



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Zahíno López, Vanesa; Fernández Parrado, Carmen. Proyecto de gestión de Unidad de Salud Mental Comunitaria. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0671.php>

MÁSTER DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL. I EDICIÓN.

**PROYECTO DE GESTIÓN DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA**

---

**HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO**

**Vanesa Zahíno López, Carmen Fernández Parrado**  
**2012**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1. Ámbito de actuación**

### **2. Planificación**

- 2.1. Líneas Estratégicas de la Unidad de Salud Mental Comunitaria
- 2.2. Análisis DAFO
- 2.3. Objetivos Estratégicos
- 2.4. Calendario de Actividades

### **3. Organización**

#### 3.1. Contrato de Gestión Anual

- 3.1.1. Misión
- 3.1.2. Líneas estratégicas de mejora
- 3.1.3. Líneas estratégicas de los cuidados enfermeros
- 3.1.4. Cartera de clientes
- 3.1.5. Cartera de Servicios
- 3.1.6. Recursos humanos y materiales
- 3.1.7. Identificación de la actividad total anual
- 3.1.8. Procesos asistenciales clave para la USMC

### **4. Coordinación**

- 4.1. Comunicación Interna e Información
  - 4.1.1. Cuestionario para valorar la comunicación interna de la organización
- 4.2. Potenciación del Trabajo en Equipo
- 4.3. Instauración del Coaching
- 4.4. Gestión por Competencias
- 4.5. Sistemas de Incentivación
  - 4.5.1. Dirección por Objetivos (DPO). Objetivos Anuales para la USMC

### **5. Control de Calidad**

- 5.1. Ciclo PDCA

### **6. Referencias Bibliográficas**

---

## INTRODUCCIÓN

---

En Enero de 2005, se celebraba en Helsinki una **Conferencia Interministerial** convocada por la OMS, la Comunidad Europea y el Ministerio de Salud de Finlandia. La conferencia concluyó con una Declaración, suscrita y firmada por todos los Ministros asistentes, incluyendo a España, y un Plan de Acciones. A continuación se enumeran las prioridades de **Helsinki** para la década 2.005-2.015<sup>1</sup>:

- I. Concienciar de la importancia del bienestar mental.
- II. Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de salud mental y a sus familias para su activa implicación en todo este proceso.
- III. Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
- IV. Establecer la necesidad de profesionales competentes, en las áreas citadas.
- V. Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental.

Esta Declaración considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

La Conferencia de la OMS en 2005 propone un marco de acción global, y tras su celebración, surge la **Estrategia de Salud Mental de la Unión Europea**, el **Libro Verde**<sup>2</sup> *“Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”*, como respuesta al firme compromiso político que contrajeron los participantes en esta conferencia.

Según la Comisión, la estrategia de la UE podría centrarse en los siguientes aspectos:

1. Promover la salud mental de toda la población.
2. Hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad.
4. Desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE.

La **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**<sup>3</sup>, está basada en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, creándose un documento de apoyo para conseguir la coordinación de los planes o programas de promoción de la salud mental en todo el país, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales, además de potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.

Las líneas estratégicas que se proponen en este documento, son las siguientes:

- Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Atención a los trastornos mentales.
- Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
- Formación del personal sanitario.
- Investigación en salud mental.
- Sistema de información en salud mental.

Los *Principios básicos del Modelo Comunitario de Atención*, según la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud<sup>3</sup>, son los siguientes:

Autonomía: Capacidad que tiene el servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas. La autonomía se puede fomentar priorizando, las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad y las que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales.

Continuidad: Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal).

Accesibilidad: Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten.

Comprensividad: Este principio supone la diversificación de las prestaciones y los escenarios asistenciales para que el sistema se adapte a las necesidades cambiantes de los y las pacientes con trastorno mental grave y el reconocimiento de la rehabilitación como actividad terapéutica sanitaria.

Equidad: Es la distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.

**Recuperación personal:** La recuperación tras un trastorno mental grave implica dos procesos paralelos y complementarios que requieren ser promovidos de manera específica.

El primero, tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno y supone la recuperación de la salud en sentido estricto.

El segundo, es un proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales. Se trata, pues, de retomar el propio curso vital y recuperar al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano.

**Responsabilización:** Es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a los pacientes, los familiares y la comunidad.

**Calidad:** Es una característica de los servicios que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas. Para la sociedad en general y para las y los usuarios en particular, significa que los servicios deben lograr resultados positivos.

Para el personal y los gestores sanitarios, significa que los servicios deben hacer el mejor uso de los conocimientos y la evidencia científica disponibles.

### **Puntos críticos de la atención comunitaria de los trastornos mentales**<sup>3</sup>

- La atención a los pacientes con trastornos mentales ha de integrarse en la atención sanitaria, pero atendiendo a la especificidad de sus repercusiones en el desarrollo vital de las personas y de sus familias.
- La atención primaria de salud ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los pacientes con trastornos mentales, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en el primer nivel asistencial, mediante la detección y la derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada en los equipos de salud mental y mediante la continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias.
- Los sistemas sanitarios de cada Comunidad Autónoma deben establecer programas y actuaciones prioritarios encaminados a la promoción de la salud mental de la población, así como intervenciones de prevención para grupos y colectivos vulnerables. Igualmente han de perseguir la detección precoz de los trastornos mentales y la intervención orientada a detectar los mismos que interfieren y van concomitantes al resto de problemas de salud.
- La falta de recursos comunitarios capaces de garantizar la autonomía de los pacientes con trastorno mental grave determina que el mantenimiento de los pacientes en la comunidad se dé fundamentalmente a costa del esfuerzo de las familias. Se precisa el desarrollo de una gama amplia de recursos para cubrir las necesidades de personas con trastornos mentales y sus familias.

