Hospital Universitario 12 de Octubre

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

.

PLAN FUNCIONAL

.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.

Miguel Angel Jimenez-Arriero.
Jefe de Servicio de Psiquiatría.
diciembre, 2010.

INDICE

I. Introducción. **3**
II. Marco Asistencial Institucional **4**
2.1. Análisis de los cambios recientes. **4**
2.2. Misión, valores y visión **6**
2.2.1. Misión 6
2.2.2. Valores 6
2.2.3. Visión 6
2.3. Definición del modelo de atención **7**
2.4. Líneas estratégicas **8**
III. Marco Asistencial, Hospital Universitario 12 de Octubre **9**
3.1. Servicio de Psiquiatría. **9**
3.2. Misión y visión del Servicio **10**
3.2.1. Misión. 10
3.2.2. Visión. 11
3.3. Valores del Servicio **11**
3.4. Análisis de situación en Salud Mental. Madrid. **12**
3.4.1. Entorno 12
3.4.2. Intorno 13
3.5. Análisis y Matriz DAFO. **14**
3.5.1 Análisis DAFO 14
3.5.2. Matriz de impacto DAFO, y tabla resumen. 19
3.6. Posicionamiento y líneas estratégicas del Servicio. **22**
3.7. Objetivos. **24**
IV. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental **25**
4.1. Plan funcional de implantación **25**
4.1.1. Modelo organizativo de gestión. 25
4.1.2. Estructura de coordinación y organización. 26
4.1.3. Recursos físicos y Equipamiento 32
4.1.4. Recursos humanos 33
4.1.5. Cartera de Servicios: procesos y actividades a desarrollar. 34
4.2. Viabilidad económica **36**
4.3. Conclusiones **37**
V. Marco legislativo y documentos de referencia **38**

I. Introducción.

En este momento, en la Comunidad de Madrid (CM), se han producido cambios en la organización sanitaria que representan un reto para las estructuras sanitarias existentes y que ofrecen la oportunidad de introducir cambios profundos que mejoren o desarrollen aspectos funcionales y de gestión que llevan implantados veinticinco años.

Como referente normativo reciente disponemos del Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental 2010-2014 de la CM. Este nuevo Plan asume el modelo asistencial establecido por el Plan de Salud Mental precedente (2003-2008) y continúa su desarrollo aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente. Tiene como objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores.

Ante la nueva organización sanitaria se requiere una revisión del posicionamiento estratégico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, para así definirlo mejor y prepararlo para una buena gestión clínica dentro de este nuevo marco de referencia.

Con ese objetivo principal se realiza esta propuesta de un nuevo modelo de gestión y se presenta un Plan Funcional dirigido a su consecución.

II. Marco Asistencial Institucional

2.1. Análisis de los cambios recientes.

Como se recoge en el actual Plan Estratégico de Salud Mental de la CM, desde 1987 se ha implantado progresivamente en esta Comunidad una red de servicios de Salud Mental orientada de acuerdo con la perspectiva comunitaria. Esta red está en consonancia con el modelo para la atención psiquiátrica y la salud mental preconizado por la Organización Mundial de la Salud y recogido en los referentes legislativos y recomendaciones europeas, nacionales y autonómicas.

El anterior Plan de Salud Mental significó la consolidación de ese modelo comunitario de atención a la salud mental en la CM. Ha sido aceptado unánimemente por la comunidad científica y como elementos básicos de él son de destacar su preocupación por la rehabilitación y la recuperación personal de los pacientes que padecen una enfermedad mental grave. En la actualidad, a la finalización de ese Plan 2003-2008, los principios y valores que lo ha sustentado siguen teniendo plena vigencia.

Las últimas acciones propuestas en ese periodo para la mejora de la sanidad madrileña, como la creación de doce nuevos Hospitales concebidos como hospitales comunitarios y la regulación del derecho a la "libre elección de médico y de centro" por parte del paciente, dentro de un planteamiento de gestión de "área única", suponen un cambio organizativo de gran impacto. Ese cambio repercutirá, de manera indudable, en la atención a la Salud Mental de la población madrileña y obligará a cambios de gestión para preservar los niveles de continuidad asistencial y de cuidados y rehabilitación conseguidos para la población durante el periodo previo y hasta la fecha.

Otro cambio en ese escenario es la reordenación de los centros y dispositivos de salud mental dependientes de la Consejería de Sanidad (Orden 42/2010 de 28 enero) y la modificación de la adscripción de dependencia funcional de los Centros de Salud Mental (CSM) realizada por la Consejería de Sanidad de la CM (Resoluciones de 21 y de 23 enero 2010).

En este año los CSM han pasado de depender de una Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y de tener una integración funcional organizativa con los Servicios de Psiquiatría de cada uno de los 11 Hospitales cabecera de las 11 Áreas sanitarias en las que se dividía la CM, a depender de manera individual e independiente de las Direcciones-Gerencia de

los correspondientes Hospitales (23 incluyendo los de nueva creación) entre los que se distribuye la asistencia de las zonas básicas de salud que dichos hospitales tengan asignados.

Una dificultad persistente en el momento actual, y que aún se mantendrá durante algún tiempo más, es que los diferentes profesionales que trabajan en la red de Salud Mental mantendrán la diferente dependencia orgánica institucional que cada uno de ellos tiene. Esto provoca diferentes situaciones administrativas y contractuales, según el carácter funcionarial laboral o estatutario que en cada caso corresponda al profesional.

El nuevo modelo organizativo sanitario de la CM aconseja cambios en la gestión para preservar el funcionamiento de autogestión integrado e interprofesional previamente existente en los CSM y con ello evitar que se generen equipos multiprofesionales "no interprofesionales". Sin ese cambio adaptativo se podría poner en riesgo la cultura y los valores institucionales previos referidos a Salud Mental y predominantes hasta este momento.

Para evitar eso, en el mencionado actual Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental, 2010-2014, se recomienda que las Direcciones-Gerencias de los Hospitales impulsen modelos de gestión y acciones dirigidas a:

- Favorecer el desarrollo e implantación de modelos de gestión integrada de los recursos de atención a la Salud Mental.
- Establecer objetivos de gestión relativos a la atención a la Salud Mental en los Contratos de Gestión anuales de las Gerencias de los Hospitales.

En este proyecto que se presenta se pretende desarrollar esas acciones y crear un modelo de gestión "*ad hoc*" que integre conjuntamente los CINCO CSM adscritos al Hospital Universitario 12 de Octubre y el Servicio de Psiquiatría del mencionado hospital.

La integración pretendida deberá facilitar el desarrollo de los objetivos marcados por el Servicio Madrileño de Salud en el Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental (2010-2014) y los incluidos en el Contrato de Gestión del Hospital Universitario 12 de Octubre. Entre los objetivos a conseguir destacan especialmente la necesaria integración de los recursos ambulatorios de atención a la Salud Mental en el conjunto de prestaciones de atención especializada y la necesidad de preservar el funcionamiento interprofesional integrado y específico de los CSM; dirigidos a alcanzar la necesaria rehabilitación y continuidad de cuidados de los pacientes con enfermedad mental atendidos en dichos recursos.

2.2. Misión, valores y visión

2.2.1. Misión

- Defender el *derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud*, tal y como consagra la Constitución española, en su título I, artículo 43; y se recoge y desarrolla en la Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril, en su artículo 51.2.
- Defender una asistencia sanitaria integral y de calidad que mejore la salud de la población mediante un *modelo asistencial moderno, desarrollado y abierto* a la sociedad, y en el que las personas puedan participar activamente y sentirse identificadas.
- Defender una orientación prioritaria a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad desde la *flexibilidad organizativa necesaria para permitir la adaptación necesaria a los diversos cambios* que pudieran producirse en el escenario sanitario y garantizando el mejor funcionamiento de los recursos sanitarios disponibles.

