



## 2008: SMEB

**Ander Retolaza**

Psiquiatra

CSM de Basauri-Galdakao

La red centros de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB) está en fase de transición. Desde hace tiempo se viene especulando sobre su futuro y parece que existen dudas sobre qué forma viable dar a esta estructura asistencial y organizativa en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

El reciente acceso del responsable de SMEB durante muchos años a la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao ha dejado, por el momento y sin que se sepa por cuánto tiempo, descabezada a esta organización de servicios. Hasta la fecha (y han pasado ya más de seis meses) se ignora si Osakidetza tiene previsto nombrar un nuevo responsable para esta plaza. Tampoco tenemos noticias sobre hipotéticos planes de introducir variaciones en la actual sectorización. Se habla de la posible desaparición de SMEB como organización de servicios, pero nadie conoce a ciencia cierta los detalles (algunos de ellos muy trascendentes) de un necesario plan de reestructuración y reordenación de los servicios de salud mental, particularmente en Bizkaia. Se avecinan tiempos de confusión si no se pone pronto remedio a esta indefinida situación.

Y es que corremos el riesgo de perder algunos de los activos acumulados por SMEB durante una difícil singladura de más de veinte años en los que, a pesar de las dificultades, se han conseguido algunos avances. Recordemos que estamos hablando de una organización de

servicios que engloba a unos 250 trabajadores altamente especializados (entre los que destacan psiquiatras, psicólogos, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc), con servicio y programas diferenciados para psiquiatría de adultos e infanto-juvenil, atención a drogodependencias y hospitales de día entre otros. SMEB viene contando con una dotación presupuestaria aproximadamente igual, o ligeramente superior, a la que tienen los tres servicios de psiquiatría en hospital general de Bizkaia (Basurto, Galdakao y Cruces) juntos, y que realizó aproximadamente 500.000 consultas a unos 50.000 pacientes durante el año 2006.

Pero conviene que recapitemos un poco sobre algunas de las claves de la actual situación. El vigente Plan Estratégico para la asistencia psiquiátrica y la salud mental en la CAPV (2004-2008), en su Objetivo Genérico I, titulado *La reorganización de la red*, dice textualmente: “La Red estructurará por áreas/zonas sanitarias sus dispositivos intra y extrahospitalarios en una organización integral, flexible y coordinada articulándose mediante Unidades de Gestión Clínica



con sus responsables y presupuestos correspondientes que garanticen la accesibilidad y la continuidad de cuidados”. A continuación se añade que esta estructura organizativa se configurará sobre la base de sectores que contengan todos los dispositivos asistenciales necesarios, tanto hospitalarios como ambulatorios, que se establecerá una jefatura/dirección por sectores y —en el caso de Bizkaia— un responsable territorial, manteniéndose la figura de responsable en el ámbito de la Comunidad Autónoma. Los sectores que se definen en el Plan son los siguientes:

- Sector de Araba (todo el territorio)
- Sector de Gipuzkoa (todo el territorio)
- 4 sectores en Bizkaia (Uribe, Ezkerraldea–Enkarterri, Bilbao e Interior)

También se dice que “Cada jefe/director de sector procurará el establecimiento de una red asistencial integradora de los diferentes recursos existentes y la promoción de aquellos otros aún por configurar, en el que la interdependencia bajo la forma de trabajo por procesos entre **servicios y organizaciones** sea una característica definitoria que se refleje en los indicadores de resultados establecidos en el modelo de contrato de gestión”.

De lo que antecede se pueden deducir algunas cosas:

- 1) Que la reorganización de servicios no excluye la persistencia de SMEB, puesto que se habla de interdependencia de servicios y organizaciones, por lo que se sobreentiende que éstas pueden coexistir en su estructura actual u otra que se decida en su momento.
- 2) Que la Jefatura de Sector no tiene por qué estar necesariamente en manos de un jefe de servicio hospitalario. Aunque esta alternativa parece a primera vista la más lógica no está citada de manera expresa y no parecen descartadas otras posibilidades.
- 3) Que la forma idónea de realizar la integración de servicios se entiende que es a través de Unidades de Gestión Clínica sectoriales y con una metodología de gestión por procesos.

- 4) Que cada Unidad Sectorial deberá contar con sus propios responsables y presupuestos.

