



# Sobre el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental

Ander Retolaza

El pasado 29 de Septiembre el Consejero de Sanidad, Gabriel Inclan, presentó ante el Parlamento Vasco el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental para el período 2004–2008. Con este acto se da, por fin, el pistoletazo de salida a un muy necesario programa de trabajo para los próximos 4 años (el primer año de los cinco ha pasado casi en blanco). Este Plan ya fue dado a conocer a los profesionales de Osakidetza el pasado mes de Mayo.

En principio, la metodología seguida para su confección y desarrollo, parece haber sido suficientemente adecuada. El equipo de trabajo llamado a consultas y responsable de la redacción puede considerarse representativo de los distintos sectores, áreas de trabajo y de interés de los profesionales de la red de asistencia de Osakidetza. Aunque siempre se pueden echar en falta algunos nombres y se perciben ciertos, quizá inevitables, desequilibrios. Por ejemplo, es notoria la escasa participación de profesionales de la red de Guipúzcoa y de Alava, así como la presencia exclusiva de profesionales de la psiquiatría (ninguno de psicología u otras profesiones de la salud mental existentes en la red de Osakidetza). Por cierto, que la única mujer presente en el grupo de expertos participó en funciones de “metodología y apoyo”.

Seguramente es muy difícil conseguir un equilibrio justo entre tantos factores e intere-

ses presentes en nuestra red, pero no podemos olvidar que también somos víctimas de nuestras propias decisiones y que —si bien es necesario para este tipo de actividades el conseguir un grupo de trabajo operativo— la implementación y desarrollo de un plan de estas características implica un gran compromiso de todos o, al menos, de la gran mayoría de los profesionales y éstos siguen estando ausentes, incluso también por propia voluntad de estarlo, de casi todas las decisiones de importancia.

La metodología de trabajo parece haber sido adecuada y adaptada a los modernos métodos de gestión que se están, poco a poco, implantando en nuestro entorno sanitario. Me refiero al Modelo Europeo de Gestión y Calidad (más conocido como EFQM), bajo cuyos auspicios parece haberse desarrollado este Plan.

Por lo menos todos, o la mayoría, de los asuntos de importancia parecen haber salido a relucir en los análisis de Fortalezas y Debilidades. Entre las primeras: la amplia diversidad de dispositivos y la buena accesibilidad de los mismos. Entre las segundas: la deficiente coordinación entre los servicios y la falta de liderazgo técnico. Lo anterior da lugar a las consiguientes Oportunidades, como la creciente importancia de lo *psi* dentro de la Sanidad o la aparición de nuevas demandas, y sus respectivas Amenazas, tales como la saturación de la red de Salud



Mental o la escasez de plazas MIR. Estos son sólo algunos ejemplos, entre los principales, que se encuentran detallados en el análisis de la actual coyuntura.

De este análisis se derivan cinco objetivos estratégicos y trece objetivos específicos que constituyen la esencia del Plan. Los objetivos estratégicos (también denominados genéricos) son: la reorganización de la red, la satisfacción de pacientes y usuarios, la satisfacción de los profesionales, el desarrollo y potenciación del modelo comunitario y la mejora de la calidad.

Algunos de los objetivos específicos más importantes atañen a la reestructuración de los dispositivos intra y extrahospitalarios de una forma más integral y por áreas definidas, de modo que se garantice la accesibilidad y la continuidad de cuidados. Esto vuelve a poner sobre el tapete la jefatura unificada por comarcas o sectores sanitarios o, como mínimo, las Unidades de Gestión Clínica, que no están dando un buen resultado en la mayoría de los dispositivos de Osakidetza y son inéditas en la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental del País Vasco, en cuanto que lo que se intenta aquí es unificar objetivos y métodos de trabajo, intra y extrahospitalarios, bajo un mismo equipo profesional.

Otro objetivo específico, éste en el ámbito de la satisfacción de pacientes y usuarios, es el de favorecer la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial y articular la participación de los usuarios en la planificación y desarrollo de los servicios. Por cierto que la distinción entre paciente y usuario obliga, entre otras cosas, a asumir la realidad de que tenemos “no enfermos” en la red, ya sean estos familiares u otras clases de usuarios a los que habrá que dar uno o varios tipos de *status* y definir qué tipo de actuación es la más correcta con cada grupo una vez identificado (información, asesoramiento, prevención, orientación, etc.) y quién o quiénes deben de llevarla a cabo.

No menos importante es el objetivo específico referido a la necesidad de contar con un personal cuyo número y perfil se adapte a las demandas y necesidades del servicio a prestar. Esto hace referencia al eterno asunto de si los recursos humanos son muchos o pocos, si están bien distribuidos o no, y —sobre todo— si se adecuan a las necesidades de los pacientes o deben ser éstos los que se adapten a los profesionales y sus modos de hacer (peor o mejor basados en las pertinentes evidencias científicas). Por cierto, que uno de los planes de acción, derivado de los objetivos del Plan, consiste en realizar un efectivo recuento de recursos humanos y detallarlos por zonas y en función de las necesidades de cada sector. Este plan de acción concreto debería estar cubierto, en teoría, antes de finales del presente año.

El desarrollo del modelo comunitario (que no es, en sentido estricto, lo mismo que aumentar los actuales servicios extrahospitalarios) y la mejora de la calidad técnica, adecuándola al desarrollo de la especialidad, son otros dos objetivos específicos de los que se viene hablando desde hace tiempo y están asimismo incluidos en este Plan. Se habla también, por primera vez con un compromiso claro, de fomentar la investigación y docencia, mediante el establecimiento de la figura de un responsable de carácter permanente encargado de estas funciones.

En total los cinco objetivos genéricos se despliegan en 104 acciones (de las que, obviamente, he detallado sólo unas pocas) a desarrollar durante éste y los próximos cuatro años. Treinta y una de estas acciones debieran estar completadas o iniciadas antes de finalizar 2004.

Este Plan es heredero de los anteriores. El primero data de 1983 y contó con el patrocinio del Profesor Julián Ajuriaguerra. Fue uno de los primeros que vieron la luz en todo el estado. El segundo, mucho menos conocido, es de 1990 y se editó por parte del Departamento



de Sanidad, junto a un complemento de bases técnicas para la reforma de la Atención Psiquiátrica y la promoción de la Salud Mental. El actual se asimila a los tiempos y adopta el discurso de la moderna gestión de empresa (pública o privada), acercándonos a las exigencias del entorno europeo. Esto no debe ser una mala señal. Al contrario, marca objetivos e indicadores por los que el propio Plan o su posible incumplimiento podría ser juzgado. En el peor de los casos, esto es siempre una ventaja, puesto que clarifica el terreno de debate y las reglas del juego.

Lo importante es que, aunque sea con retraso y de una manera no exhaustiva, la sus-

tancia del Plan pueda ser puesta en marcha y discutida en los servicios y por alguna asociación de usuarios y/o familiares (no digo por la sociedad). La situación no invita mucho al optimismo y, aunque el Plan tiene buen aspecto, sabemos que el papel todo lo aguanta. Los periódicos comentaban, refiriéndose a la presentación del Plan, que algunos parlamentarios interrogaron al Consejero sobre el presupuesto económico que avale y garantice la puesta en marcha del mismo. Nosotros quisiéramos hacer la misma pregunta y, a ser posible, obtener una respuesta creíble.



**Ander Retolaza**

aretolaz@smeb.osakidetza.net

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud (2004). *Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004/2008.*