2.2.2. Valores

- Asumir la centralidad del *paciente* en el proceso asistencial bio-psico-social.
- Asumir el respeto y promoción de los *derechos* del paciente.
- Asumir el carácter asistencial desde lo *público*, universal y equitativo.
- Asumir el compromiso conjugado de *calidad y sostenibilidad* del sistema.
- Asumir el objetivo de la *ética* asistencial, docente e investigadora.
- Asumir el interés por la mejora en la *competencia* técnica profesional.
- Asumir la asignación funcional de *responsabilidades y autogestión*

2.2.3. Visión

- Conseguir pasar de un *modelo organizativo* estrictamente territorial a otro *funcional* y actualizar unas estructuras de gestión diseñadas hace más de veinticinco años que no responden a la realidad sanitaria actual de la Comunidad de Madrid.
- Conseguir organizar el tránsito de una pluralidad de órganos administrativos a una estructura administrativa mucho más simplificada y con una asignación funcional de

responsabilidades que facilitará una *gestión unitaria*.

- Conseguir *aumentar la autonomía y responsabilidad* de los dispositivos en lo que se refiere a su cometido primordial: la asistencia sanitaria, propiciando a la vez el protagonismo del paciente en su proceso asistencial.
- Conseguir favorecer la *racionalización de procesos y procedimientos*, que generarán importantes economías de escala, con las correspondientes mejoras en la eficiencia y equidad del sistema.
- Conseguir mantener centrado nuestro interés en el paciente, la familia y la comunidad, desde una estructura participativa y estructurada mediante una red de servicios sanitarios y sociosanitarios que comparta los valores de equidad, eficiencia y calidad.

2.3. Definición del modelo de atención

Los criterios y normas sobre la estructuración de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, tanto los referidos a su ubicación como a su funcionamiento, tienen el objetivo de prestar una asistencia equitativa y homogénea independientemente del barrio, distrito o territorio donde habite el paciente. Este modelo se ha basado en la impregnación y asunción por los profesionales de una "cultura asistencial" institucional centrada en la continuidad de cuidados y en una atención dirigida a la rehabilitación y reinserción de los pacientes, desde una red de servicios de naturaleza diversa pero con un funcionamiento coordinado e interprofesional

Debe recordarse que el escenario sanitario en el que va a desarrollarse esta nueva organización es el de la libre elección de médico y de centro, lo que habrá de conjugarse con el respeto por las características específicas de manejo multi e interprofesional y con la continuidad de cuidados que requiere la atención a las patologías de la Salud Mental.

Especialmente importante en este tipo de atención sanitaria es la coordinación con Atención Primaria como principal puerta de entrada al sistema. Su objetivo final es proporcionar esa necesaria continuidad de cuidados de los pacientes en tratamiento, tanto en el proceso de su enfermedad como en la disfunción derivada de ella.

Para conseguir lograr una adecuada continuidad asistencial es necesario desarrollar programas asistenciales multiprofesionales en colaboración con otros recursos e instituciones, por ejemplo: hospitalización prolongada (para rehabilitación y/o cuidados prolongados) concertados por la Consejería de Sanidad; dispositivos intermedios de rehabilitación y reinserción comunitaria (Centros de Rehabilitación Psicosocial [CRPS], Hospitales de Día [HDD],

Centros de Día [CD], Centro de Rehabilitación Laboral [CRL], Mini Residencias [MR], pisos tutelados, etc) concertados por la Consejería de Familia y Servicios Sociales; así como con todos aquellos otros recursos que sean necesarios a medida que surgen nuevas demandas relacionadas con la evolución y los cambios sociales: inmigración, problemas judiciales, grupos de autoayuda, etc.

2.4. Líneas estratégicas

- *Responder a necesidades* de los pacientes y de sus familiares y cuidadores.
- Incrementar niveles de *excelencia y eficiencia* en el modelo organizativo.
- Conjugar *calidad asistencial*, modernidad, profesionalidad y cientificismo.
- Promover la *Humanización* de la asistencia y el rechazo a la estigmatización.
- Incrementar la *seguridad* del paciente en el sistema asistencial.
- Integrar la atención a la Salud Mental en el nivel de *atención especializada*.
- Añadir *transparencia* al ciudadano en la búsqueda de la excelencia.

III. Marco Asistencial, Hospital Universitario 12 de Octubre

3.1. Servicio de Psiquiatría.

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre se creó en 1989 y desde entonces fue soporte asistencial para Salud Mental del Área Sanitaria 11. Desde su creación ha desarrollado su actividad en el nivel de asistencia sanitaria de Atención Especializada y a lo largo de estos últimos años se ha ido constituyendo como una organización unitaria compleja.

Hasta la reciente creación del Área Única ha centrado su actividad asistencial en su referente territorial, desarrollando su acción dentro de la sectorización de zonas básicas de salud adscritas a la correspondiente Gerencia de Atención Primaria del Área 11.

Ese territorio estaba formado por una población residencial de unos 830.000hb divididos en cinco Distritos asistenciales: Aranjuez (120.000hb), Arganzuela (160.000hb), Carabanchel (240.000hb), Usera (150.000hb) y Villaverde (160.000hb). Cada uno de estos Distritos disponía de un Centro de Salud Mental específico y dependiente de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

La actual estructura asistencial y de coordinación está constituida por dispositivos hospitalarios propios: Unidad de Hospitalización Breve; Unidad de Interconsulta y Enlace (Adultos e Infantojuvenil) y la Unidad de programas de Hospital de Día (Alcohol y Patología Dual, y Trastorno Mental Grave) de referencia para los CSM coordinados.

Además, proporciona coordinación y recursos asistenciales de apoyo a cada uno de los cinco Centros de Salud Mental que atendían la Salud Mental de los Distritos asistenciales indicados anteriormente.

También ha mantenido coordinación asistencial con las unidades hospitalarias rehabilitadoras (Hospital de Día Infantojuvenil, Hospital de Día de Adultos, Unidad Hospitalaria de Tratamiento Rehabilitador y Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados) concertadas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Igualmente ha desarrollado coordinación con los diversos dispositivos de rehabilitación (Equipos de Soporte SocioComunitarios, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Pisos y Pensiones Supervisados, MiniResidencias) concertadas por la Consejería de Familia y

Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, y asignados para la asistencia de la población de ese territorio.

Su actividad asistencial la complementa con una importante actividad docente al ser Hospital Universitario para Medicina y para Psicología (uno 90 alumnos de quinto curso por cada facultad), igualmente por disponer de una Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental – UDMSM - (4 MIR, 2 PIR y 2 EIR por año), y por colaborar en diversos Cursos de Doctorados y de Masters.

Junto con esta actividad también participa en el desarrollo de un volumen importante de proyectos de investigación en redes colaborativas interinstitucionales como miembro del CIBERSAM y del Instituto de Investigación del Hospital 12 de Octubre.

3.2. Misión y visión del Servicio

3.2.1. Misión.

- Defender el desarrollo de la *Misión institucional*: derecho a la salud; promoción y prevención; flexibilidad y eficiencia; asistencia integral y participativa.
- Defender y propiciar el *protagonismo del paciente* de su familia y de la sociedad en el proceso asistencial.
- Defender la *coordinación e integración* funcional de dispositivos intermedios de rehabilitación ambulatoria y hospitalaria para incrementar la accesibilidad y continuidad terapéutica de los pacientes
- Defender la *continuidad de cuidados*, la rehabilitación y la adherencia al tratamiento de los enfermos mentales graves, facilitando la utilización de recursos de la comunidad próximos a su domicilio.
- Defender iniciativas y motivaciones que permitan una autogestión con *implicación y responsabilidad* de los profesionales del Servicio.
- Defender un modelo organizativo *funcional* adaptado a la nueva realidad sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Defender un *compromiso de excelencia y eficiencia,* tanto en lo asistencial como en lo docente o investigador, y dentro del funcionamiento y objetivos del Hospital Universitario 12 de Octubre en el que está integrado.