Por empezar por la última de las citadas —que probablemente contiene la clave de bóveda de todo el proceso— diremos que mediante una simple jerarquización (a la manera de cualquier otra especialidad) habría serias dificultades para gestionar con autonomía los presupuestos del sector. Ya que salvo cambios de gran envergadura —y poco esperables— en los modos tradicionales de gestionar los presupuestos, se supone que éstos irían a parar a la dirección o gerencia del hospital general de que se tratase en cada caso y no podrían ser manejados en exclusiva por el servicio de psiquiatría correspondiente. Tampoco sería fácil de entender por parte de otras especialidades hospitalarias que esa partida presupuestaria, en manos de la gerencia de un hospital general, fuera dirigida de manera finalista a los servicios de salud mental. Lo lógico es que hubiera que competir por esos presupuestos (o al menos por una parte de los mismos) con el resto de los servicios del hospital en vez de disponer de partidas presupuestarias ya logradas y asignadas en origen. Lo que finalmente conllevaría una pérdida financiera casi segura. Otra manera de proceder supondría una auténtica revolución en los usos y costumbres de nuestra empresa pública. Por no hablar de las dificultades para arbitrar un posible procedimiento mediante el que se repartiría, de manera equitativa entre cuatro sectores la dotación económica, el personal administrativo y de gestión en la actualidad asignado a SMEB. Todo esto se puede hacer de una manera adecuada, pero exige unas dosis de liderazgo, innovación y capacidad de gestión hasta ahora inéditas en Osakidetza y no parece que estemos en el mejor momento para desarrollarlas. Quedaría —además— por resolver, qué se hace con los hospitales psiquiátricos de carácter monográfico, cuya estructura autónoma como organización de servicios, empezando por la gestión de sus propios presupuestos, quedaría —en prin-



cipio— fuera de una reestructuración entendida como una jerarquización sin más. A no ser que fueran los hospitales psiquiátricos quienes jerarquizaran a los dispositivos extrahospitalarios, alternativa en la que nadie está pensando.

El Plan Estratégico habla de potenciación de estructuras comunitarias, entendiendo por éstas, servicios residenciales no hospitalarios y centros de día, como alternativa a la hospitalización de larga estancia. También menciona el necesario impulso a los programas de rehabilitación desde una asistencia comunitaria mejor coordinada, donde todos los dispositivos —incluidos los de rehabilitación dependientes de hospitales— funcionen en red. Pero no especifica cuáles serían las competencias que cada jefe/director de sector tendría sobre la red de hospitales psiquiátricos (tres en Bizkaia, dos de ellos ubicados en la Comarca Interior, aunque prestan atención también a otros sectores de la provincia). Parece más bien que éstos conservarían su actual autonomía. Otra posibilidad es que el responsable de la red de salud mental en Bizkaia, cuya figura el Plan sí menciona, tuviera poder ejecutivo también sobre los hospitales psiquiátricos, lo que no parece fácil de articular desde una figura única, requiriendo, quizá, un grupo que tomara decisiones de forma colegiada. La autonomía de los servicios de psiquiatría en hospital general, por lo menos respecto a una posible red única de salud mental, resulta aún mayor, ya que no cabe pensarlos fuera de la gerencia y dirección médica de cada hospital en exclusiva y —hasta hoy— nadie sabe en qué puede consistir una coordinación efectiva de dispositivos extra e intrahospitalarios cuando los compromisos derivados de los organigramas son sólo funcionales y en realidad no obligan a nadie. Todo depende de la buena voluntad y de las ganas de trabajar en equipo, ambas tan escasas como efímeras cuando se observa un poco la realidad. Aquí es donde se espera que los contratos programa, la metodología del trabajo por procesos y las Unidades de Gestión Clínica (que tendrían que ser mixtas extra–intra) solucionen los problemas.

En lo tocante a la reordenación del medio hospitalario —que aquí mencionaremos sólo de pasada— el Plan establece entre sus vías principales la reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas a la hospitalización. Se refiere sobre todo a los hospitales psiquiátricos tradicionales, que también solemos llamar monográficos. Parece lógico pensar que esta reconversión en estructuras alternativas, que no cabe concebir más que como comunitarias, debiera contar con una adecuada articulación con la actual red de SMEB en lo que toca tanto a infraestructuras como a recursos humanos y programas. Pero nadie ha sido capaz desde los inicios de la reforma psiquiátrica en Bizkaia de conseguir dar ese difícil paso. Entre otras cosas porque organizaciones de servicios separadas y presupuestos independientes parecen haber condicionado —hasta la fecha— la falta de una adecuada organización asistencial en este sentido. En este punto es preciso recordar que los presupuestos de los hospitales psiquiátricos vienen suponiendo en los últimos años aproximadamente la mitad de todos los destinados a salud mental, es decir, suman tanto como la red de centros de salud mental y las unidades de hospital general juntas.

