro.



Modelo asistencial y desarrollo de recursos

Previamente, en 1987, se crea la “Comisión para la reforma de los servicios de salud mental de la CAPV”, promoviendo las líneas generales de la política asistencial, su planificación y coordinación². Consecuentemente, entonces se determina el modelo asistencial a implantar. En dicho documento se establece el modelo teórico y la filosofía de la asistencia a la salud mental en la CAPV:

- *PSIQUIATRÍA COMUNITARIA*
- *SECTORIZACIÓN*
- *RED DE SALUD MENTAL*

Desde entonces se ha producido un amplio desarrollo de servicios de salud mental si bien, como se comentaba anteriormente, conviviendo las antiguas estructuras (hospitales psiquiátricos) con las de nueva creación (Centros de Salud Mental).

En realidad la CAPV fue una de las primeras en establecer una red de centros de salud mental que abarcara todo el territorio así como, en un periodo inicial, en la creación de recursos intermedios (centros y hospitales de día). En 1991 existían 6 centros de día, cifra solo superada por Madrid, Cataluña y Andalucía. En 1994 el número de CSM colocaba a la CAPV en el primer lugar en cuanto a centros implantados en relación con el número de habitantes.³

CENTROS DE SALUD MENTAL EN LA CAV

	1985	2000
Nº CENTROS	35	47
MEDICOS	68	127
OTRO PERSONAL SANITARIO	109	285

- El aumento de la plantilla ha sido igual-

mente notable, con unas cifras estimables en cuanto la relación profesionales/población:

Evolución actividad ambulatoria

Con el fin de dar una imagen lo más actualizada posible se van a utilizar los datos correspondientes al Territorio de Vizcaya, que dan una visión de lo ocurrido en la última década, y que probablemente son extrapolables al conjunto:

- Las consultas de evaluación (primeras y reinicios) han aumentado un 54%
- Las consultas de seguimiento (o sucesivas, consistentes en control farmacológico con un grado variable de apoyo) han aumentado un 150%
- La terapia individual ha aumentado un 37%
- En cambio, y aunque resulte contradictorio ante la presión de la demanda, la terapia grupal ha disminuido un 30%
- La evolución del ítem. “otras intervenciones” probablemente no es valorable. En la medida que se ha ido perfeccionando el registro de casos, se incluyen algunas que antes no se recogían.
- El total de intervenciones ha aumentado un 125%

La realidad, al igual que ocurre en otras CCAA., es que la demanda indiscriminada tiene colapsados a los CSM, que se encuentran con dificultades para establecer programas de seguimiento, visitas a domicilio, atención a la cronicidad, abordajes psicoterapéuticos, etc.

Los tratamientos psicoterapéuticos, en sentido estricto, son casi testimoniales. Salvo honrosas excepciones lo que se ha conseguido es que la consulta “esté en la comunidad”, evitando el desplazamiento a las consultas externas de los hospitales pero, salvo parcialmente en Alava, no ha llegado a implantarse una red de servicios de salud mental, coordinada, y con un desarrollo comunitario.

Hospitalización psiquiátrica de corta estancia

Se han creado cinco unidades de hospitalización psiquiátrica en hospital general (192

PROFESIONALES SALUD MENTAL

	CENTROPSIQUIAT. PSICOLO -				
	ATS/DUE	T. SOCIAL	OTROS		
GOS					
CSM ARABA	22	10	21	10	37
CSM BIZKAIA	67	37	36	26	49
CSM GIPUZKOA	38	18	32	12	25
H. SANTIAGO	7	1	14	1	14
H. BASURTO	10	4	13	1	21
H. CRUCES	6	0	9	0	13
H. GALDAKAO	9	3	16	1	17
H. GIPUZKOA	9	2	18	1	25
H. PSQ. ARABA	10	1	32	2	98
H. P. ZAMUDIO	18	0	34	4	99
H. P. ZALDIBAR	8	1	31	3	90
H. P. BERMEO	5	1	27	3	92
TOTAL	209	78	283	64	580

EVOLUCIÓN ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN VIZCAYA ⁴

MODALIDAD	1991	1999	+ - %
CONSULTA EVALUACIÓN	20.436	31.532	+54%
CONSULTA SEGUIMIENTO	61.792	154.252	+150%
TERAPIA INDIVIDUAL	40.065	55.024	+37%
TERAPIA GRUPAL	14.771	10.365	-30%
OTRAS INTERVENCIONES	32.525	130.322	
TOTAL CONSULTAS	169.589	381.495	+125%

camas). El Hospital Psiquiátrico de Zamudio dispone de dos unidades (que se reducirán a una en el 2002) con un total de 57 camas.