3.2.2. Visión.

- Conseguir reforzar la confianza y el *vínculo terapéutico* entre paciente y médico, considerando a la libre elección de facultativo especialista en Psiquiatría como garante de ese derecho.
- Conseguir incrementar el *grado de satisfacción* de los pacientes, de sus familiares y de los profesionales sanitarios.
- Conseguir una adecuada *cooperación con asociaciones* de pacientes y familiares como pilar fundamental en el cuidado, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.
- Conseguir potenciar la colaboración y complementariedad con *Atención Primaria y Especializada* para facilitar la atención integral y la continuidad asistencial sanitaria.
- Conseguir incrementar la coordinación con los *dispositivos intermedios comunitarios de rehabilitación psicosocial* dependientes de otras instituciones públicas o privadas.
- Conseguir potenciar la colaboración y complementariedad con los Servicios Sociales para facilitar la *atención integral* asistencial de las personas con problemas de salud mental y, muy en especial, los pacientes con trastornos mentales graves.

3.3. Valores del Servicio

- Asumir nuestro *interés en el paciente*, la familia y la comunidad, como copartícipes de nuestra intervención en salud mental.
- Asumir la implicación y *corresponsabilidad interprofesional* en el funcionamiento asistencial del equipo y reconocer su carácter de activo básico de la institución.
- Asumir los referentes del paradigma de intervención de Salud Mental Comunitaria con el objetivo de *continuidad de cuidados y gestión por procesos.*
- Asumir la racionalización de *procedimientos y criterios de calidad* como mejoras en la eficiencia, equidad y sostenibilidad del sistema.
- Asumir la importancia de una *integración asistencial, docente e investigadora*, como indicador de calidad e implicación profesional e institucional.

3.4. Análisis de situación en Salud Mental. Madrid.

3.4.1. Entorno

En la Comunidad de Madrid, el circuito asistencial de Salud Mental está formado por una red de recursos de atención que incluye un conjunto diverso y complejo de dispositivos asistenciales. Forma parte de una red integrada que tiene por objetivo el llevar a cabo los mecanismos de coordinación que faciliten los flujos de pacientes entre las distintas unidades y programas, tanto los ambulatorios como los de hospitalización parcial y completa.

Además, la red de recursos sanitarios de Salud Mental se coordina con los recursos específicos para el tratamiento de los trastornos adictivos de la Agencia Antidroga y del Instituto Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid.

La entrada de los pacientes en ese circuito asistencial se produce habitualmente a través del nivel de Atención Primaria.

En este circuito los dispositivos asistenciales de Psiquiatría y Salud Mental se estructuran actualmente en dos niveles: *Unidades asistenciales* adscritas a una Gerencia Hospitalaria; y *Recursos de referencia* para varias Unidades asistenciales.

Entre las *Unidades asistenciales* están:

- Servicios de Salud Mental de Distrito ambulatorios.
- Unidades de Hospitalización Breve de adultos.
- Interconsulta Hospitalaria.
- Hospital de Día de adultos.
- Urgencias psiquiátricas.

Entre los *Recursos de referencia* están:

- Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia).
- Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados (Larga Estancia).
- Unidades específicas de hospitalización (parcial o completa) para: Trastornos Adictivos, Trastornos de la Personalidad graves, Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Unidades hospitalarias de Infancia y Adolescencia.
- Unidades ambulatorias de referencia: Discapacidad intelectual, Enfermos

mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa ATIENDE y Programa de Atención a Menores en riesgo psíquico, Unidad del Trauma Psíquico del Adulto, Clínicas T.C.A. (Trastornos de la Conducta Alimentaria), Programa AMI-TEA (Atención Médica Integral para los Trastornos del Espectro Autista), Atención en Salud Mental a personal sanitario.

La complejidad organizativa y de coordinación de la red asistencial implica que cada Unidad asistencial funcional deberá desarrollar la estructura y los mecanismos necesarios que aseguren la adecuada coordinación entre ellos.

3.4.2. Intorno

En la nueva organización de la sanidad pública madrileña, la atención a la Salud Mental aparece conformada en unidades asistenciales funcionales con la doble referencia territorial y poblacional.

Además, cada unidad asistencial ha de relacionarse con los equipos de Atención Primaria de su zona, con las unidades de atención ambulatoria especializada correspondientes y con el Hospital al que está adscrita como Centros de Salud Mental.

Por otra parte, debe facilitarse la participación de los pacientes y sus familiares en las estructuras asistenciales y en las comisiones de pacientes y usuarios constituidas en el área asistencial, en consonancia con las recomendaciones de la Dirección General de Atención al Paciente y del Plan Estratégico de Salud Mental.

Se pretende que los pacientes y sus familiares ejerzan de forma real su ciudadanía, ayudando entre todos a superar el estigma asociado a la enfermedad mental, ya que ellos también son capaces de producir salud y bienestar.

Debemos considerar que para asegurar una adecuada atención integral a los pacientes y a sus familias es esencial contar con la colaboración y apoyo de la red de centros y recursos sociales dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Por ello se potenciará la coordinación y complementariedad con la Red Publica de Atención Social de personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Para los problemas de la infancia y adolescencia, de forma especial, se colaborará con el Instituto del Menor y la Familia. En el caso de las programas de psicogeriatría se colaborará con las Residencias y centros de mayores, también dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

3.5. Análisis y Matriz DAFO.

3.5.1 Análisis DAFO

- Oportunidades

1. Recomendación del Plan Estratégico de Salud Mental de nuevas formas de gestión.
2. Posibilidad de responder al objetivo institucional planteado de autogestión participativa y más eficiente.
3. Posibilidad de competir en calidad respondiendo ante las nuevas exigencias asistenciales.
4. Nuevas medios y formas de gestión dentro del sistema asistencial público, universal y gratuito.
5. Necesidad corporativa de manejo de información para nueva y exitosa imagen ante el cambio organizativo sanitario propuesto.
6. Necesidad de generar nuevas respuestas a nuevos retos asistenciales, diagnósticos o terapéuticos, desde el conocimiento científico actual.
7. Nuevas ofertas docentes e investigadoras desde las estrategias actuales dirigidas a potenciar la atención a la salud mental.
8. Petición de la sociedad de eficiencia y de disponer de vías participativas sobre prestaciones asistenciales que recibe.
9. Garantía de financiación por necesidad social y no por beneficios económicos
10. La calidad como objeto de financiación ante la nueva situación asistencial.
11. Necesidad de adaptar nuevas formas de gestión ante el nuevo entorno político y social.
12. Necesidad de nuevas ofertas asistenciales ante los nuevos clientes y ámbitos de influencia competitiva asociado al nuevo diseño sanitario actual de la CM.
13. Necesidad corporativa de innovación y eficiencia con planes de investigación específica o por medio de redes temáticas de investigación colaborativa.

