

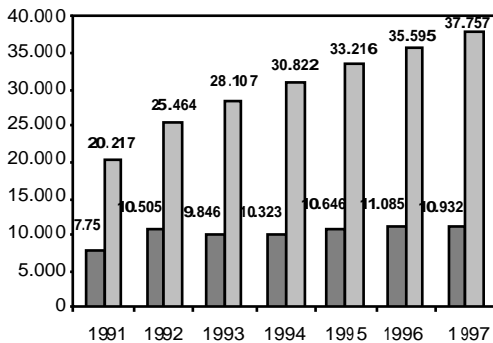
PRIORIDADES EN SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIATRICA

José A. Martín Zurimendi. *
Médico psiquiatra.

Se comienza este trabajo intentando dar algunas respuestas, o al menos sugerencias, a las preguntas que nos hacemos a la hora de abordar esta problemática emergente en nuestro contexto asistencial: ¿Por qué definir prioridades?, ¿Cuáles han de ser las prioridades?, ¿Quién da los criterios de prioridad?, ¿Desde que perspectiva se han de dar los criterios de prioridad?. Se termina esbozando los criterios de prioridad, o al menos las definiciones de las prestaciones sanitarias a cubrir de manera preferente en nuestro contexto y especialmente en la red extrahospitalaria de Centros de Salud Mental (C.S.M.) de Bizkaia.

A ¿Por qué definir prioridades?

Parece obvio que si los recursos fueran ilimitados, no sería tan necesario dar criterios de prioridad. Sin embargo la realidad nos indica que el incremento de la demanda en salud mental como se aprecia en el gráfico (Incidencia y prevalencia tratadas en los C.S.M de Bizkaia de 1991 a 1997), hace necesaria la reflexión que facilite la toma de decisiones al respecto.



Barras oscuras incidencia anual, barras claras prevalencia anual.

Fuente: Memorias de Osakidetza. Registro de Casos Psiquiátricos.

Frente a esta situación las alternativas generalmente utilizadas son:

1-Solicitar y propiciar el incremento de los recursos asistenciales. Para que esta posibilidad se haga efectiva es preciso que la demanda tenga el carácter de prioritaria y que existan recursos disponibles o al menos la posibilidad (en términos presupuestarios) de su desarrollo.

2-La segunda alternativa ante el incremento de la demanda, en la mejora de la eficiencia. Aportar, en definitiva, criterios de prioridad. Así para disminuir una demanda que va creciendo, las alternativas son fundamentalmente dos:

- El modelo restrictivo (limitación de las prestaciones, el copago, etc.).

- O la gestión de la demanda:

- modulando las expectativas de usuarios y profesionales.

- definiendo dónde, cómo, cuándo, y por quién se gestiona.

- manejando la demanda (constatarla, afrontarla, modularla).

- utilizando un menor número de recursos.

- desarrollando gradualmente alternativas.

- funcionando en base a asesoría a otros servicios.

- satisfaciendo la demanda de nuevas maneras.

B) La prioridad:

Entre otros aspectos, es posible hacer una aproximación al concepto de prioridad, en base al:

• **Tiempo.** La prioridad es definida como “anterioridad de una cosa con respecto a otra”. (María Moliner), supone por tanto tiempo y orden.

• **Calidad.** Dar criterios de prioridad, basándose en un modelo de Calidad, equivale a plantear un enfoque de los problemas de salud mental de la población, en términos de definición de aquellas prestaciones que garantizan, de la mejor manera posible, las necesidades y la satisfacción de los usuarios y los profesionales

• **Ética.** Basada en la equidad: Facilitar el acceso a los servicios a los usuarios en condiciones de igualdad.

• **Gestión.** Implica una opción que tiene en cuenta la existencia de diferentes posibilidades de elección y que han de adecuarse a criterios de eficacia y eficiencia. Exige por parte de los Servicios Sanitarios un proceso de mejora continua, en definitiva, de cambio y adaptación

C) ¿Quién da los criterios de prioridad?.