El colapso de los centros de salud mental, y la dificultad para establecer programas de seguimiento en la comunidad, probablemente ha impedido reducir el número de hospitalizaciones.

Por otra parte, las diferentes necesidades de los pacientes han obligado a ir adecuando los recursos en lo que respecta a programas asistenciales, tiempos de estancia, etc. En los últimos años, los hospitales psiquiá-

tricos han ido reconvirtiendo camas de larga (o en el caso de Zamudio de corta) en media estancia (subagudos) y desarrollando centros y hospitales de día.

Hospitalización psiquiátrica de media estancia

En Alava y Bizkaia las camas de media estancia se encuentran ubicadas en hospitales monográficos pertenecientes a Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (concertadas en el caso de Guipúzcoa). El número de camas y datos de actividad son los siguientes:

ACTIVIDAD UNIDADES DE HOSPITALIZACION CORTA ESTANCIA. 1999 ⁵

	ALAVA		VIZCAYA		GUIPUZCOA	VIZCAYA
	SANTIAGO	BASURTO	CRUCES	GALDACANO	GUIPUZCOA	ZAMUDIO
Nº CAMAS	32	40	15	37	68	57
Nº INGRESOS	746	871	468	795	1.187	1.083
E/MEDIA	14,12	15,89	10,42	14,15	17,93	17,56
% OCUPACION	94,6	97,6	89,1	82,17	84,7	91,79

Los porcentajes por población son los siguientes:

Nº CAMAS E INGRESOS CORTA ESTANCIA POR POBLACION. 1999

	ALAVA	VIZCAYA	GUIPUZCOA	TOTAL
Nº HABITANTES	293.976	1.145.026	695.537	2.134.539
CAMAS	32	149	68	249
CAMAS/10.000 hab.	1,09	1,30	0,98	1,17
INGRESOS/10.000 hab.	25,38	28,09	17,06	24,13

UNIDADES HOSPITALARIAS DE MEDIA ESTANCIA (RED PROPIA). 1999*

	ALAVA	VIZCAYA	
	H. ALAVA	H. ZALDIVAR	H. ZAMUDIO
Nº CAMAS	40	40	50
Nº INGRESOS	202	148	257
ESTANCIA MEDIA	68,75	89,17	68,07
I.OCUPACIÓN	95,13	90,39	95,86

Nº CAMAS MEDIA ESTANCIA (RED PROPIA) POR POBLACION

	ALAVA	VIZCAYA	TOTAL
Nº HABITANTES	293.976	1.145.026	-
Nº CAMAS	40	90	130
Nº CAMAS/100 00 hab.	1,36	0,79	0,90

Sectorización

Cada uno de los sectores cuenta con los correspondientes Centros de Salud Mental, Hospital General de referencia -con Servicio de Urgencias- y Unidades de Corta Estancia. El resto de los recursos (Media Estancia; Rehabilitación y recursos intermedios) tienen diferente desarrollo:

- En Alava la práctica totalidad de los CSM y las unidades de hospitalización

se encuentran situadas en Vitoria. Cuenta con un programa específico de atención y seguimiento para pacientes desinstitucionalizados. Se mantiene un hospital psiquiátrico con camas de media y larga estancia.

- En Guipúzcoa se dispone de unidad de hospitalización en hospital general y una red de CSM que cubre la totalidad del territorio. El resto de prestaciones se hace en régimen de concertados.
- En Vizcaya se mantienen tres hospita-

ASISTENCIA PSIQUIATRICA. DEPENDENCIA DE RECURSOS

S. Mental Extrahospitalaria	S. psiquiatría en H. General	Hospitales Psiquiátricos
CENTROS DE SALUD MENTAL	BASURTO CRUCES	ALAVA BERMEO
RECURSOS INTERMEDIOS	GALDAKANO GIPUZKOA SANTIAGO	ZALDIBAR ZAMUDIO