- Amenazas

1. Confusión ante el nuevo desarrollo normativo y miedo de deterioro organizativo asistencial por pérdida de coordinación en el sistema asistencial sanitario del entorno.
2. Exigencias desconocidas de nueva gestión ante la posibilidad de elección de profesional y centro.
3. Exigencias desconocidas de nueva gestión por no ser capaz de adaptarse al nuevo diseño de área única.
4. Rigidez normativa y laboral para acceder a la necesaria flexibilidad organizativa.
5. Excesiva variabilidad contractual para seleccionar los recursos humanos con los que poder montar el proyecto.
6. Pérdida de "asignación territorial" por la posible pérdida del control y seguimiento del paciente y de la elevada coordinación de continuidad asistencial y de cuidados.
7. Dificultad para el seguimiento de los pacientes más graves y de las familias más perturbadas, perdiendo accesibilidad para los programas de continuidad de cuidados.
8. Disminución de la financiación por crisis económica, o redireccionamiento de inversiones no ligado a innovación o desarrollo.
9. Posible saturación de recursos actuales, si la teórica mayor afluencia de pacientes debido a la libre elección no se acompaña de adecuado incremento en los recursos.
10. Riesgo de desaparición de la actual coordinación y estructura funcional actual dirigida a la continuidad asistencial y de cuidados.
11. Nuevas exigencias corporativas con requisitos de funcionamiento más rígidos y con limitaciones competitivas en el mercado asistencial sanitario
12. Inadecuación de los criterios de eficiencia basados primordialmente en la evidencia científica en un ámbito de actividad donde los criterios de evaluación de la eficiencia deben incluir aspectos psico-sociales además de los médicos.
13. Aparición de competencia asistencial externa con criterios organizativos, de calidad y cartera de servicio más favorables que permita ofrecer servicios más competitivos.

- Fortalezas

1. Numero importante de profesionales en equipos multiprofesionales estructurados e integrados tras varios años de trabajo interprofesional compartido.
2. Experiencia como equipo estructurado.
3. Circuito rehabilitador accesible, que garantiza la continuidad de cuidados, la rehabilitación y el manejo de pacientes con trastorno mental grave y persistente.
4. Existencia de un importante número de comisiones para coordinación con otras instituciones implicadas en la responsabilidad asistencial.
5. Integración de recursos y profesionales motivados para el cambio, como alternativa organizada y participativa que preserve la continuidad de cuidados.
6. Programas asistenciales en curso con disponibilidad de un amplio número de protocolos asistenciales y de coordinación que puede facilitar y garantizar la continuidad funcional óptima previa.
7. Profesionales que comparten cultura, habilidades y capacidades en el mismo ámbito de actividad de Salud Mental comunitaria.
8. Importante apoyo estratégico institucional desde la Dirección-Gerencia del Hospital.
9. Profesionales que comparten valores sobre el paciente como eje del sistema.
10. Apoyo logístico dentro de un plan de mejora general del Hospital de referencia.
11. Importante número de profesionales en formación y de alumnos de pregrado, lo que obliga a una intensa actividad formativa y docente.
12. Entorno investigador potente y participación en diferentes redes de investigación colaborativa de reconocido nivel de calidad.
13. Disponibilidad en activo de diversos protocolos asistenciales integrados en continuidad asistencial y de cuidados.
14. Reciente adscripción institucional hospitalaria con nuevas oportunidades de desarrollo asistencial y científica, con independencia de su origen laboral y de sus características contractuales, lo que incrementa la identidad grupal e institucional.

- Debilidades

1. Actitud de desconfianza de los profesionales ante el nuevo diseño asistencial sanitario de la Comunidad de Madrid.
2. Pérdida de coordinación directa con el médico de Atención Primaria derivador.
3. Imposibilidad de identificar y aplicar el mismo sistema de incentivos a los profesionales dada su diferente característica contractual.
4. Excesiva diversidad de condiciones contractuales con diferentes convenios, derechos y obligaciones.
5. Entorno físico y de equipamiento antiguo y necesitados de urgentes mejoras que requieren inversiones importantes.
6. Necesidad de nuevos equipamientos clínico-diagnósticos en un momento de crisis presupuestaria
7. Los profesionales están convencidos de la existencia de un no reconocimiento o compensación ante el esfuerzo voluntario innovador.
8. Desmotivación y desgaste de los profesionales ante un pasado progresivamente menos atractivo y un futuro marcado por la desconfianza
9. Percepción de excesiva burocracia y ofimática y necesidad de un esfuerzo adaptativo de los profesionales al nuevo entorno sanitario.
10. Necesidad de nueva formación para nuevas formas de realizar la actividad.
11. Deficiente identificación con la imagen corporativa del Servicio lo que se traduce en menor implicación de los profesionales en los objetivos institucionales del mismo
12. No se sabe cómo se relacionará la libre elección con las nuevas cargas de trabajo y con retribuciones económicas.
13. Mayor dificultad para conseguir mantener la continuidad asistencial y de cuidados que requieren los pacientes
14. Alejamiento de los profesionales respecto a la institución por sospecha de pérdida de valores de lo público y comunitario.

Tabla con pesos ponderados del DAFO

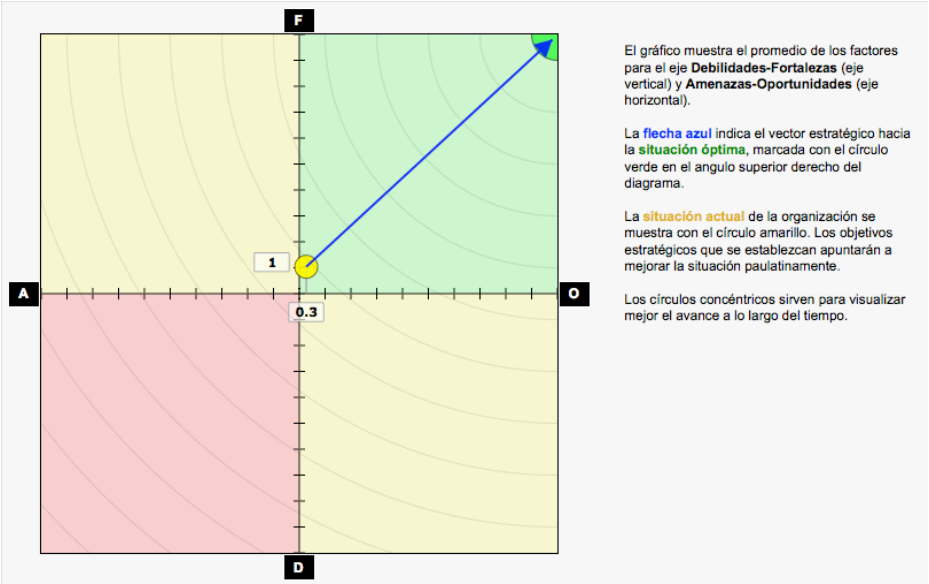
FORTALEZAS	Peso
Elevado número de profesionales experimentados	10
Equipos estructurados	10
Circuito rehabilitador accesible	10
Sistemas de coordinación activos	9
Integración de recursos en continuidad de cuidados	9
Programas asistenciales en curso	9
Compartir identidad por igual cultura y valores	8
Apoyo estratégico desde Gerencia para el cambio	8
Coincidencia en destacar al paciente como eje del sistema	8
Apoyo logístico institucional en recursos de gestión e información	7
Interés docente	7
Interés investigador	7
Protocolos y circuitos	6
Nueva adscripción institucional	5
valor promedio 8,1 **total**	**113**

DEBILIDADES	Peso
Desconfianza ante intenciones políticas	9
Pérdida de coordinación sobre el MAP derivante	9
Dificultad para homogeneizar incentivos equitativos	8
Excesiva diversidad de condiciones laborales	8
Infraestructura física y de medios deteriorada	7
Equipamiento clínico diagnóstico escaso	6
Ausencia de compensación ante el esfuerzo innovador	6
Desmotivación y desgaste	5
Procedimientos burocráticos complejos y excesivos	5
Necesidad de nueva formación para nuevas acciones	5
Pérdida de identidad corporativa	5
Ausencia del control de la demanda	4
Mayor dificultad para ofrecer continuidad de cuidados	4
Desconfianza ante una nueva forma de gestión	3
valor promedio 6,0 **total**	**84**