Podemos preguntarnos también por quién es la instancia que define los criterios de prioridad. Constatamos como en la realidad, en ocasiones, los criterios de prioridad vienen dados por una definición clara de los mismos por parte de la autoridad sanitaria o de los profesionales. En otros casos las prioridades vienen dadas por la propia demanda o incluso por ciertas expectativas, a veces reales, otras veces menos, de la población, los usuarios y familiares de los enfermos mentales. Podemos así distinguir como impulsores de estos criterios de prioridad a:

• La propia demanda: prioridades derivadas de nuevas situaciones de salud, del envejecimiento de la población. del aumento de la exigencia y de las preocupaciones sociales, de las

solicitudes de las asociaciones de usuarios.

• La autoridad sanitaria: aunque el Estado no define en concreto las prioridades asistenciales, en la práctica se reconocen derechos, el parlamento aporta legalidad, la autoridad sanitaria elabora planes de salud.

• La agencia de compra de los Servicios Sanitarios, en nuestro caso el Departamento de Sanidad a través de los contratos programa, los conciertos y los contratos de gestión clínica.

• Los equipos asistenciales de salud mental: junta de jefes centro, juntas técnico sanitarias, equipos asistenciales, círculos de calidad (que utilizan técnicas de priorización), etc.

• Los clínicos (prioridad subjetiva): Bien del propio subsistema de salud mental o de otros, como la Atención primaria (que puede solicitar atención preferente a la salud mental), los Centros Hospitalarios (Como ejemplo la solicitud de programas de metadona por las unidades de infecciosos, etc.).

• Otros: La industria farmacéutica definiendo modelos asistenciales.

• Mezcla de varios.

D) ¿Desde que perspectiva se dan los criterios de prioridad?

Esta pregunta cuestiona desde qué perspectiva se plantean los criterios, las necesidades o las aspiraciones que hacen que los criterios de prioridad sean puestos en escena. Las prioridades se pueden plantear:

• Desde la clínica que subraya la importancia y gravedad del problema y los beneficios de la intervención terapéutica propuesta.

• Desde el modelo, por ejemplo comunitario, que hace hincapié en la accesibilidad y equidad atribuibles al sector público.

• Desde la gestión que pone de relieve la eficiencia y eficacia de las intervenciones propuestas y la prevalencia del problema a afrontar.

• Desde la calidad que plantea las acciones sobre proceso: detección y priorización de problemas

• Desde la bioética que afronta los dilemas de

la gravedad de los cuadros versus la eficacia de las medidas terapéuticas, las prioridades ante las conductas de autoproducción de daño (tabaquismo, drogodependencias...), etc.

- Desde la gestión de la demanda que analiza: cómo, quién, dónde y por quién se gestiona satisfacer la demanda de nuevas maneras.
- Desde los pacientes, que plantean sus necesidades, la importancia del problema para ellos, la presión que pueden ejercer para satisfacer sus expectativas.
- Desde los profesionales que promueven modelos asistenciales en base a su formación, intereses, expectativas, etc.

E) Tipos de prioridades.

Se señalan por fin, a qué tipo de aspectos, entre la complejidad de las prestaciones de salud mental, se puede dar prioridad en la Asistencia Psiquiátrica, se apuntan algunos de ellos:

- El acceso a los servicios y programas.
- El desarrollo de técnicas terapéuticas específicas.
- Los protocolos y las guías de gestión clínica.
- El trabajo con grupos diferenciados de pacientes por diagnóstico o por problemática específica (edad, procedencia, social, etc.).
- La gestión de los servicios desde la óptica de las prioridades.
- La mejora de la calidad de zonas en las que se ha detectado baja calidad.
- La utilización de los diferentes recursos humanos, la dotación de recursos.
- Las alternativas a lo establecido.

F) Criterios de prioridad definidos en nuestro contexto.