- La existencia de múltiples dispositivos y programas que deberían actuar sobre un mismo paciente hace que puedan surgir problemas de coordinación o de no delimitación de las responsabilidades sobre la atención a éste y que se traduzcan en intervenciones que interfieran entre sí o en desatención.
- El acceso a los recursos especializados de tratamiento y rehabilitación es tardío y se produce sólo en estados avanzados de la enfermedad, a pesar de las pruebas a favor de la importancia de las intervenciones tempranas.
- La intensidad de atención ambulatoria dispensada a los trastornos mentales graves es insuficiente, debido, en parte, a la presión de la demanda ejercida por los trastornos mentales comunes, pero también a que los servicios de salud mental comunitaria no disponen de programas específicos (a nivel ambulatorio y domiciliario) dirigidos a esta población, así como al número insuficiente de especialistas en salud mental (psiquiatras, psicólogas y psicólogos clínicos, y enfermería especializada en salud mental).
- Se ha producido una importante medicalización de los problemas de la vida cotidiana y una tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos, que consumen menos tiempo y exigen menos pericia y menos implicación del profesional, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas específicas.
- Tanto los equipos de atención primaria como los de salud mental están atendiendo un número creciente de problemas de salud mental, que desborda en muchos casos la capacidad de los mismos, para proporcionar las intervenciones con criterios de buena práctica clínica.
- No existe una generalización de modelos de coordinación entre atención primaria y salud mental, ni un procedimiento reglado para establecer cuál es el grado de responsabilidad, y según qué criterios, de cada uno de los profesionales que pueden actuar sobre un mismo caso.
- La variabilidad de la práctica clínica es, en salud mental, aún mayor que en otros ámbitos clínicos.
- La participación de los usuarios, usuarias y familiares ha supuesto cambios en la definición y priorización de los objetivos, las estrategias, los instrumentos y el control de los resultados de los servicios.
- La atención a los problemas de salud mental de grupos de población excluidos, como son las personas recluidas en centros penitenciarios y las personas «sin techo», requiere ser ampliamente reconsiderada para garantizar la «equivalencia de cuidados», es decir, que se proporcione a estos sectores una atención de características, en extensión y calidad, equivalentes a las de la población general.

Con el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de Ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud<sup>4</sup>, se organizan funcionalmente en los niveles de atención primaria y

atención especializada, regula la ordenación de la atención y contempla la creación de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental en todas las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. El objetivo principal de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental es la atención, promoción y prevención de los trastornos de Salud Mental del Área Sanitaria, desde una concepción integral y comunitaria, prestando apoyo y colaboración a los distintos niveles de Atención Sanitaria y colaborando con otros dispositivos e Instituciones no sanitarios, servicios sociales, educativos, judiciales, orientados al ciudadano, en base al respeto a sus derechos y la atención de sus necesidades en el marco que la constitución expresa.

En nuestros días, se dispone en Andalucía de una red pública de servicios de Salud Mental integrada en el Servicio Andaluz de Salud, con una orientación comunitaria y variada en recursos hacia la integración social.

Se han desarrollado nuevas políticas intersectoriales de coordinación con la Administración de Justicia, Asuntos Sociales, Educación y con la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

El Proyecto de Gestión que proponemos está fundamentado en los documentos anteriormente citados, que ofrecen unas directrices claras para proporcionar a las personas con enfermedades mentales una asistencia y unos tratamientos eficaces, de calidad y accesibles.

---

## **1. ÁMBITO DE ACTUACIÓN**

---

La provincia de Sevilla cuenta con una población de 1.917.097 habitantes<sup>5</sup>. La población que tiene el HUVR asignada a la especialidad de Psiquiatría es de 744.459 habitantes.

El Área de Salud Mental del HUVR<sup>5</sup>, cuenta con:

- 6 Unidades de Salud Mental Comunitaria:
  - o USMC Este
  - o USMC Guadalquivir
  - o USMC Mairena del Aljarafe
  - o USMC Sanlúcar la Mayor
  - o USMC Oriente
  - o USMC Sur
- 2 Unidades de salud mental
  - o USM-Hospital General
  - o USM-Hospital San Lázaro
- 1 Unidad de Rehabilitación (URA)
- 2 Comunidades Terapéuticas
  - o I. Santa Clara
  - o II. Los Bermejales
- 1 Hospital de Día de Salud Mental
- 1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)

Es conveniente poner de relieve, algunos factores que influyen en el aumento de la demanda para la atención a la salud mental, como son;

- Cambio en la estructura de la comunidad, es decir, va desapareciendo el importantísimo papel de apoyo y contención que tenía la familia y la comunidad, ya que los ciudadanos consideran que la atención a las personas con trastornos mentales es responsabilidad tanto de los particulares como del estado, obligando a reajustar las expectativas de contención puestas en la comunidad.
- Incremento en la aparición de grupos vulnerables debido a la inmigración.
- Medicalización del malestar cotidiano generado por las relaciones interpersonales, las exigencias sociales o las responsabilidades.
- Acusado aumento de personas mayores de 65 años con una mayor expectativa de vida y en la mayoría de los casos con pluripatología, aumentando las exigencias adaptativas de estas personas, así como las necesidades de apoyo externo.
- Aumento de las tasas de supervivencia de personas con enfermedades y accidentes que está provocando un incremento de las enfermedades crónicas e irreversibles causando nuevas formas de discapacidad y dependencia.

Estos factores contribuyen a disminuir la capacidad de respuesta de los dispositivos de salud mental saturando la demanda de los centros con nuevas patologías emergentes o situaciones vitales que requieren atención profesional, mermando a su vez la atención precisada por las personas con TMG a consecuencia del déficit de recursos existente en la actualidad.

---

## 2. PLANIFICACIÓN

---

El **III Plan Andaluz de Salud** (2003-2008)<sup>6</sup> tiene como uno de sus objetivos la elaboración y desarrollo del Plan andaluz de salud mental, de donde emana el primer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 (PISMA), seguido por el **II PISMA** (2008-2012)<sup>7</sup> aún vigente.

Este Plan tiene como fin servir de herramienta para que en el futuro se continúe trabajando para conseguir una óptima atención a los problemas de salud mental de la población andaluza y una mejora de la calidad asistencial, con los siguientes objetivos:

1. Promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad en la población de Andalucía.
2. Fomentar hábitos de vida saludables en las personas con enfermedad mental y, especialmente, en quienes padecen trastorno mental grave.
3. Reducir las desigualdades que, por condicionantes geográficos, socioeconómicos o de género, se producen en la atención a personas con problemas de salud mental.



4. Mejorar la calidad de la atención sanitaria y de apoyo social a las personas con enfermedad mental y a quienes proveen sus cuidados, garantizando la continuidad asistencial y una atención humanizada.
5. Desarrollar unos sistemas de información que permitan conocer la magnitud de los problemas de salud mental y la calidad de la atención prestada, para evaluar y planificar mejores servicios.
6. Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de su entorno, y procurar que puedan ejercer los derechos que como ciudadanos y ciudadanas les corresponden.
7. Fomentar una mayor sensibilización social que contribuya a reducir el estigma de la enfermedad mental.
8. Fomentar la participación activa de colectivos de pacientes, familiares, profesionales y agentes comunitarios en cada una de las fases de desarrollo del Plan.