OPORTUNIDADES	Peso
Recomendaciones del Plan Estratégico de Salud Mental	9
Posibilidad de autogestión participativa y eficiente	9
Posibilidad de competir con calidad ante los nuevos retos	8
Nuevos medios ante el desarrollo de la actividad	8
Necesidad corporativa de manejo de información	7
Necesidad de generar valor	7
Nuevas ofertas docentes e investigadora para Salud Mental	7
Petición social de participación y eficiencia	7
Financiación disponible para evitar planteamiento economicista	5
Financiación por calidad y no por beneficio económicos	5
Entorno social y político que requiere nueva forma de gestión	5
Necesidad de adaptar ofertas asistenciales a nuevos pacientes	4
Necesidad corporativa de innovación y eficiencia	3
valor promedio 6,5 **total**	**84**

AMENAZAS	Peso
Confusión ante el nuevo desarrollo normativo	9
Nueva gestión por libre elección	9
Nueva gestión por Área única	8
Rigidez normativa y laboral	8
Excesiva variabilidad contractual	7
Pérdida de asignación territorial	7
Dificultad para el seguimiento y dificultad de cuidados	6
Financiación limitada y no ligada a innovación o desarrollo	5
Nuevos pacientes sin garantizar nuevos recursos	4
Riesgo de desaparición de coordinación y estructura actual	4
Nuevas exigencias de funcionamiento ante nueva situación	4
Dificultad para aplicar evidencias psicosociales de eficiencia	3
Competidores externalizados libres de cargas de ineficiencia	3
valor promedio 5,9 **total**	**77**

Gráfica con vector estratégico DAFO



3.5.2. Matriz de impacto DAFO, y tabla resumen.

- Estrategias para optimización de Fortalezas y Oportunidades

    - Estimular y facilitar la participación de los profesionales en las diferentes comisiones y órganos de gestión del Servicio.
    - Incrementar la autogestión en las unidades asistenciales funcionales y transversales a las estructuras orgánicas.
    - Protocolizar la gestión por procesos y la evaluación de la calidad percibida, en pacientes, familiares y profesionales.
    - Definir claramente la oferta de servicios en relación a la garantía de la continuidad de cuidados y la rehabilitación de los pacientes con trastorno mental grave.

- Estrategias para aprovechar Oportunidades y compensar Debilidades

    - Fortalecer aspectos organizativos de liderazgo: comunicación, competencias, guías de acogidas, guías de estilo, conocimiento individualizado de intereses y objetivos.
    - Constitución de equipos de trabajo para detección de necesidades de mejoras y para el desarrollo de las respuestas necesarias en procesos asistenciales, en coordinación y en continuidad de cuidados, adaptados a la nueva organización sanitaria institucional.
    - Potenciar de forma integrada la participación e intereses asistenciales, formativos y científicos de los diferentes estamentos profesionales que constituyen los equipos interprofesionales.
    - Ajustar cargas asistenciales, en función de tiempos de asistencia y cartera de servicios pactados.
    - Estimular la participación en actividades formativas docentes de Residentes (MIR, PR, EIR) con una estrategia de generación de tiempos para supervisiones y tutelas efectivas.

- Estrategias para aprovechar Fortalezas y compensar Amenazas

    - Plan de formación continuada y de estímulo a la Carrera Profesional desde un acercamiento personalizado individualizada: Investigación, Publicaciones, Implicación en la gestión institucional.
    - Autogestión de tiempos y distribución de tareas. Identificación diferenciada de tiempos para actividades asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión.
    - Sistema de rotaciones voluntarias en tareas habituales y asociadas a proyectos asistenciales, docentes o investigadores.
    - Desarrollo de foros de encuentro y discusión grupal para detección, análisis y planteamientos de soluciones ante los problemas detectados.

- Estrategias para compensar Debilidades y Amenazas del Entorno

    - Ofrecer, clarificar y preservar un mapa de procesos y de coordinaciones funcionales con los diferentes dispositivos para garantizar la continuidad de cuidados.
    - Trabajar con Atención Primaria protocolos para racionalizar la derivación.
    - Potenciar la coordinación con dispositivos rehabilitadores implicados en el circuito asistencial y receptores de los pacientes graves en continuidad de cuidados.
    - Definir la cartera de servicios y proteger una oferta asistencial equitativa y ajustada a procesos clínicos, garantizando de forma especial el tratamiento y los recursos para el Trastorno Mental Grave.
    - Facilitar cambios estructurales necesarios en dispositivos orgánicos y funcionales.
    - Potenciar formación continuada y actividades docentes e investigadoras.

Tabla Resumen de Matriz de Impacto DAFO

RESUMEN de: • Fortalezas y Debilidades del equipo y • Oportunidades y Amenazas del entorno. • Estrategias	**FORTALEZAS** • Profesionales experimentados • Equipos estructurados • Circuito rehabilitador funcional • Buena coordinación en red • Apoyo Dirección Gerencia • Entorno docente e investigador	**DEBILIDADES** • Desconfianza ante nuevo planteamiento institucional • Previa desmotivación y desgaste • Infraestructuras y equipamientos obsoletos • Dificultades para incentivos homogéneos
OPORTUNIDADES • Necesidades corporativas • Oferta de nuevas formas de gestión • Petición social de nuevas vías de participación y eficiencia	**ESTRATEGIAS F-O** • Estimular gestión participativa de los profesionales. • Incrementar autogestión clínica por conocimiento. • Gestión por procesos • Evaluación de la calidad percibida en usuarios y profesionales. • Definir oferta de servicios. • Continuidad de cuidados.	**ESTRATEGIAS O-D** • Fortalecer aspectos organizativos de liderazgo. • Constitución de equipos de trabajo para detección de necesidades de mejoras y para el desarrollo de las respuestas adaptados a la nueva organización sanitaria institucional. • Potenciar de forma integrada intereses asistenciales, formativos y científicos de los diferentes estamentos profesionales. • Ajustar cargas asistenciales, en función de tiempos y de cartera de Servicios. • Estimular la participación en actividades formativas docentes con supervisiones y tutelas efectivas.
AMENAZAS • Confusión normativa y organizativa • Excesiva variabilidad contractual • Desconocimiento ante nueva gestión por Área Única • Desconocimiento ante nueva gestión por Libre Elección	**ESTRATEGIAS F-A** • Plan de formación continuada desde un acercamiento individualizado: Investigación, Publicaciones, • Corresponsabilidad en gestión de tiempos y distribución de tareas. • Sistema de rotaciones en tareas habituales y asociadas a proyectos asistenciales, docentes o investigadores. • Desarrollo de foros de encuentro y discusión grupal para detección, análisis y planteamientos de soluciones ante los problemas detectados.	**ESTRATEGIAS D-A** • Preservar un mapa de procesos y de coordinaciones para garantizar la continuidad asistencial. • Trabajar con Atención Primaria protocolos para racionalizar la derivación. • Potenciar la coordinación con dispositivos rehabilitadores implicados en el circuito asistencial. • Definir la cartera de servicios garantizando de forma especial el tratamiento y los recursos para el Trastorno Mental Grave. • Facilitar los cambios estructurales necesarios en dispositivos orgánicos y funcionales.