Para el desarrollo de aquellas prioridades, o al menos prestaciones básicas definidas para su puesta en funcionamiento en los C.S.M de Bizkaia, se sigue un esquema que, basándose en la estructuración del modelo asistencial, consta de los siguientes apartados:

1. Prestaciones definidas para el **Sistema Nacional de Salud**, que está representado en nuestra Comunidad Autónoma por Osakidetza.
2. Prestaciones definidas como prioritarias por el **Plan de Salud** de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
3. Prioridades definidas por el **Plan Integral de Calidad en Salud Mental** de Osakidetza.
4. **Áreas de actuación preferente** seleccionadas por la **Junta de Jefes de Centros** de Salud Mental de Bizkaia
5. **Prioridades concretas** de los C.S.M de Bizkaia:
 - 5.1. **Cartera de servicios** de los C.S.M
 - 5.2. Prestaciones sanitarias definidas por el **Contrato Programa**
 - 5.3. Prioridades de coordinación Salud Mental y **Atención Primaria**
 - 5.4. Prioridades definidas por la **Comisión de Psicoterapia**.
6. Prioridades recogidas en la gestión de la **Lista de Espera**.
7. Prioridades manifestadas por los **usuarios**.
8. Objetivos del **Espacio Socio sanitario**.

F.1. “Real decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud”.

Establece la atención y asistencia sanitaria a la población a través de las prestaciones sanitarias facilitadas directamente por el Sistema Nacional de Salud. En lo referente a la Asistencia Psiquiátrica, integrada dentro de la Asistencia Especializada, comprende: “La asistencia ambulatoria especializada, en régimen de “hospital de día” y de hospitalización para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos y la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares”.

Con respecto al acceso a la asistencia especializada el Decreto en su apartado 2° afirma que: "Con carácter general, el acceso a la asistencia ambulatoria especializada se realizará por indicación del médico de atención primaria"

En el anexo II se describe que los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones facilitadas directamente a las personas, en los siguientes supuestos: Asistencia sanitaria prestada a beneficiarios de Mutualidades, Empresas Colaboradoras, Mutuas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y Seguros obligatorios (escolar, de vehículos a motor, de viajeros,...), etc.

En el Anexo III se incluyen las prestaciones no financiables con cargo a la Seguridad Social como: "La expedición de informes o certificados sobre el estado de salud distintos a los previstos en este Decreto, los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros y, finalmente, el psicoanálisis y la hipnosis.

F.2. Plan de salud. líneas de actuación en salud mental.

El Plan de salud del Departamento de Sanidad recoge las prioridades asistenciales a cubrir en nuestro contexto a la población por la autoridad sanitaria. En el apartado de la salud mental se citan las siguientes prioridades asistenciales:

• Atención psiquiátrica:

Alternativas a la institucionalización para psicosis crónicas, desarrollo del espacio socio-sanitario, continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Salud Mental, atención al maltrato infantil, la formación pre y postgrado en Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica a los enfermos de SIDA.

• 3ª edad:

Alternativas a la residencialización de los ancianos, tratamiento integral de los ancianos

en la Atención Primaria (incluyendo la salud mental) y mejora de la coordinación socio-sanitaria.

• Alcohol – drogas:

Educación sanitaria, concienciación de la población sobre los riesgos, coordinación E.A.P – C.S.M. y socio-sanitaria, entrevista sobre consumo de alcohol en A.P, fomento de estilos de vida saludables, diversificación de la oferta asistencial y disminución de riesgos (en el consumo de drogas ilegales).

• Suicidio:

Evaluación del estado emocional contemplada en la Hª. Clínica, interrogatorio sistemático sobre uso de alcohol y drogas, guías de actuación en situación de crisis y fomento de la formación a la Atención Primaria.

• Mujer:

Mejora educación sexual.

F.3. Plan integral de calidad en salud mental.

El P.I.C de salud mental de Osakidetza recoge con respecto a la priorización en el apartado: acciones sobre el proceso: detección y priorización de problemas

- La importancia de la definición sobre los procesos en que se va a volcar la mejora de la calidad.

- Los Criterios para la elaboración de prioridades que, siguiendo la "criba de kessne", tiene en cuenta la: elevada prevalencia del proceso, la posibilidad de su delimitación, su significación clínica (gravedad), si es susceptible de mejora, el conocimiento del impacto de la intervención, el coste de la intervención, etc.

- Otras posibles técnicas a utilizar propuestas: El grupo nominal, el "método delphi", "storm session", el "diagrama de Japeto", la evaluación de la calidad,..

F.4. Junta de jefes de centro: acciones preferenciales 1997-98.