Estos objetivos, los objetivos de la Unidad de Gestión Clínica de Área junto con las directrices marcadas por el Contrato Programa y los objetivos determinados en el Análisis DAFO, guiarán las bases de este proyecto de gestión.

## **2.1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (USMC)**

Las cinco grandes líneas estratégicas del Hospital Universitario Virgen del Rocío<sup>5</sup>, que son, de manera resumida; potenciar las Unidades de Gestión Clínica, favorecer la continuidad asistencial, favorecer el desarrollo profesional y la gestión de personas, potenciar los programas de formación y fomentar la investigación, han guiado la formulación de las líneas estratégicas del dispositivo, que son las que siguen:

- Mejorar la prestación de los cuidados
  - Asignación de un equipo de enfermería referente a cada usuario formado por una enfermera/o y un auxiliar de enfermería.
  - Prestar los cuidados de manera programada, sistemática e individualizada utilizando el proceso de enfermería basado en el modelo de cuidados de Virginia Henderson y empleando la clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA, la NIC para las intervenciones y la NOC para los objetivos.
  - Disminuir la variabilidad de la práctica clínica mediante la utilización de guías de práctica clínica y protocolización de planes de cuidados.
  - Garantizar la continuidad asistencial optimizando la coordinación entre los distintos dispositivos implicados en la atención al enfermo mental.

- Fomentar la formación y la investigación
  - Facilitar la adquisición y actualización de los conocimientos de los profesionales con el objetivo de mejorar el desempeño de sus funciones propias.
  - Potenciar el desarrollo profesional y personal y favorecer la evolución en la carrera profesional.
  - Informar sobre los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales y económicos del sistema sanitario.
- Aumentar la Calidad del servicio
  - Establecer una cultura de calidad total y promover la gestión por procesos.
  - Potenciar la creación de instrumentos de comunicación eficaces entre los profesionales.
  - Desarrollar la capacidad de los profesionales de utilizar los recursos sanitarios de manera eficiente para lograr la consecución de los objetivos.
- Determinar y establecer una política eficaz de recursos humanos
  - Seleccionar prioritariamente al personal de enfermería en posesión del título de enfermero especialista en salud mental, y en su defecto, ofrecer al candidato la formación necesaria para que pueda efectuar sus funciones de manera adecuada.
  - Fijar las prioridades en materia de formación anualmente, atendiendo a los planes de desarrollo individual de los profesionales y a las necesidades que hayan manifestado previamente en las entrevistas de evaluación del desempeño profesional (EDP).
  - Reconocer la excelencia en la práctica clínica, establecer estrategias adecuadas de motivación e incentivación de los profesionales sanitarios.

## 2.2. ANÁLISIS DAFO. Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)

El inventario DAFO ordena la situación de la organización en Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

Tras realizar el Análisis del Entorno Externo e Interno se puede establecer un diagnóstico de la situación de la organización, utilizando como herramienta el Inventario DAFO.

Para concretar la situación actual de la USMC se realizó un análisis del entorno de la organización para determinar el punto de partida y poder delimitar las acciones.

<b>Matriz DAFO de una Unidad de Salud Mental Comunitaria</b>	
<b><u>Análisis Externo</u></b>	

<b>Amenazas</b>	<b>Oportunidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento del número de competidores (sanidad privada).</li> <li>2. Recortes presupuestarios debido a crisis económica (disminución del número de contrataciones = disminución de la calidad asistencial).</li> <li>3. Aumento de la afluencia de pacientes debido al menor poder adquisitivo, mayor desempleo, envejecimiento de la población, avances laborales y sociales de la mujer (aumento del estrés).</li> <li>4. Escasa sensibilización del servicio a cambios en las demandas de los usuarios.</li> <li>5. La oferta de los servicios no siempre corresponde a las necesidades actuales ni futuras de los clientes.</li> <li>6. Aumento acusado de los costes en la Unidad de Salud Mental Comunitaria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Importancia actual que se le da a la Formación Continuada.</li> <li>2. Cambio de la imagen social de la enfermedad mental y mayor presencia de la salud mental en los medios de comunicación.</li> <li>3. Los trabajadores precisan tener técnicas y habilidades específicas para competir en este sector.</li> </ol>

<b><u>Análisis Interno</u></b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implantación de la Unidad de Gestión Clínica y dirección por objetivos.</li> <li>2. Incremento en la utilización de Procesos Asistenciales y Guías de Práctica Clínica.</li> <li>3. Aumento de la concienciación de la necesidad de investigar.</li> <li>4. Implantación de sistemas informáticos de información.</li> <li>5. Aplicación de estrategias para eliminar el estigma relacionado con los usuarios y profesionales del servicio.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Métodos de motivación e incentivación confusos que crean malestar en los profesionales.</li> <li>2. Grandes requerimientos de capital para producir los servicios, ya que no se obtienen beneficios económicos, los beneficios se miden por bienestar social.</li> <li>3. Actual forma de producir los servicios, que producen altos costes económicos debido a poca coordinación entre A. primaria y especializada,</li> </ol>

	<p>repetición de actividades e intervenciones, etc.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Métodos de producción de servicios obsoletos (no implantación de nueva metodología basada en la evidencia científica por recursos deficitarios).</li><li>5. Capacidad asistencial desbordada debido al incremento acusado del número de usuarios y a la falta de recursos.</li><li>6. Escasez de recursos humanos en el servicio. Idea generalizada de que la Salud Mental es un servicio de “retiro laboral” en el que las exigencias de los puestos son bajas dando lugar a disminución de la calidad asistencial.</li><li>7. Necesidad de adecuar las instalaciones y equipamiento para cubrir las necesidades de los usuarios.</li></ol>
--	---

De este análisis podemos concluir que:

- Es preciso mejorar el acceso a los recursos con el fin de que el principio de equidad sea una realidad.
- Es oportuno instaurar programas de prevención y promoción de la salud, sobre todo dirigidos a población de riesgo o grupos vulnerables.
- Es necesaria la evaluación periódica de las necesidades de los pacientes y de la carga de trabajo para adaptar los recursos a la demanda.
- Es imprescindible seguir trabajando para la erradicación del estigma asociado a las personas con problemas de salud mental.
- Es fundamental aumentar la investigación activa y la calidad científica.

### 2.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Adaptar el Plan Estratégico a la nueva situación económica y cumplir los objetivos para tener un rendimiento más eficiente.
- Evaluación periódica del incremento de afluencia de pacientes para poder solicitar el aumento de recursos para afrontar la demanda.
- Valoración de las necesidades de los pacientes para ir adaptando la oferta de servicios.