3.6. Posicionamiento y líneas estratégicas del Servicio.

Las líneas estratégicas que marcarán el posicionamiento del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre son las siguientes:

- Facilitar al paciente la accesibilidad de los recursos asistenciales de Salud Mental, conjugando con ello el derecho a la libre elección de médico especialista y de centro, de acuerdo con la regulación correspondiente.
- Facilitar la coordinación con el nivel de Atención Primaria, en especial para la detección precoz y el seguimiento de la enfermedad mental grave y persistente, con diseño de protocolos de derivación y tratamiento y definición de las respectivas responsabilidades de ambos niveles de atención.
- Potenciar la especialización y la formación continuada de los profesionales sanitarios como medio de mejora de la atención a las personas con trastornos mentales. Igualmente el funcionamiento desde equipos multidisciplinares, estructurados de forma interdisciplinar, que garanticen la continuidad de la asistencia del paciente a lo largo de todo su proceso terapéutico. Especialmente en el caso de las personas con Trastorno Mental Grave y necesidad de Continuidad de Cuidados.
- Potenciar la rehabilitación en los pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente y el apoyo a sus familiares y cuidadores, como elemento básico del modelo asistencial. Incluyendo en ello la coordinación con la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
- Colaborar con la red de atención a las personas drogodependientes, en espera de la integración funcional de las redes de atención a la salud mental y a las drogodependencias.
- Considerar la atención a la salud mental de niños y adolescentes como un área asistencial especializada clave y diferenciada de la atención a los adultos.
- Abordar la atención a la Salud Mental integrada en el nivel de asistencia especializada del Servicio Madrileño de Salud y compartiendo los mismos sistemas de información y gestión que el resto de la red sanitaria general.

Desde ese posicionamiento estratégico, las actividades del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre estarán dirigidas a los pacientes, familiares, grupos sociales e instituciones que se reflejan seguidamente.

- Pacientes y familias afectados por patologías relacionadas con la Salud Mental.
    - Pacientes con Trastorno Mental Grave.
    - Pacientes con Trastorno Mental Común.
    - Pacientes con Patología Dual.
- Instituciones sanitarias derivadoras de pacientes
    - Unidades de Atención Primaria.
    - Red de Atención al Drogodependiente Municipal o Comunitaria.
    - Otros dispositivos de atención especializada de la misma red sanitaria.
    - Unidades hospitalarias de rehabilitación o de cuidados psiquiátricos prolongados.
- Instituciones de rehabilitación dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales
    - Centros de rehabilitación psicosocial.
    - Centros de día.
    - Centros de rehabilitación laboral.
    - Dispositivos residenciales de rehabilitación (Mini-Residencias, Pensiones, Pisos, etc).
- Instituciones sociales implicadas en la asistencia y seguimiento de los pacientes.
    - Órganos Judiciales.
    - Instituciones Penitenciarias.
    - Consejería de Educación .
    - Servicios sociales municipales o comunitarios.
- Entidad pública que define las líneas estratégicas y los objetivos institucionales a cumplir.
    - Dirección Gerencia del Centro – Contrato de Gestión.
    - Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental – Plan estratégico 2010-2014.

3.7. Objetivos.

- Los marcados por el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, en vigor en la CM, con el compromiso de responder de una manera equitativa y homogénea a la demanda sanitaria.
- Los objetivos de gestión relativos a la atención a la Salud Mental incluidos en el Contrato de Gestión del Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Proporcionar a los pacientes con patologías de la Salud Mental una atención integrada desde una estrategia comunitaria que facilite la necesaria continuidad de cuidados y permita alcanzar los objetivos de prevención, tratamiento y rehabilitación deseables.
- Acceder a un sistema de información compatible con nuestro entorno asistencial y que favorezca la unificación de los procedimientos de gestión administrativa, tales como la regulación del flujo de pacientes, el registro de la actividad asistencial y la tramitación y la resolución de incidencias.
- Utilizar y distribuir los recursos en función de la oferta asistencial en la cartera de servicios y de la experiencia, capacitación de los profesionales.
- Disponer de un Plan de Información para los pacientes y sus familias, explicativo de los recursos existentes, de su ubicación, y de los procedimientos de acceso y de los servicios que prestan.
- Adoptar las decisiones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras sean tomadas en función de protocolos, vías y guías clínicas basados en las mejores evidencias científicas.
- Mantener un funcionamiento inter y multiprofesional en la actividad clínico-asistencial.
- Proporcionar una respuesta integral e individualizada a las necesidades de cada paciente mediante un funcionamiento de "gestión de caso" y de "gestión por procesos", especialmente para los pacientes más graves, o para aquellos en riesgo, como son los menores, los ancianos, o cualquier otro grupo que lo requiera.

IV. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

4.1. Plan funcional de implantación

Para la implantación del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) se elabora este plan funcional, cuyo desarrollo completo se realizará en el periodo de 2011 a 2013. Durante dicho periodo se aplicarán las acciones de mejora continúa necesarias para garantizar un desarrollo acorde a los objetivos marcados y conseguir su consolidación. Transcurrido el periodo de implantación se evaluarán los resultados para decidir la necesidad de cambios y el desarrollo de un nuevo plan funcional.

Este primer Plan Funcional se articula sobre tres aspectos básicos de gestión: un liderazgo directivo profesional y de gestión; un liderazgo de conocimiento; y la disponibilidad de adecuados instrumentos de información y de evaluación.

Para su desarrollo se requiere:

- La identificación de un modelo organizativo,
- Una estructura de gestión,
- Adecuados recursos físicos y humanos,
- Una cartera de servicios.

4.1.1. Modelo organizativo de gestión

En el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014) (pg: 71) se afirma que los Servicios de Salud Mental de distrito quedarán adscritos a las Gerencias de sus Hospitales, dependiendo de las respectivas Direcciones Médicas. Desde ellas se impulsarán modelos de gestión integrada de los recursos, especialmente útiles para mantener la cohesión de los equipos multidisciplinares de atención a la Salud Mental.

Dado que nuestra estructura funcional es asimilable a la de una *organización unitaria compleja* dirigida al paciente como eje del sistema, consideramos que el modelo de Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y de Salud Mental (AGCPSM), entidad carente de personalidad jurídica propia, podría ser un sistema de gestión alternativo válido para conseguir los objetivos planteados.

El AGCPSM quedaría constituido por la integración de las diferentes Unidades de

Gestión Clínica (UGC) formadas por las "estructuras orgánicas asistenciales o funcionales" de psiquiatría y salud mental adscritas a esta institución hospitalaria, además de por una "unidad de gestión", para el análisis de datos e información, y por una unidad de "continuidad asistencial" para la atención al paciente.

El ACGPSM es un modelo de organización dirigido a implicar a los profesionales en el funcionamiento de los servicios de salud, orientando su participación a la consecución de la actividad clínica y de la gestión. Agrupará al conjunto de los recursos humanos, espacios y equipamientos materiales; se gestionará de forma autónoma e integrada, con criterios de calidad y eficiencia y se basará sobre un modelo de funcionamiento dirigido a la necesaria continuidad asistencial del paciente. Su objetivo será garantizar la prestación de esa atención integral a los pacientes, dentro de la necesaria coordinación y continuidad asistencial del paciente entre los diferentes dispositivos asistenciales, sanitarios, rehabilitadores, sociales, etc., implicados en su objetivo terapéutico.

El Director del AGCPSM es el responsable ante la Gerencia del cumplimiento de los correspondientes objetivos marcados a través de un Acuerdo de Gestión formalizado entre las partes. Dicho acuerdo debe contemplar presupuestos, recursos, objetivos, indicadores e incentivos implicados en la gestión a desarrollar y en la evaluación a realizar.

Será su responsabilidad el gestionar de forma integrada todos los temas relacionados con la atención a la Psiquiatría y a la Salud Mental dependiente del Hospital Universitario 12 de Octubre. Garantizará una visión global del planteamiento de los recursos, de las necesidades y de los objetivos. Además, realizará todas las acciones derivadas de las directrices del Plan Estratégico de Salud Mental y de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

4.1.2. Estructura de coordinación y organización.

La existencia de un AGCPSM facilitará un funcionamiento específico y a la vez coordinado e integrado en el resto de la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Su finalidad es garantizar la relación y coordinación con otras instituciones socio-sanitarias en esas tareas y responsabilidades. El Director del AGCPSM será designado por el Gerente del Hospital de Hospital Universitario 12 de Octubre.