Durante 2008 los primeros centros ambulatorios de la red vizcaína de salud mental cumplirán 25 años (caso de los Centros de Salud Mental de Uribe, de Santurtzi y de la Comunidad Terapéutica de Manu–Ene). SMEB ha llegado ya a una fase de madurez que puede rendir buenos frutos si, entre todos, sabemos apuntalar las fortalezas y minimizar las debilidades, la más importante de las cuales se relaciona con la dispersión de la red, que condiciona no sólo distancia física sino también excesiva variabilidad de formas de trabajo. En la actualidad se está empezando a extender por los servicios (y, probablemente, está a punto de hacer masa crítica) la metodología de la gestión por procesos, avalada por una cruz de plata de Euskalit a la calidad obtenida en 2006. Los compromisos y la calidad en la docencia MIR y PIR, incluida la de los médicos de familia, que resulta estratégica para el futuro, son cre-



cientes. Falta —como en la mayor parte de organizaciones de servicios de Osakidetza— un suficiente desarrollo de la investigación, un auténtico impulso al trabajo en equipo y una gestión que prime de manera efectiva en su estrategia el compromiso con pacientes y usuarios. Como no podía ser de otra manera este último es uno de los objetivos centrales del Plan de Gestión, pero también es uno de los más fácilmente manipulables, tan presente en los discursos como obviado en la práctica.

Teniendo en cuenta lo anterior, algunas claves que podrían servir para asegurar una adecuada reestructuración de la red podrían ser las siguientes:

- 1) Creación de una comisión de técnicos que informe con independencia sobre la situación actual de SMEB y del resto de la red de salud mental, asesorando también sobre su desarrollo futuro.
- 2) Mantener dentro de estructuras específicas de gestión, con experiencia en salud mental, el control presupuestario y administrativo de la red de SMEB.
- 3) Considerar la creación de unidades de gestión y administración completas para cada sector (incluyendo presupuestos propios, gestión de personal, contrataciones, edificios y programas asistenciales), con poder sobre todas las estructuras existentes en el mismo, incluidos los hospitales monográficos.
- 4) Crear una oficina o agencia de coordinación y promoción de la salud mental en cada territorio histórico, o al menos, para el Conjunto de la CAPV.
- 5) Crear un mapa de recursos y servicios socio-sanitarios de salud mental en cada sector, o como mínimo, en cada territorio que serviría de base para una adecuada planificación de recursos.
- 6) Aplicar el principio de discriminación positiva, y no el de contención de costes,

a la planificación y asignación de recursos en salud mental.

El nombramiento en los últimos meses de un nuevo responsable de Salud Mental para el conjunto de la CAPV con buen conocimiento de la red vizcaína y —muy recientemente— la Orden del Departamento de Sanidad para la creación de un Consejo Asesor sobre Salud Mental en Euskadi (BOPV del 8 de Noviembre de 2007), cuyos componentes ya han sido nombrados (BOPV del 4 de Enero de 2008) son dos buenas noticias que podrían indicar que se están dando los primeros pasos en la dirección adecuada. Esperemos que la senda, si por fin ha sido efectivamente iniciada, se mantenga en la línea correcta y que las recomendaciones tanto del Plan, a punto de acabar ya su andadura en este año y absolutamente desfasado en el cronograma comprometido, como del Consejo Asesor (varios de cuyos componentes estuvieron ya en el equipo que diseñó aquél) sean tenidas en cuenta. No hay que olvidar que el carácter del Consejo es meramente asesor (y quizá así deba ser) por lo que sus recomendaciones no necesariamente son vinculantes para quien tome las decisiones últimas que serán —como debe ser— los cargos políticos del Departamento. Esperemos que esta vez no se posterguen las decisiones y que éstas sean acertadas. Hay que hacerlo ya porque probablemente no va a haber muchas oportunidades más antes de que las cosas empiecen a deteriorarse. En un asunto como éste se entiende que haya intereses de muchos tipos que deben ser tenidos en cuenta y respetados, pero finalmente deben primar el interés general y la visión de futuro.

Bilbao, Enero de 2008

**Contacto: Ander Retolaza**

Jefe de Unidad de Salud Mental

(CSM de Basuri-Galdakao)

ander.retolazabalsategui@osakidetza.net



## BIBLIOGRAFÍA

- Osakidetza/Servicio Vasco de Salud: Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004–2008.