- Comunicar el Programa de Cursos de Formación Continuada.
- Promocionar la Salud a través de medios de comunicación e instituciones relacionadas con la comunidad.
- Involucrar a los profesionales en la gestión de la unidad.
- Fomentar la utilización en la práctica clínica de métodos basados en la evidencia científica.
- Eliminar el malestar de los profesionales clarificando los sistemas de motivación e incentiación de la unidad.
- Promover la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada para no duplicar actividades y reducir costes.
- Adecuar los recursos de la Unidad a la demanda de servicios actual.
- Requerir que los profesionales de la Unidad estén formados específicamente en Salud mental.
- Mejorar la calidad de la atención sanitaria y de apoyo social a las personas con enfermedad mental y a quienes proveen sus cuidados, garantizando la accesibilidad, la continuidad asistencial y una atención humanizada y especializada.

#### 2.4. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

<b>MES 1</b>	Reunión semestral de equipo para determinar las necesidades de los pacientes y adaptar la oferta a la demanda. Taller de búsqueda de Evidencia científica.
<b>MES 2</b>	Evaluación trimestral del nº de Consultas/ día y demora en consultas sucesivas.
<b>MES 3</b>	Reunión trimestral de equipo junto con los referentes de AP en Salud Mental de las ZBS pertenecientes al área de población adscrita a la USMC, para potenciar la colaboración, la coordinación y la continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento con ambos niveles.
<b>MES 4</b>	Comunicar el Programa de Cursos de Formación.
<b>MES 5</b>	Taller de búsqueda de Evidencia científica.
<b>MES 6</b>	Reunión de equipo para determinar las necesidades de los pacientes y adaptar la oferta a la demanda. Evaluación trimestral del nº de Consultas/ día y demora en consultas sucesivas.
<b>MES 7</b>	Reunión trimestral de equipo junto con los referentes de AP en Salud Mental de las ZBS pertenecientes al área de población adscrita a la USMC, para potenciar la colaboración, la coordinación y la continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento con ambos niveles.
<b>MES 8</b>	Reunión de equipo para elaborar el Plan de Acción para

	promocionar la salud a través de medios de comunicación e instituciones relacionadas con la comunidad.
<b>MES 9</b>	Taller de búsqueda de Evidencia científica.
<b>MES 10</b>	Evaluación trimestral del nº de Consultas/ día y demora en consultas sucesivas.
<b>MES 11</b>	Reunión trimestral de equipo junto con los referentes de AP en Salud Mental de las ZBS pertenecientes al área de población adscrita a la USMC, para potenciar la colaboración, la coordinación y la continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento con ambos niveles.
<b>MES 12</b>	Reunión de Equipo para comunicar la estrategia sobre motivación del personal e incentivación de la unidad.

---

### 3. ORGANIZACIÓN

---

#### 3.1. CONTRATO DE GESTIÓN ANUAL: UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (USMC)<sup>8</sup>

##### 3.1.1. Misión y Valores

La misión de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) es prestar atención especializada a todas las personas con problemas de Salud Mental y del Comportamiento, con una metodología integral y un enfoque comunitario, coordinándose con Atención Primaria y con otros Servicios Sanitarios, Sociales, Judiciales, Laborales y Educativos, teniendo en cuenta la prevención, rehabilitación y recuperación.

Basándose en un modelo biopsicosocial presta intervenciones dirigidas hacia la eficacia y la eficiencia, a personas con trastorno de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, trastornos mentales graves y trastornos de la infancia y la adolescencia.

Los valores profesionales son los componentes que conforman la conducta básica de las personas y lo que se espera de ellas en su puesto de trabajo.

Los valores en la USMC deben basarse en principios como:

- El respeto por los derechos de los pacientes, ya que muchos de ellos tienen dificultades para ejercerlos.
- La confidencialidad e intimidad de los usuarios y familiares.
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público.
- El trabajo en equipo con responsabilidad, capacidad de escucha activa, humildad, capacidad de autocrítica, disponibilidad y coordinación entre

los distintos dispositivos de la UGC para asegurar la continuidad de cuidados.

- La comunicación y la transparencia.
- La personalización de los cuidados, haciendo participar al usuario y a su familia en su proceso y promoviendo la rehabilitación con un enfoque comunitario.
- El uso adecuado de los recursos.
- La mejora continua de la calidad en búsqueda de la excelencia.

### 3.1.2. Líneas Estratégicas de Mejora

Según el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012<sup>7</sup>, el objetivo principal será “la eficaz coordinación de los recursos”. Con este objetivo se podrá asegurar la continuidad de cuidados.

A cada paciente con trastorno mental atendido en una USMC se le asignará un enfermero/a referente para personalizar los cuidados. Este profesional será responsable del Plan de Cuidados y del Informe de Continuidad de Cuidados cuando el paciente pase de un dispositivo a otro. En el caso de que se dé un ingreso urgente, el informe se podrá elaborar en las 48 horas siguientes.

- Integración de la metodología enfermera a la práctica diaria. Para ello puede ser útil la formación en los servicios para facilitar la participación de los profesionales.
- Fomento de la formación continuada interna y externa, informando sobre los cursos que se oferten y facilitando su asistencia.
- Implantación de sesiones clínicas como fuente de formación e información sobre los casos expuestos, además de ser un punto de encuentro para los profesionales de la USMC.
- Colaboración en la formación pregrado y postgrado.
- Facilitar la asistencia a los Congresos. Son un punto de intercambio de experiencias con profesionales de otras áreas sanitarias.
- Promover las actividades formativas y de investigación para aumentar la calidad en la provisión de cuidados dentro del sistema de salud.
- Fomentar una comunicación eficaz entre los profesionales, crear un clima de confianza, seguridad, escucha activa, asertividad y fomentar las reuniones formales e informales.

### 3.1.3. Líneas Estratégicas de los Cuidados Enfermeros

Las principales líneas estratégicas para mejorar los cuidados enfermeros especializados de salud mental<sup>9</sup> están basadas en garantizar la continuidad de los cuidados.

- Personalización de los Cuidados. La personalización de los cuidados, mejora la seguridad y satisfacción del paciente, la relación enfermera – paciente. Con esto también conseguiremos

facilitar la continuidad de cuidados e incrementar la satisfacción laboral de las enfermeras/os.