Para garantizar un adecuado funcionamiento asistencial y de gestión el AGCPSM contará con el apoyo de una Comisión Directiva y con diversos órganos específicos adaptados a las peculiaridades del contexto organizativo general.

La Comisión Directiva (CD) quedará constituida por los coordinadores responsables de la Unidad de Gestión Administrativa, de la Unidad de Cuidados Asistenciales y de las Unidades Clínica que constituyan el AGCPSM. Además, también formarán parte de ella los Coordinadores-secretarios de las Comisiones de Asistencia y Calidad, de Rehabilitación, de Investigación y Ética, de Formación Continuada y Docencia Universitaria, y el Coordinador-representante de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (UDMSM).

De manera excepcional, según las necesidades detectadas, se invitará a participar a algún responsable de Atención Primaria o de alguna otra Institución implicada en la actividad asistencial (Antidroga, Asuntos Sociales, etc.).

La frecuencia de reunión de la CD es bimestral y a ella asistirá cuando sea necesario un representante de la Dirección-Gerencia, quien al menos acudirá dos veces al año conjuntamente con el Director del AGCPSM.

Está Comisión Directiva creará una Comisión Permanente (CPCD) con los responsables de gestión de las Unidades Clínicas orgánicas. La CPCD se reunirá semanalmente para el seguimiento del desarrollo del AGCPSM y de los compromisos acordados.

Además, como órganos asesores, la Comisión Directiva del AGCPSM, dispone de Comisiones consultivas específicas para (1) Asistencia y Calidad, (2) Rehabilitación y Participación de Usuarios, (3) Formación Continuada y Docencia, y (4) Investigación y Ética. En todas ellas el Presidente es el Director del AGCPSM y existe un Secretario que actúa como coordinador del programa transversal correspondiente.

Los coordinadores serán miembros de la CD, actuarán como Secretarios de las Comisiones correspondientes y serán los encargados de realizar sus convocatorias, acta de cada reunión y de elaborar la memoria anual de cada una de las Comisiones.

4.1.2.1. Dirección del AGCPSM

	DIRECCIÓN	**FUNCIONES**
AGCPSM	▪ Director del AGCPSM	▪ Firmar el Contrato de Gestión con la Dirección Gerencia del Hospital 12 de Octubre ▪ Garantizar el funcionamiento asistencial y de gestión

4.1.2.2. Comisiones Directivas

COMISIÓN	MIEMBROS	FUNCIONES
DIRECTIVA **(Reuniones cada dos meses)**	▪ Director del AGCPSM ▪ Coordinador de Gestión ▪ Coordinadores UGC orgánicas ▪ Coordinadores UGC funcionales ▪ Coordinador de Cuidados ▪ Coordinador de Asistencia y Calidad ▪ Coordinador de Formación Continuada y Docencia ▪ Coordinador de Investigación y Ética *SECRETARIO:* *Coordinador U de Gestión*	▪ Cumplimiento de los objetivos en el Contrato de Gestión. ▪ Gestionar de forma integrada todos los temas relacionados con la atención a la Psiquiatría y a la Salud Mental dependiente del Hospital Universitario 12 de Octubre. ▪ Garantizar una visión global del planteamiento de los recursos, de las necesidades y de los objetivos. ▪ Realizar todas las acciones derivadas de las directrices del Plan Estratégico de Salud Mental y de la Consejería de Sanidad de la C M.
PERMANENTE DE LA COMIS. DIRECTIVA **(semanal)**	▪ Coordinadores UGC orgánicas ▪ Coordinador de Gestión ▪ Coordinador de Cuidados *SECRETARIO:* *Coordinador U de Gestión*	▪ Seguimiento del desarrollo del AGCPSM y de los compromisos acordados

4.1.2.3. Comisión de Asistencia y Calidad

COMISIÓN	MIEMBROS	FUNCIONES
DE ASISTENCIA Y CALIDAD **(Reuniones en: febrero, junio, octubre)**	▪ Miembros de la Comisión Directiva ▪ Representante por estamento profesión. ▪ Facultativo del Programa de Atención a niños y adolescentes *SECRETARIO:* *Coordinador de Asistencia y Calidad*	▪ Desarrollar el Contrato de Gestión firmado con la Gerencia del Hospital ▪ Cumplir los objetivos Asistenciales establecidos por la Comisión Directiva. ▪ Definir los criterios de "Mejora Continúa y de Calidad" para cada año y seguimiento de los objetivos alcanzados. ▪ Analizar y gestionar los temas relacionados con la organización asistencial: prestaciones; vías, guías y protocolos; tiempos de actividad; tiempos de espera; estancias medias recomendadas; asignación de recursos, etc. ▪ Implantar y desarrollar procedimientos de "gestión por procesos" y avalar programas clínico-asistenciales que puedan tener un carácter de referencia. ▪ Facilitar la relación entre "unidades clinicas" y "unidades funcionales" y resolver las dificultades en la coordinación entre recursos asistenciales

4.1.2.4. Comisión de Rehabilitación y Usuarios

COMISIÓN	MIEMBROS	FUNCIONES
DE REHABILITACIÓN Y DE USUARIOS **(Reuniones en: febrero, junio, octubre)**	▪ Miembros de la Comisión Directiva ▪ Representante Asociaciones de Pacientes y Familiares ▪ Responsable por dispositivo del Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados (RyCC) *SECRETARIO: Coordinador de Asistencia y Calidad*	▪ Desarrollar los objetivos Rehabilitadores y Continuidad de Cuidados planteados por la Comisión Directiva ▪ Identificar y facilitar el directorio de recursos de rehabilitación del Área, sus criterios de acceso y procedimientos de derivación y asignación. ▪ Facilitar el funcionamiento asistencial ajustado a "gestión de caso" y a "gestión por proceso" para los pacientes con TMG persistente ▪ Analizar la necesidad de recursos específicos y/o alternativos en función de nuevas necesidades o de la lista de espera a los dispositivos disponibles.

SUBCOMISIÓN	MIEMBROS	FUNCIONES
PERMANENTE DE REHABILITACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS. **(Reuniones mensuales según dispositivos)**	▪ Responsables de los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados (RyCC) de las UGCPSM ▪ Representante de cada dispositivo de Rehabilitación implicado en la red asistencial coordinada *SECRETARIO: Rotatorio, entre los responsables de los programas de RyCC existentes en el AGCPSM*	▪ El mantenimiento y actualización del censo de pacientes con Trastorno Mental Grave. ▪ El seguimiento de los planes individualizados de tratamiento y cuidados indicados a los pacientes incluidos en el programa de RyCC. ▪ La gestión de la lista de espera de pacientes pendiente de ingreso en Unidades de media o larga estancia o en los diferentes dispositivos de rehabilitación coordinados ▪ La identificación de las necesidades, recursos alternativos, y asignación de los recursos disponibles.

4.1.2.5. Comisión de Formación Continuada y Docencia

COMISIÓN	MIEMBROS	FUNCIONES
DE FORMACIÓN CONTINUADA Y DOCENCIA **(Reuniones en: febrero, junio, octubre)**	▪ Miembros de la Comisión Directiva ▪ Coordinador de Formación Continuada y Docencia ▪ Coordinador de la Unidad Docente Multidisciplinar de salud Mental. ▪ Coordinador de Formación Universitaria ▪ Un representante por cada estamento profesional *SECRETARIO: Coordinador de Formación Continuada y de Docencia*	▪ Cumplir los objetivos Docentes establecidos por la CD. ▪ Priorizar y definir procedimientos para el acceso de todos los profesionales a la Formación Continuada. ▪ Organizar y gestionar aquellos cursos que el AGCPSM considere prioritarios y estratégicos para el desarrollo de los profesionales ▪ Estimular la realización de Sesiones Clínicas, así como la formación de los profesionales en Gestión de la Calidad y en el uso de herramientas de Mejora Continua. ▪ Delimitar la capacidad docente disponible.