Las acciones preferenciales definidas por la

Junta de jefes de Centro de Bizkaia, desarrolladas durante los años 1997 y 1998 son las siguientes:

- Manual de funciones de los diferentes profesionales.
- Regulación de la formación MIR Y PIR
- Formación continuada de los profesionales de los C.S.M
- Estudio de cargas de trabajo y evaluación de la demanda.
- Protocolos de coordinación con Atención Primaria.
- Protocolos de coordinación con Hospitales.
- Consolidación comisiones de coordinación del Sector.
- Protocolos de acogida y de urgencia de los C.S.M..
- Protocolos de evolución de procesos crónicos (Adultos, infantil..).
- Cartera de servicios de los C.S.M de Bizkaia.

F.5.1. Propuesta de cartera de servicios del servicio extrahospitalario de salud mental de bizkaia.

El incremento de la demanda asistencial en salud mental, la psiquiatrización de demandas, la imposibilidad de atender a todos los pacientes por medio de abordajes psicoterapéuticos y otros, son las que llevaron a realizar la siguiente propuesta de definición, aunque no de una cartera de servicios, sí al menos de las **prioridades** asistenciales de la red de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Bizkaia.

En relación con la actividad con el tipo de abordaje, y fundamentalmente en relación con la Atención Primaria, se describen las siguientes actuaciones:

I. Como criterios generales de **competencia prioritaria** por parte de la atención especializada, **de la Asistencia Psiquiátrica**, se propone:

I.a) En lo referente a la **severidad del cuadro**: Gravedad del cuadro psicopatológico, mala

evolución, limitación en el normal funcionamiento de la vida cotidiana y de las relaciones interpersonales, distorsión de la realidad, comportamiento social desadaptado, conductas de riesgo físico por auto o heteroagresividad, hospitalización psiquiátrica y falta de apoyo social asociado a los anteriores.

I.b) En lo referente a los **cuadros psicopatológicos** se contemplan: Las descompensaciones psicóticas (esquizofrenia, cuadros paranoides, etc.), los trastornos afectivos severos, trastorno por ansiedad generalizada, alcoholismo severo, trastornos fóbicos y cuadros obsesivos, trastornos de la alimentación, trastornos severos del comportamiento y del desarrollo en niños y adolescentes., dependencia a drogas (opiáceos, cocaína,..), Diagnóstico diferencial y alteraciones conductuales de enfermedades psico-orgánicas (demencias, retraso mental, etc.), trastorno psicosomático severo y otros.

I.c) Serán **técnicas y actividades** específicas de los equipos ambulatorios especializados en psiquiatría: La acogida del caso, el diagnóstico y orientación terapéutica, consultas de evolución y seguimiento, apoyo psicológico, orientación y consejo, abordajes psicoterapéuticos individuales, grupales y familiares adaptados al medio público, desintoxicación ambulatoria y domiciliaria, deshabitación, apoyo formación e interconsulta con A. Primaria, Especialistas, Servicios Sociales, S. Judicial, Educativo, etc., elaboración de informes de pacientes en tratamiento a requerimiento del Sistema Sanitario y del Sistema Judicial, etc.

I.d) Se considerarán cuadros **no derivables** a la Atención Psiquiátrica: Aquellos excluidos por el Decreto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud: elaboración de informes para “terceros”, a petición de “parte”, para fines no asistenciales (mili, carnet de conducir, permisos de armas etc.) el duelo no complicado, acontecimientos “negativos de vida”,

consumo de cannabis sin cuadro psicopatológico asociado, etc.

II. Con respecto a aquellas patologías **prioritariamente asumibles por la Atención Primaria**, con apoyo de la especializada se contemplan: trastornos de ansiedad, distimias, seguimiento somático y problemática psiquiátrica de psicóticos crónicos, trastornos de la alimentación según protocolo, consumo excesivo o abuso y seguimiento somático del alcoholismo y otras drogodependencias, tabaquismo, seguimiento demencias, insomnio, etc.

F.5.2. Prioridades en el contrato programa.