- Asignación enfermera – paciente.
- Informe de continuidad de cuidados. Es una herramienta que sirve para intercambiar información entre enfermeras de distintos dispositivos o niveles de atención. Es un documento con carácter bidireccional, que se emitirá al alta y/o cuando se considere necesario disponer de información para poder ofrecer cuidados de calidad. Para la mejora de la continuidad de cuidados se crea la Comisión de Cuidados de Área<sup>10</sup>, que está integrada por enfermeras de nivel de atención especializada y primaria, que trabajan para garantizar el intercambio efectivo de información, ofreciendo instrumentos que favorezcan el flujo de información interniveles y faciliten la práctica clínica, minimizando las duplicidades omisiones y/o contradicciones en la transmisión de la información.

También es preciso fomentar el uso de la metodología enfermera y la utilización de taxonomías que unifiquen el lenguaje.

■ Estandarización NANDA, NIC y NOC:

Para poder conseguir una adecuada continuidad de cuidados, cada paciente tendrá asignado un enfermero/a referente en todos los dispositivos de Salud Mental. Este profesional será responsable del Plan de Cuidados individualizado y de la elaboración del informe de continuidad de cuidados cuando el paciente/cuidador pase de un dispositivo a otro. La visita domiciliaria será una valiosa herramienta para llevar a cabo las intervenciones diseñadas en la planificación de los cuidados, además de proporcionar seguridad al paciente y a su entorno más próximo.

#### 3.1.4. Cartera de Clientes

Los clientes atendidos en la USMC son personas aquejadas de un trastorno mental diagnosticado o en estudio y/o su familia o allegados.

Las personas atendidas en la USMC pueden tener los siguientes diagnósticos:

- Trastornos Neuróticos (ansiedad, depresión, somatizaciones, trastornos obsesivos compulsivos, etc).
- Trastornos afectivos.
- Trastornos mentales graves.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento.
- Patologías emergentes.
- Trastorno de la conducta alimentaria.

#### 3.1.5. Cartera de Servicios



La Cartera nacional de Servicios de Salud Mental ha sido regulada en el Real Decreto 1030/2006<sup>11</sup>, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. El Decreto subraya que la atención a la salud mental ha de garantizar la necesaria continuidad asistencial e incluye:

- a. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- b. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- c. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- d. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
- e. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- f. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- g. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados. Sigue existiendo una brecha entre las necesidades y expectativas de las y los pacientes y familiares y los recursos disponibles, sobre todo los de apoyo social, rehabilitación e inserción sociolaboral.<sup>3</sup>

La unidad de salud mental comunitaria<sup>4</sup> se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada.

Los equipos de salud mental se constituyen como eje de articulación y prestación de servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área de Salud, con carácter multidisciplinario.

Realizan diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los Trastornos Psiquiátricos en régimen ambulatorio. Su ámbito poblacional estará determinado por la población que tenga asignada en el área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente en la que esté adscrita. Dicha unidad constituye el

dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

Las funciones<sup>4</sup> de la unidad de salud mental comunitaria, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:

- Prestar atención integral a pacientes en régimen ambulatorio o domiciliario.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización.
- Desarrollo de programas de reinserción de los pacientes psiquiátricos crónicos pertenecientes al distrito correspondiente.
- Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieren.
- Atender a las consultas preferentes así como a los pacientes o grupos de crisis durante el período que se determine.
- Derivación de los pacientes que precisan tratamiento en régimen de ingreso a las unidades de hospitalización parcial o total del Área.
- Tratamiento de los trastornos mentales.
- Seguimiento de las personas en tratamiento.
- Programa de Gestión de Casos Psiquiátricos.
- Docencia e investigación
- Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.
- Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.
- Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsultas u otras.
- Coordinar la derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.
- Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el Servicio Andaluz de Salud mediante convenio o concierto.

### 3.1.6. Recursos Humanos y Materiales

La USMC Sur atiende a una población de 99.868 habitantes<sup>5</sup>. La plantilla está compuesta por 14 trabajadores, los cuales son:

2 Enfermeras Especialistas en Salud Mental

1 Trabajadora Social

2 Psicólogos Clínicos

6 Psiquiatras

2 Auxiliares de Enfermería

1 Administrativo

Personal en formación como Residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería.

■ Estimación de necesidades de personal:

Evaluar mediante el Sistema PRN (Project de Recherche in Nursing) las actividades de atención al paciente para conocer las cargas de trabajo, elaborando una parrilla de cargas de trabajo y así determinar si es preciso aumentar el número de profesionales.

- Enfermeras y Auxiliares de Enfermería en USMC.  
1.540 horas anuales.  
Turno de mañana: 261 días (lunes a viernes), 7 horas por jornada.

■ **Recursos Materiales**

- Material fungible
- Carro de Curas y Contenedor de agujas
- Camilla
- Medicación de Urgencias, antipsicóticos inyectables y psicotropos. Caja fuerte para guardar los psicotropos
- Tensiómetro, medidor de glucemia
- Frigorífico para guardar medicación inyectable
- Carro de Paradas
- Ordenadores con conexión a Internet en todas las consultas
- Ordenador portátil y cañón proyector
- Material de oficina y papelería

Indicadores:

- Control de Stocks
- Organización del material
- Formulación de pedidos

3.1.7. Identificación de la Actividad Total Anual

Respecto a los índices de actividad, los datos publicados en la última memoria del Área publicada (2010)<sup>5</sup>, son los siguientes:

**Población de Referencia:** 744.459 habitantes

■ Área de Salud Mental:

<b>Área de Consultas Externas</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Total primeras visitas</b>	10.124	11.061	10.939
<b>Consultas Sucesivas</b>	88.766	88.461	89.276
<b>Total Consultas</b>	98.890	99.522	100.215
<b>Relación sucesivas/primeras</b>	8,77	8,00	8,16
<b>Consultas/día</b>	395,6	399,7	402,5
<b>Frecuentación consultas</b>	1.218	1.219	1.223

■ Actividad de Consultas:

	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Primeras Consultas</b>	11.417	11.214
<b>Consultas Sucesivas</b>	89.391	89.973
<b>Total Consultas</b>	100.808	101.187
<b>Relación Sucesivas/Primeras</b>	7.83	8,02

**Unidades de Salud Mental Comunitaria**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>USMC Sur</b>	15.293	16.895
<b>USMC Guadalquivir</b>	16.016	18.633
<b>USMC Mairena del Aljarafe</b>	12.587	12.642
<b>USMC Este</b>	20.390	16.133
<b>USMC Oriente</b>	23.985	24.521
<b>USMC Sanlúcar la Mayor</b>	11.251	11.391

■ Información Económica:

	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Personal</b>	<b>10.440.476</b>	<b>8.155.591</b>
<b>Sanitario Facultativo</b>	5.882.423	4.460.723
<b>Sanitario no Facultativo</b>	3.387.087	2.702.347
<b>P. no Sanitario</b>	1.170.966	992.521
<b>Bienes y Servicios</b>	<b>1.181.107</b>	<b>955.280</b>
<b>Fungibles</b>	54.414	40.349
<b>Fármacos</b>	135.846	218.745
<b>Otros</b>	674.496	373.608

<b>Consumos Mantenimiento Directo y Contratas</b>	316.350	322.155
<b>Total</b>	<b>11.621.583</b>	<b>9.110.871</b>

■ Calidad Asistencial:

<b>Altas Codificadas</b>	566
<b>Mortalidad Total</b>	0,53%
<b>% Reingresos</b>	7,07%
<b>Índice de utilización de estancias</b>	0,97
<b>Case Mix</b>	1,19
<b>Promedio Diagnóstico</b>	3,80
<b>Promedio Procedimiento</b>	0,24

<b>Diagnósticos más frecuentes</b>	<b>Nº Altas</b>	<b>Estancia Media</b>
Esquizofrenia	145	18,23
Trast. de personalidad y control de impulsos	93	10,26
Psicosis Afectiva	56	19,52
Trast. Neuróticos	51	9,92
Psicosis orgánica	46	18

■ GRDs más frecuentes en USMC:

<u>GRD</u>	<u>Descripción</u>	<u>Nº de Altas</u>	<u>Estancia Media</u>
<b>430</b>	Psicosis	261	18,37
<b>428</b>	Trast. De personalidad & control de impulsos	93	10,26
<b>425</b>	Reacción de adaptación aguda & disfunción psicosocial	55	9,82
<b>450</b>	Envenenamiento & efecto tóxico de drogas edad >17 sin CC	31	8,45
<b>429</b>	Alteraciones orgánicas & retraso mental	20	18,55
	Subtotal Altas 5 GRDs más frecuentes	460	
	% de los GRDs más frecuentes sobre las altas codificadas	81,27%	

### 3.1.8. Procesos Asistenciales Clave para la USMC

Estos Procesos Asistenciales nos ayudarán a protocolizar intervenciones, afianzar la cooperación entre Atención Primaria y Atención Especializada, a asignar profesionales referentes, a desarrollar el PIT (Plan Individualizado de

Tratamiento) para mejorar la comunicación y la información entre los niveles asistenciales y evitar duplicidades, omisiones y contradicciones.

- ADS: Ansiedad, Depresión y Somatizaciones<sup>12</sup>

Definición: Atención a las personas que demanden asistencia sanitaria por síntomas de ansiedad y/o depresión o síntomas somáticos que no se explican por una enfermedad orgánica.

#### Indicadores

- Número de pacientes incluidos en el Proceso Ansiedad, depresión, somatizaciones.
  - Número de personas a las que se les ha aplicado el Protocolo de Intervención en Crisis consensuado entre el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) y el Equipo de Salud Mental (ESM) correspondiente.
- TCA: Trastorno de la conducta alimentaria<sup>13</sup>

Definición: El proceso Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comprende el conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal, que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), según la CIE-10/CIE-9, sin límites de edad.

Indicadores: Número de pacientes incluidos en el proceso TCA.

- TMG: Trastorno Mental grave<sup>14</sup>

Definición: Conjunto de actividades encaminadas a la atención de la persona con trastorno mental grave, incluyendo:

- La detección, identificación y diagnóstico precoces de las personas con trastorno mental grave (TMG) o en riesgo de evolucionar hacia el mismo.
- La evaluación clínica y funcional de la persona afectada, su familia y el entorno más próximo.
- La elaboración consensuada de un Plan individualizado de tratamiento.
- La aplicación de distintas intervenciones sanitarias e intersectoriales basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico.

Indicadores: Número de personas incluidas en el Proceso de Trastorno Mental Grave.

---

## 4. COORDINACIÓN

---

### 4.1. COMUNICACIÓN INTERNA E INFORMACIÓN

Dentro del programa de actividades del personal, habrá una reunión programada el mismo día semanalmente a primera hora de la mañana con una duración de 45 minutos. Asimismo se podrán convocar reuniones extraordinarias cuando el servicio lo requiera. En el tablón de anuncios se expondrá toda la información de interés para el personal, se utilizará el correo electrónico como herramienta de comunicación interna e información además de otros medios formales e informales relevantes.

Se informará sobre horarios de consulta, teléfonos de contacto, trámites a realizar y de todo lo que precise la persona atendida en el dispositivo, así como sus acompañantes.

Para poder llevar a cabo una auditoría de comunicación interna de la unidad y los puntos débiles o fuertes de la política de comunicación, que nos informe de la calidad percibida de la información recibida por parte de los profesionales, se realizarán entrevistas personales con cada miembro del equipo, además de pasar un cuestionario que permitirá conocer el estado de la comunicación de la organización y poder determinar las líneas de acción pertinentes para conseguir una comunicación efectiva. Como metodología a utilizar, se propone el cuestionario recogido a continuación, entre otros métodos.

#### 4.1.1. Cuestionario para valorar la comunicación interna de la organización

1. La mayoría de la información relativa a su trabajo, la recibe de mano de:
  - a. Compañeros de trabajo.
  - b. Directivos y Junta Facultativa de Enfermería.
  - c. Sindicatos.
  - d. Mandos Intermedios.
2. Considera que la información que recibe sobre su trabajo es:
  - a. Escasa, confusa, no periódica y poco/nada creíble.
  - b. Escasa, confusa, periódica y creíble.
  - c. Abundante, clara, periódica y creíble.
  - d. Abundante, clara, periódica y poco/nada creíble.
3. Con respecto a la toma de decisiones por parte de los responsables de su organización:
  - a. Nunca informan de las tomas de decisiones relevantes.
  - b. Siempre informan de por qué y para qué se toman dichas decisiones.
  - c. Suelen informar de la decisión tomada pero no de su causa y finalidad.
  - d. Le es indiferente.
4. La información sobre su trabajo normalmente le llega a través de:
  - a. Notas interiores, reuniones programadas, entrevistas periódicas, boletines de comunicación interna, etc.
  - b. Reuniones informales, durante la jornada laboral por el pasillo, mediante charlas de café, rumores, etc.
  - c. Notas interiores, reuniones programadas, reuniones informales, charlas con otros profesionales, rumores, etc.