SECTORIZACION PSIQUIATRICA. VIZCAYA 2000⁷

PROGRAMA	MARGEN DCHA	MARGEN IZDA	BILBAO	INTERIOR
H. GENERAL	CRUCES	CRUCES	BASURTO	GALDAKAO
URGENCIAS	CRUCES	CRUCES	BASURTO	GALDAKAO
U. CORTA E.	ZAMUDIO	CRUCES	BASURTO	GALDAKAO
C.S.M.	Uribe/ Derio/ Erandoio	Barakaldo Sestao Mod. Cruces	B. Etxaniz S. Ignacio ^o Ajuriaguerra Ercilla Mod. Rekalde N. Salcedo	Basauri Galdakao Durango Gernika Bermeo
	Santurce Portugaleta Ortuella/Zalla B. Etxaniz S. Ignacio			
U. MEDIA E.	ZAMUDIO	ZAMUDIO	ZAMUDIO/ZALDIBAR	ZALDIBAR
U. REHAB.	ZAMUDIO	ZAMUDIO	ZAMUDIO	-
RECURSOS INTERMEDIOS	H.D. Uribe Club Uribe H.D. Zamud. H.D. Erandoio	C.D. Barakdo C.D. Sestao H.D. Ortuella Club Ortuella	H.D. Ajuriaguerra C.D. Garamendi H.D. Basurto	H.D. Basauri C.D. Durango C.D. Gernika
U. LARGA E.			BERMEO/ZALDIBAR	



les psiquiátricos (dos con media y larga estancia y otro -Zamudio- con unidades de corta estancia, media estancia y rehabilitación).

Coordinación

La realidad es que los diferentes dispositivos conforman tres redes paralelas (Salud Mental Extrahospitalaria; Unidades de Psiquiatría de Hospital General; Hospitales Psiquiátricos y recursos intermedios).

La coordinación siempre se plantea como un objetivo necesario, pero su desarrollo es diferente según los casos, y depende en último extremo de la voluntad de los profesionales, al no existir una estructura que lidere todos los recursos de un sector determinado, no estando contemplada la figura de una "Dirección de Área".

- Dentro de los nuevos modelos de gestión sanitaria, Osakidetza está impulsando las "UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA" que, aún no planteadas en exclusiva para salud mental, podrían dar respuesta a este problema.
- Las Unidades de Gestión Clínica consisten en la agrupación de servicios, gestionados por lo tanto desde un lugar común.
- Pretenden asimismo alentar la participación de los profesionales en a toma de decisiones, y dotar de una mayor autonomía (dentro del marco legislativo) en la gestión de recursos.

Recursos de rehabilitación psiquiátrica

Los enfermos mentales, y más cuanto mayor es la gravedad del cuadro clínico que padezcan, siempre han tenido serias dificultades para acceder a determinados recursos (entre ellos a los sanitarios) y en el nuevo marco de evolución social esta dificultad se agrava.

En realidad, y en sentido estricto, en Euskadi solo existe una unidad de rehabilitación (la ubicada en el Hospital de Zamudio) acreditada como tal, e incluida en el Contrato Programa que se firma con la Dirección Territorial anualmente. Pero la realidad es que, ya a finales de los 80, se estableció un programa de atención comunitaria que permitió externalizar a 150 de los 400

pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Alava⁸. No es sino en últimos cinco o seis años cuando se han comenzado a desarrollar dispositivos intermedios (centros y hospitales de día de rehabilitación) programas individualizados, etc.

El problema es que hasta hace relativamente poco tiempo, el tratamiento de "los crónicos" y los programas de rehabilitación psicosocial, habían sido considerados como de "segunda división," con una imagen poco atractiva para los profesionales, que se decantaban por otras áreas de actuación. Afortunadamente esta situación ha ido cambiando y recientemente se ha creado la "Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial".

Por otra parte no ha habido un estudio global de necesidades, ni una planificación de los recursos que serían necesarios para su atención. Así, han sido iniciativas puntuales

UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

INDICADORES	VIZCAYA
	H. ZAMUDIO
Nº DE CAMAS	46
Nº DE INGRESOS	137
Nº ALTAS	136
E / MEDIA	116,77
% OCUPACION	95,28

las que han ido generando dispositivos de rehabilitación.

Otro inconveniente es que la definición de un recurso no siempre se corresponde con el contenido de sus programas, originando confusión al hacer un "inventario" de los disponibles (hospital de día vs. centro de día por ejemplo). La definición actual de algunos dispositivos como "socio-sanitarios" no ha resuelto el problema sino que, en algunos casos, ha llevado a considerar que debe ser responsabilidad de instituciones no sanitarias (Diputación; Servicios Sociales; Asociaciones de usuarios). De cualquier forma, como antes se anticipaba, en los últimos años se han ido creando recursos que, en lo posible, se ha tratado queden "engarzados" en un esbozo de red de salud mental:

1. Unidades hospitalarias de rehabilitación

RECURSOS INTERMEDIOS. 2000

	DISPOSITIVO	NÚMERO	PLAZAS
ALAVA	Comunidad Terapéutica	1	18
	Hospital de Día Psiquiatría	1	17
	S. Rehabilitación Comunitaria	1	150
Subtotal		3	185
GUIPUZCOA	U. de Rehabilitación Polivalente	1	60
	Unidad de Día	1	18
	Taller Rehabilitación	3	45
	C. de Día concertados	4	75
Subtotal		9	198
VIZCAYA	Hospital de Día	11	189
	Club psicosocial	2	35
	Taller Ocupacional	1	17
	C. de Día concertados	5	108
Subtotal		19	349
TOTAL		31	732

• Existen además 183 plazas de Centro de Día no concertadas (repartidas entre cinco centros)

ALOJAMIENTO PROTEGIDO. 2000

	ALAVA	VIZCAYA	GUIPUZCOA	TOTAL
Nº HABITANTES	293.976	1.145.026	695.537	2.134.539
PLAZAS	126	152	¿?	278

Existe únicamente una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (creada en 1996, a partir de la transformación de una unidad de “crónicos,” en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio) que da cobertura a tres sectores del Territorio de Vizcaya (Bilbao, Margen Derecha y Margen Izquierda –aproximadamente 700.000 habitantes-).

2. Recursos intermedios

En la tabla adjunta se presentan los dispositivos por cada Territorio, así como los datos referidos a capacidad de los mismos. En unos casos son propios de la red de Osakidetza y en otros concertados (Asociaciones de usuarios –AVIFES, AGIFES- y Fundaciones sin ánimo de lucro –Argia; Eragintza; Bizitegi-)⁹

3. Alojamiento protegido

Además de los de la red propia, se mantienen conciertos con diferentes instituciones (Agia; AVIFES; Bizitegi; Eragintza) para recursos de alojamiento, centros de día, y empleo protegido. Aún siendo difícil hacer el inventario de los existentes –probablemente no estén todos- se ha intentado

hacer una aproximación:

Conclusiones

La situación actual

Como se ha expuesto, en Euskadi no ha habido un movimiento de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización similar al de otras comunidades. No se ha cerrado ningún hospital psiquiátrico, pero se ha producido un desarrollo, aunque desigual, de programas de atención comunitaria, pisos protegidos, etc.

Los hospitales psiquiátricos están procediendo a una reconversión de camas de corta y larga estancia hacia la rehabilitación, al mismo tiempo que se procede a la creación de centros y hospitales de día y alojamiento protegido.

Los ratios profesionales/población son superiores a los de la mayoría de la CCAA.; se han creado unidades de hospitalización en los hospitales generales, no habiendo por lo general problemas de falta de camas; se van desarrollando recursos intermedios (las iniciativas de las asociaciones de usuarios han influido positivamente); desde hace unos años existe una





preocupación por una atención digna a la cronicidad (la llamada “Enfermedad mental severa de curso crónico”) con el establecimiento de programas individualizados; han sido creados nuevos dispositivos, como las Unidades de Tratamiento de Trastornos de la Alimentación o la Unidad de Psicosis Refractarias; y en poco tiempo se contará con unidades de hospitalización para la atención infantojuvenil. La población parece estar razonablemente satisfecha del trato que se le dispensa pero a veces da la impresión de que las iniciativas que se toman no obedecen a una programación que contemple las necesidades globales y, menos aún, a una planificación estratégica a varios años vista.

Y las alternativas

En primer lugar parece necesario un Plan de Salud Mental, elaborado con la colaboración de los profesionales y que, tras un análisis de la situación y de las necesidades detectadas, establezca el marco en que nos vamos a mover en los próximos años. En este plan deberían encajar los Procesos de Formulación Estratégica, elaborados por los diferentes centros, con el fin de evitar duplicidades y conseguir que las iniciativas planteadas tiendan a complementarse. En el mismo sentido debe estar clara cual es la Cartera de Servicios ofertada, priorizando actuaciones, y evitando la desatención a los que menos demandan.

La relación con Atención Primaria, sobre la que han trabajado y escrito numerosos compañeros de nuestro entorno, debería concretarse en acuerdos de derivación, protocolos de actuación y actividades de coordinación y formación conjuntas, como ya existen en otras especialidades. Recuerdo, y suscribo, lo que Alberto Fernández Liria decía hace años: que “la reforma psiquiátrica no podría concluirse mientras no se hiciera la reforma de la Atención Primaria”

Hasta aquí, lo planteado serían actuaciones “supracentros;” es decir, que debieran impulsar los políticos sanitarios con la colaboración de los profesionales. Una vez definido ese marco, el resto tiene cabida en los modelos de gestión que se mencionaban anteriormente, y el reto es como hacerlos encajar con el modelo de Psiquiatría

los encajar con el modelo de Psiquiatría Comunitaria, que por otra parte, es consonante con los planteamientos generales de la administración. Así, el “*Plan Estratégico – Servicio Vasco de Salud. 1998-2002*”, enunciaba algunos puntos de mejora. Para el caso que nos ocupa podrían destacarse: “*Débil orientación al cliente; escasa relación entre niveles; estructura organizativa y de personal caracterizada por su rigidez; escasa participación de los profesionales en la gestión*”.