El Departamento de Sanidad, a través de las Direcciones Territoriales de Sanidad, según la nueva Ley de Ordenación Sanitaria del País Vasco son las encargadas de, visto el Plan de Salud y las necesidades de la población, contratar aquellos servicios sanitarios que puedan satisfacer dichas necesidades. Las prioridades asistenciales definidas por el Contrato Programa (Instrumento de trabajo que deberá perfeccionarse para cubrir los objetivos propuestos) para la Asistencia Psiquiátrica Extrahospitalaria de Bizkaia son:

1. *Cobertura asistencial de toda la población con cobertura por T.I.S*

2. *Programas estructurados:*

Programa de Mantenimiento con Metadona(P.M.M), Centro y Hospitales de día y el programa de Comunidad Terapéutica

3. *Programas de apoyo.*

Al Centro Penitenciario de Basauri, al Centro de Día de Gernika y apoyo a los Hospitales para la realización de guardias medicas

4. *Calidad.* Se plantean una serie de indicadores de calidad de la Asistencia Extrahospitalaria entre los que destacamos los siguientes:

Porcentaje de altas de los pacientes en tratamiento y de pacientes incluidos en el P.M.M., existencia de protocolos farmacológicos (litio, depot, clozapina, metadona, .), y de derivación a hospitales y de acogida y urgencia en los C.S.M., demora máxima de primera entre-

vista, consentimiento informado en técnicas audiovisuales, modelo de Historia Clínica y archivo unificado en la red, existencia petitorio de farmacia, porcentaje de abordajes psicoterapéuticos, etc.

F.5.3. Salud mental y atención primaria.

Se han definido, redactado, o están en fase de elaboración de manera consensuada, los protocolos de actuación prioritaria y de actuación conjunta entre Salud Mental y Atención Primaria del Territorio de Bizkaia. Estos son:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Demencias y 3ª edad.
- Alcoholismo.
- Trastornos de la Alimentación.
- Drogodependencias:P.M. Metadona.

Para la elaboración de las guías se han seguido el presente guión: Definición del problema, epidemiología, recomendaciones a los profesionales de A. Primaria y de S. Mental con respecto a la A. Primaria, definición mecanismos de coordinación, normas de calidad de los documentos de comunicación, formación continuada, evaluación, indicadores, registros y referencias bibliográficas.

5.4. Prioridad abordajes psicoterapéuticos. comisión de psicoterapia.

Según dicha Comisión creada en los Servicios Extrahospitalarios de Salud Mental de Bizkaia, las prioridades para el desarrollo de la Psicoterapia en la Asistencia Pública han de tener en cuenta:

- La Atención a las diferentes patologías, la adecuación a las características de la red pública, las prestaciones más eficaces y eficientes y la disponibilidad de terapeutas.
- Conviene tener en cuenta, en cuanto al **paciente**: el diagnóstico, la patología, la edad, la motivación, la capacidad de focalización, compromiso y disponibilidad real para poder adecuarse a los programas.

- En el Sistema Público conviene aprovecharse al máximo de los recursos que se disponen con relación: **al tiempo** (la psicoterapia de menor duración posible) y **al número de personas** (el mayor número de personas posible).
- En el sector público se debe atender prioritariamente a las patologías más **graves** y a las que presentan una **mayor prevalencia**.
- Conviene mantener una actitud pragmática, adaptando las diferentes formas de psicoterapia al sector público, sugiriéndose la **“integración”** de modelos.
- Las psicoterapias no invalidan otras intervenciones, de tipo biológico como en el contexto social, que pueden darse incluso simultáneamente, siempre y cuando se trate de actividades debidamente coordinadas y planificadas

F.6. Prioridades definidas a partir de la gestión de la lista de espera.

Desde hace 6 meses (Julio-diciembre 1998), desde la Asistencia Psiquiátrica de Osakidetza se viene gestionando en Bizkaia, la lista de espera de aquellas prestaciones sanitarias de la Salud Mental que presentaban pacientes en espera.

La lista es unificada para toda la red de Bizkaia y la información es suministrada por todos los Servicios de Salud Mental: propios y concertados y tanto de aquellos Centros que derivan como los que son receptores de pacientes. Mes a mes se depura la información y se obtiene el número de pacientes que permanecen en Lista de Espera.

La atención a estas personas, según su patología y centro indicado, constituye una clara prioridad del Sistema Sanitario, ya que en la medida que no tienen sus necesidades cubiertas, su atención ha de ser una prioridad asistencial.