- d. Sobre todo a través de compañeros y reuniones informales y rara vez y sólo para información muy relevante a través de reuniones programadas y notas interiores.
5. Su satisfacción laboral es:
- a. Baja.
  - b. Alta.
  - c. Nula.
  - d. Media – Alta.
6. En el caso en el que usted quiera aportar una propuesta de mejora, sugerencia o queja sobre su trabajo:
- a. Tiene que dirigirse a su mando intermedio, que es el que las gestiona y normalmente o no tiene respuesta o la respuesta llega tarde.
  - b. Tiene que dirigirse a su mando intermedio y normalmente tiene una respuesta rápida a su aportación.
  - c. Puede hacerla llegar a la persona pertinente de una forma directa, obteniendo una respuesta rápida.
  - d. Puede hacerla llegar a la persona pertinente de una forma directa, pero normalmente no tiene respuesta o la respuesta llega tarde.
7. Para aumentar y mantener la motivación de los profesionales en su trabajo la organización:
- a. Tiene una política de recursos humanos deficitaria e instrumentos escasos para aumentar/mantener la motivación de los trabajadores.
  - b. Tiene una política de recursos humanos clara pero se usan los instrumentos de manera no equitativa fomentando la desigualdad de oportunidades.
  - c. Tiene una política de recursos humanos bien definida e instrumentos determinados para favorecer el desarrollo profesional.
  - d. Tiene una política de recursos humanos bien definida e instrumentos escasos para aumentar/mantener la motivación de los trabajos.
8. ¿Está usted satisfecho/a con la forma en la que se organizan los recursos humanos y materiales y con la manera en la que se supervisa al personal en su trabajo?
- a. Sí, estoy totalmente satisfecho/a.
  - b. No estoy en absoluto satisfecho/a.
  - c. Sí estoy satisfecho/a con la manera en la que se organizan los recursos pero no con la forma de supervisar al personal.
  - d. No estoy satisfecho/a con la manera en la que se organizan los recursos pero sí con la forma de supervisar al personal.
9. ¿Cómo definiría la relación laboral que mantiene con sus compañeros de trabajo?
- a. Buena, aunque normalmente sólo me relaciono con los compañeros de mi misma categoría profesional.
  - b. Respetuosa, cordial y de colaboración, esto es necesario para trabajar en equipo.
  - c. Indiferente, me limito a hacer mi trabajo.



- d. Mala en general, excepto con varios compañeros.
10. Con respecto a su organización:
- a. Me siento orgulloso/a de pertenecer a ella.
  - b. Me siento integrado/a en la organización.
  - c. Me siento orgulloso/a de pertenecer a ella y también integrado/a en la organización.
  - d. No me siento parte integrante de la organización.

#### **4.2. POTENCIACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO**

Potenciar que los profesionales de la Unidad trabajen en equipo, mediante el desarrollo de la Comunicación Interna del equipo, fomentando la participación de todos los miembros del equipo, transmitiendo el sentimiento de pertenencia, reconociendo los logros del equipo y llevando a cabo una adecuada estrategia de motivación. Para llevar a cabo dicha estrategia es necesario identificar las necesidades de los profesionales y crear las condiciones adecuadas para que las personas puedan satisfacerlas y aplicar los incentivos adecuados a cada profesional. Para ello, es preciso instaurar la Dirección por Objetivos, determinando las necesidades que producen insatisfacción, como condiciones de tipo ambiental, salario, seguridad, estilo de mando, etc e implantando medidas como buena comunicación interna, reconocimiento de los logros, formación continuada y promoción, y delegación de responsabilidades.

#### **4.3. INSTAURACIÓN DEL COACHING**

Para llevar a término, la labor de Coach, es preciso evaluar el potencial del profesional determinando qué actividades tiene que hacer para conseguir sus objetivos, acordando y priorizando las actividades más críticas y definiendo el objetivo de mejora para poder evaluar su progresión. Hay que establecer el plan de actuación concretando las acciones y darlo a conocer al profesional al que se dirige para obtener su compromiso.

El Área de Salud Mental del HUVR, en el campo de los cuidados, lleva a cabo actividades de Formación organizadas en el propio Área.

Es preciso contar con un **Plan de formación personalizado** que contemple las demandas y necesidades de los profesionales, reforzando aquellas competencias que son necesarias para el desarrollo profesional.

Se potenciarán, además de los temas dirigidos a la mejora del conocimiento y habilidades de la práctica clínica, aquellos relacionados con los temas priorizados por el Contrato Programa, a través de la Dirección de Enfermería, El Plan Integral de Salud Mental y la Unidad de Gestión Clínica.

Se fomentará la realización de sesiones clínicas de cuidados, en la línea indicada en Contrato Programa.

#### **4.4. GESTIÓN POR COMPETENCIAS**

Se modificarán las estructuras de gestión actuales adaptándolas a la gestión clínica, hacia una responsabilidad compartida en la gestión de los procesos y

en la toma de decisiones del personal de enfermería, mejorando la información y la comunicación dentro del equipo.

Instaurar un Modelo de Gestión por Competencias para poder, mediante el conocimiento de las capacidades y aptitudes de los miembros del equipo, asignar las actividades y tareas según las posibilidades de desarrollo de cada profesional.

La Gestión por Competencias<sup>15</sup> persigue el desarrollo continuado de profesionales excelentes como factor esencial para la mejora continua en el cumplimiento de los fines del servicio sanitario público a través de tres procesos fundamentales:

- La formación de los profesionales, a través de un Plan Integral de Formación que alcance todas las etapas (pregrado, formación de especialistas y la formación continuada).
- La evaluación, como medida de los resultados obtenidos en la actividad de los profesionales, y orientada a la autoevaluación y al autoaprendizaje.
- El reconocimiento del desarrollo de competencias en los profesionales, cuyo impacto en la organización supone una mejora de la calidad de la atención, y que cuenta como herramientas principales con la **Acreditación de las Competencias Profesionales** y la Carrera Profesional.

Para delegar tareas es preciso, definir las mismas y determinar los objetivos, dar la autoridad necesaria a los profesionales, apoyarlos y facilitarles los recursos necesarios, estableciendo sistemas de control para evaluar los resultados y las medidas correctivas cuando se precisen.

## 4.5. SISTEMA DE INCENTIVACIÓN

### 4.5.1. Dirección por objetivos (DPO).

Implantación de la Dirección por Objetivos<sup>16</sup> como instrumento de gestión, en el que todos los profesionales tienen el derecho y la obligación de conocer los objetivos de su centro y unidad donde prestan servicios y a ser evaluados en cuanto al desempeño realizado en su puesto de trabajo.

- **Objetivos Anuales de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC):** Los objetivos planteados serán de equipo en su mayoría, ya que están inspirados en el trabajo en equipo como nuevo método de trabajo. El resto serán grupales para el colectivo de enfermería.