Se utilizan otras palabras (la jerga de la gestión) pero los problemas detectados apuntan en la misma dirección. Al mismo tiempo, en el citado plan se apuntaban posibles soluciones: “*Globalizar el proceso del paciente, priorizando su continuidad; realizar una gestión integrada de las competencias y de los recursos; establecer un plan de formación continuada para todo el ente; optimizar y rentabilizar los recursos disponibles; promover un cambio cultural hacia la calidad total*”... Y todo esto encaja como un guante en el modelo de Psiquiatría Comunitaria y las denominadas Unidades de Gestión Clínica.

Las Unidades de Gestión Clínica

Consisten en la agrupación de Servicios con una misma misión, formando una unidad funcional donde la atención está centrada en la totalidad del proceso asistencial. En otras especialidades (cardiología, aparato respiratorio) se han puesto en funcionamiento con éxito y a satisfacción de los profesionales. Los efectos fundamentales de una UGC son:

- *Mejora de la atención al paciente en su proceso.*
- *Mayor autonomía de gestión, con participación de los profesionales, y posibilidades de incentivación.*
- *Sistemas de autoevaluación cualitativa de los programas.*
- *Gestión global de los recursos, que permite racionalizar los flujos de pacientes e implantar nuevos programas acordes con las necesidades.*
- *Mejora de la coordinación entre niveles al desaparecer los “compartimentos estancos.”*

Resulta evidente que la filosofía asistencial




(psiquiatría comunitaria, sectorización, continuidad de cuidados, etc.) queda salvaguardada, siendo equivalente a la de "Red de Salud Mental," donde los recursos asistenciales son considerados como un conjunto, y sus profesionales copartícipes con posibilidad de decisión en la totalidad del proceso asistencial.

Papel de la OME-AEN

La AEN actuó como referente en los proyectos de reforma psiquiátrica. De hecho, la Ley General de Sanidad recogió sus (nuestras) propuestas prácticamente en su totalidad, aceptando la transformación de la atención centrada en los manicomios y situando como eje a los Centros de Salud Mental. Como antes se afirmaba estos pos-

tulados no son discutidos en la actualidad, pero es cierto que su desarrollo ha sido muy desigual, lo que ha frustrado las expectativas de muchos de los compañeros más comprometidos.

Han pasado los años, la situación es distinta, pero la postura de nuestra Asociación debe ser la misma: Defensa de un sistema público, equitativo y universal y compromiso con la sociedad. El reto actual, como antes apuntaba, es hacer compatibles los cambios producidos en la administración y sus modelos de gestión con esos ideales. Es posible, pero para ello habrá que evitar las tentaciones de abandono e involucrarse. Es una tarea de todos. Esa es la tarea común. 

Bibliografía:

1. EUSTAT-ESTADÍSTICA HOSPITALARIA. Web: <http://www.eustat.es>
2. Plan estratégico de atención psiquiátrica y promoción de la salud mental en la CAPV (1990). Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Servicio central de publicaciones. Vitoria.
3. *Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, (2000). Informe del Ararteko/defensor del Pueblo Vasco. Vitoria-Gasteiz.
4. OSAKIDETZA. Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Bizkaia. MEMORIA 1999.
- 5, 6. OSAKIDETZA-SVS. Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. MEMORIA 1999.
7. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO . MEMORIA 1999 (www.hospitalzamudio.org)
8. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA. MEMORIA 1999
9. AGUIFES (Asociación Guipuzcoana de Familiares y Enfermos Psíquicos). MEMORIA 1999/ARGIA FUNDACION. MEMORIA 1999/AVIFES (Asociación Vizcaina de Familiares y Enfermos Psíquicos). MEMORIA 1999/BIZITEGUI (Asociación para el Apoyo e Inserción de Personas en situación desfavorecida. MEMORIA 1999/ERA GINTZA (Fundación para la rehabilitación e inserción sociolaboral de las personas con trastornos mentales). MEMORIA 1999