Los dispositivos para los que se recoge esta información hacen referencia a aquellos Dispositivos para los que se ha detectado la presencia de personas en espera. Estos dispositivos son:

- Hospital de día de adultos
- Centro de día de adultos
- Alojamiento Protegido
- Comunidad Terapéutica
- Programa de Mantenimiento con Metadona
- Hospitalización de Larga Estancia.

Dado que no existen Dispositivos, pero si necesidades detectadas, también se han cuantificado aquellos niños y adolescentes que precisarían algún tipo de dispositivo como:

- Hospital de día infantil
- Centro de día Infantil
- Hospitalización de la Infancia y adolescencia

La cuantificación y la gestión de la Lista de Espera ha permitido, en estos 6 meses, la reducción de los pacientes en Lista de Espera, (de 210 se ha pasado a 117 personas), así como la espera media (que se ha reducido de 167 a 133 días). Se ha logrado la práctica desaparición de pacientes en lista de espera para ciertos programas como Metadona, Comunidad Terapéutica y Hospital de día de adultos

F.7. Prioridades señaladas por los usuarios.

Los pacientes mentales, y sus familias, suelen coincidir en solicitar una serie de actuaciones de desarrollo preferencial de las redes asistenciales, una vez cubiertas las necesidades básicas de atención en la red de salud mental. Así lo han hecho constar, en debates internos con el Sistema Sanitario y otros (Servicios Sociales, etc.) e incluso, las han hecho llegar a la opinión pública.

Coinciden sus sugerencias con el fomento de los derechos de los enfermos mentales y el rechazo de su estigmatización en la sociedad actual.

Solicitan el desarrollo de estructuras intermedias, centros y hospitales de día, así como actividades de tipo ocupacional y de tiempo libre.

Solicitan a la sociedad, y a las Instituciones que les representan, el desarrollo de Centros de Empleo Protegido y la facilitación de la incorporación de los enfermos mentales a puestos de empleo normalizado.

Solicitan apoyo de las Instituciones en las situaciones de crisis apoyo en la urgencia psiquiátrica, la hospitalización, el trabajo domiciliario, y la derivación de urgencia de enfermos a los centros asistenciales.

Coinciden con las solicitudes de usuarios de otras patologías, señalando las necesidades de Centros residenciales, en especial para aquellos pacientes que no cuentan con soporte familiar o que éste no sea posible por la elevada edad de los padres.

Señalan por fin como área prioritaria, el desarrollo de programas de atención específicos a las problemáticas de los usuarios y las familias.

F.8. Acciones preferenciales del espacio socio sanitario.

El Acuerdo-Marco firmado entre el Departamento de Sanidad , Osakidetza y la

Diputación Foral de Bizkaia, Gizartekintza, indica, en el área de la salud mental, algunos “ámbitos que pueden ser objeto de trabajo inicial”:

- Residencialización de personas hospitalizadas en Centros Psiquiátricos en situación de alta médica.
- Asistencia psiquiátrica a personas acogidas en residencias de los Servicios Sociales.
- Coordinación en el Area de la Salud Mental Infantil (Autismo, etc.).
- Tutelas de personas incapacitadas judicialmente.

Coordinación de acciones respecto a los problemas derivados del alcoholismo y otras drogodependencias.



José A. Martín Zurimendi.

Dirección de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Bizkaia.

Osakidetza / Servicio Vasco de Salud.

Bibliografía.

1. “Acuerdo –Marco” entre el Departamento de Sanidad, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Bizkaia para colaborar en el Espacio Socio-Sanitario en el Territorio Histórico de Bizkaia , Vitoria –Gasteiz 1998
2. Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza – Bizkaia “La Psicoterapia en la Institución Pública”. Osakidetza. Bilbao 1998
3. Departamento de Sanidad. “Plan de Salud “. Vitoria Gasteiz 1994
4. María Moliner. “Diccionario de uso del español” Ed. Gredos. Madrid 1990.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. “Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.” B.O.E Nº . 35 . 10 Febrero 1995.
6. Osakidetza. “Servicio Vasco de Salud.” Plan Integral de Calidad en Salud Mental”. Vitoria –Gasteiz 1994
7. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.” Memorias de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Bizkaia. 1991-1997.” Bilbao.