Estos objetivos están planteados bajo las líneas estratégicas siguientes:

- Garantizar la continuidad de cuidados.
- Aumentar de la Calidad Asistencial.
- Fomentar la formación, docencia e investigación.

- Coordinación eficaz y eficiente de los recursos.

La información para evaluar el cumplimiento de los objetivos saldría del mismo Centro de Salud Mental, mediante la elaboración y cumplimentación de registros creados al efecto y con la colaboración de todos los miembros del equipo multidisciplinar.

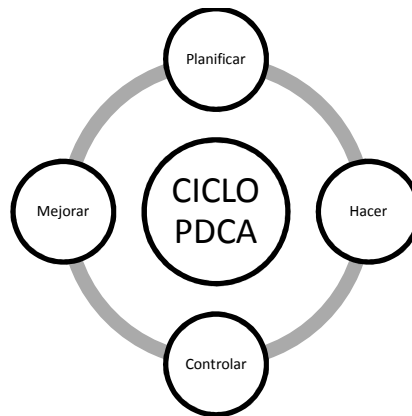
<b>OBJETIVOS ASISTENCIALES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PONDERACIÓN</b>
Demora en primera consulta inferior a 15 días.	Tiempo medio que transcurre entre la demanda de la cita y la primera consulta.	50%
Demora en consulta tras el Alta hospitalaria inferior a 1 semana.	Tiempo medio que transcurre entre el Alta hospitalaria y la consulta para la continuidad de cuidados.	
Elaboración del PIT a las personas con TMG en 1 mes tras valoración inicial.	Tiempo medio que transcurre entre la valoración inicial del paciente y la elaboración del PIT.	
Asignación de enfermera/o referente.	Monitorización del número de pacientes con enfermera/o referente.	
Elaboración de Informe de Continuidad de Cuidados.	Monitorización del número de ICC elaborados para otros dispositivos.	
<b>OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PONDERACIÓN</b>
Aplicar el Modelo de Gestión de Casos.	Monitorización del número de reuniones del equipo para la Gestión de Casos.	20%
Realización de encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos en la unidad.	Número de encuestas realizadas.	
Disminución del número de	Monitorización del número de reingresos.	

reingresos en la USM – HG.  Disminución del número de reclamaciones realizadas por pacientes y/o familiares.	Monitorización del número de reclamaciones presentadas en la unidad.	
<b>OBJETIVOS DE FORMACIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PONDERACIÓN</b>
Fomentar la Integración de la metodología enfermera a la práctica diaria.	Monitorización del número de Planes de Cuidados Enfermeros realizados.	20%
Información sobre los cursos que se oferten facilitando su asistencia.	Número de asistencias a los cursos ofertados por parte del personal.	
Presentación de una ponencia, comunicación o póster en el congreso anual.	Número de presentaciones al congreso anual.	
<b>OBJETIVOS DE PRESUPUESTO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PONDERACIÓN</b>
Optimizar la gestión de recursos humanos: optimizar la cobertura de IT y las necesidades vacacionales.	Número de personal de sustitución contratado para IT y periodos vacacionales.	10%
Optimizar los recursos materiales: Revisión de stocks de fungibles y farmacia.	Número de material fungible y medicamentos caducados y/o deteriorados.	

## 5. CONTROL DE CALIDAD

Para poder llevar a cabo la mejora continua de la calidad de la unidad, es necesario buscar constantemente oportunidades para mejorar la calidad de sus servicios. Esto se puede realizar metodológicamente mediante la aplicación de un CICLO PDCA o DEMING.

## 5.1. CICLO PDCA



<p style="text-align: center;"><b>PLANIFICAR</b></p> <p><u>OBJETIVOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir el nº de reclamaciones</li> <li>• Todas las personas atendidas con TMG con PIT realizado</li> <li>• Todas las personas atendidas con Valoración de Enfermería realizada</li> <li>• Disminuir el nº de reingresos en el hospital por descompensación psicopatológica</li> <li>• Disminuir el nº de no asistencias a consultas mediante la instauración de una relación terapéutica adecuada</li> <li>• Disminuir el nº de personas que abandonan el tratamiento aumentando la adherencia terapéutica</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>OPERAR / HACER</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Ejecutar Procesos</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>CONTROLAR</b></p> <p><u>INDICADORES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de Reclamaciones</li> <li>▪ Nº de PIT realizados</li> <li>▪ Índice de Valoraciones de Enfermería realizadas</li> <li>▪ Nº de reingresos en la USM-HG</li> <li>▪ Índice de no asistencia a Consulta</li> <li>▪ Nº de personas que abandonan el tratamiento</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>MEJORAR</b></p> <p style="text-align: center;">Identificar y priorizar las oportunidades de mejora</p>

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Declaración Europea de Salud Mental. Conferencia Ministerial de la OMS, para la Salud Mental, celebrada en Helsinki, 2005. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est17.pdf.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf)
2. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Bruselas, 2005. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
4. Decreto 77/2008, de 4 de Marzo, de Ordenación Administrativa y Funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_normativas3\\_22&file=/contenidos/profesionales/normativas/D77\\_2008\D77\\_2008\\_capIII.htm](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_normativas3_22&file=/contenidos/profesionales/normativas/D77_2008\D77_2008_capIII.htm)
5. Memoria 2010. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Edita: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, Julio 2011. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranetservicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/cmshuvr2/galerias/documentos/hospital/memorias/2010.pdf>
6. Servicio Andaluz de Salud. III Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>
7. Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMAII) 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía; 2008. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>
8. Consejería de Salud. Contrato Programa. Servicio Andaluz de Salud. 2010-2013. Sevilla. Consejería de Salud, 2010.
9. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Estrategias de mejora de los cuidados en salud mental. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2004.

10. Huizing, E. López Alonso, SR. Lacida Baro, M, Pérez Hernández, RM.  
Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en Salud Mental en Andalucía.  
Presencia 2005, ene-jun; 1(1).

11. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Disponible en:  
<http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/home.htm>

12. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. Junta de Andalucía; 2003. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/listados.asp>

13. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Trastorno de la Conducta Alimentaria. Junta de Andalucía; 2003. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/listados.asp>

14. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla, Consejería de Salud, 2006. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/listados.asp>

15. Consejería de Salud (2006): Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla. Consejería de Salud, 2006.  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_5\\_p\\_2\\_organizacion\\_de\\_la\\_investigacion/modelo\\_gestion/modelo\\_de\\_gestion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf)