SUBCOMISIÓN	MIEMBROS	FUNCIONES
DE FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD **(Reuniones en: febrero, junio, octubre)**	▪ Tutores miembros de la UDMPSM ▪ Tutores de rotación por dispositivos áreas de capacitación específica ▪ Representantes de los MIR, PIR y EIR. ▪ Coordinador de Formación Continuada y Docencia *SECRETARIO: Tutor representante en la Comisión Central de Docencia del Hospital.*	▪ Realizar el diseño y seguimiento de los programas de la UMPSM. ▪ Velar por el adecuado desarrollo de tutorías y rotaciones formativas. ▪ Actualizar los Manuales de acogida del Residente y las Guías de Rotación específicas ▪ Elaborar anualmente una memoria de la UMPSM del AGCPSM.
DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA **(Reuniones en: febrero, junio, octubre)**	▪ Profesores Titulares ▪ Profesores Asociados ▪ Coordinadores de Masters o Doctorados ▪ Profesores Tutores o Colaboradores ▪ Coordinador de Formación Continuada y Docencia *SECRETARIO: Coordinación de Docencia Universitaria..*	▪ Realizar el diseño y seguimiento de las clases teóricas y del Practicum ▪ Velar por el cumplimiento de los compromisos docentes y de innovación ▪ Distribuir los alumnos en función de la capacidad docente del AGCPSM ▪ Colaborar en el desarrollo y aplicación de los posibles acuerdos de colaboración docente universitaria que asuma el AGCPSM. ▪ Elaborar anualmente una Memoria de la Unidad de Docencia Universitaria del AGCPSM.

4.1.2.6. Comisión de Investigación y Ética

COMISIÓN	MIEMBROS	FUNCIONES
INVESTIGACIÓN Y ÉTICA **(Reuniones en: febrero, junio, octubre)**	▪ Miembros de la Comisión Directiva ▪ Coordinador de Investigación y Ética ▪ Un representante por cada estamento profesional ▪ Investigadores Principales de los proyectos activos aprobados por el CEIC *SECRETARIO:* *Coordinador de Investigación y Ética*	▪ Cumplir los objetivos de Investigación establecidos por la CD. ▪ Facilitar la investigación desarrollada y velar por el cumplimiento de las recomendaciones de buena práctica. ▪ Promover la participación de los profesionales del AGCPSM en los diferentes proyectos. ▪ Resolver las cuestiones éticas y metodológicas ▪ Solicitar asesoramiento al Comité de Ética o a la Unidad de Investigación cuando sea necesario. ▪ Estimular y favorecer el desarrollo formativo de investigadores jóvenes emergentes. ▪ Estimular y facilitar la integración básica, clínica y traslacional entre los dispositivos clínico-asistenciales y los laboratorios de psicofisiología y la unidad de investigación básico-clínica del AGCPSM.

4.1.3. Recursos físicos y Equipamiento

El AGCPSM integra los servicios sanitarios de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental existentes en el territorio. Dispone de una Unidad de Dirección y Gestión, ubicada en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

Las Unidades Asistenciales que constituyen el AGCPSM son: Centros de Salud Mental (CSM), Psiquiatría Hospitalaria (UHB-HD-ICE), y Unidad de Investigación Básico-Clínica (UIBC). Cada una de ellas tiene claramente determinadas sus competencias, obligaciones y recursos diferenciados. Además, cuenta con Unidades Funcionales diseñadas desde una capacitación por conocimiento y transversalidad, entre ellas estarían, a modo de ejemplo, la Unidad Infanto-Juvenil, la Unidad Psicogeriátrica, la Unidad de diagnóstico Neuropsicológico, etc.

UNIDAD DE GESTIÓN	UBICACIÓN	FUNCIONES
SERVICIO DE PSIQUIATRIA HOSPITALARIO	Hospital Universitario 12 de Octubre	▪ Gestión de la Hospitalización aguda ▪ Gestión de la Interconsulta hospitalaria ▪ Gestión del futuro Hospital de Día ▪ Programas asistenciales de referencia: • patología Psicótica • patología Dual • patología Afectiva y Estrés ▪ Coordinación y soporte hospitalario con Centros de Salud Mental
CENTROS DE SALUD MENTAL	▪ Arganzuela (CEP de Pontones) ▪ Carabanchel-Pontones (CEP de Pontones) ▪ Carabanchel Guayaba (Centro de Salud de Guayaba) ▪ Usera (Centro de Salud de Almendrales) ▪ Villaverde (Centro de Salud de los Ángeles).	▪ Interconsulta con Atención Primaria, ▪ Asistencia al Trastorno Mental Común ▪ Asistencia al Trastorno Mental Grave ▪ Programa de Continuidad de Cuidados, Trastorno Mental Grave y Persistente ▪ Coordinación con recursos compartidos psicosociales de rehabilitación. ▪ Dirección de programas de Gestión de Caso y Planes Individualizados de Tratamiento ▪ Desarrollo de programas basados en Gestión por Procesos. ▪ Desarrollo de programas etáreos y para población de riesgo.
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN BÁSICO-CLÍNICA	▪ Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre.	▪ Potenciar la investigación traslacional ▪ Proporcionar infraestructura investigadora al AGCPSM ▪ Facilitar proyectos colaborativos con otras instituciones

4.1.4. Recursos humanos

En ese contexto organizativo actual el AGCPSM sería una entidad organizativa unitaria y compleja, integrada por médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de apoyo. Todos estos profesionales actualmente mantienen diversa procedencia: el SERMAS, el IMSALUD, y también diversa relación contractual: funcionarios, estatutarios y laborales; y con diferente naturaleza de relación: indefinidos, interinos, eventuales. En 2011 el AGCPSM incluye 164 profesionales y, además, 16 MIR, 7 PIR, 2 EIR, lo que da un total de 189 profesionales. Globalmente la distribución de los profesionales en la actualidad es la siguiente:

Profesionales	Total
Atención Especializada	100
Atención Primaria	13
Funcionarios	12
Laborales	39
TOTAL	**164**

Profesionales	Total
Estatutarios	113
ORCSM	51
TOTAL	**164**

ESTAMENTO	AE	AP	SM	TOTAL
Aux. Administrativo	10	2	7	19
Aux. de Control	0	0	4	4
Aux. Domésticos	0	0	2	2
Aux. Enfermería	12	0	6	18
Celadores	6	0	0	6
Diplomado Enfermería	18	0	8	26
Grupo de Gestión	1	0	0	1
Oficial Administrativo	0	0	1	1
Psicólogo	9	11	6	26
Psiquiatra	41	0	9	50
Terapeuta Ocupacional	0	0	1	1
Trabajadores Sociales	3	0	7	10
TOTAL	**100**	**13**	**51**	**164**

(AE= Atención Especializada; AP= Atención Primaria; SM= Funcionarios o Laborales dependientes de la ORCSM de la CM)

Todos ellos, desde enero del 2010 dependen con carácter funcional de la Gerencia del Hospital Doce de Octubre.

4.1.5. Cartera de Servicios: procesos y actividades a desarrollar.

4.1.5.1 Procesos estratégicos:

Asumidos por la dirección de la institución y por la dirección del Plan Funcional con el objetivo de lograr el progreso y consecución del proyecto de gestión iniciado

- Gestión de contrato programa (evaluación y mejora continua).
- Gestión de resultados y calidad (pacientes, familias, instituciones).
- Gestión de recursos humanos (conocimiento, motivación e implicación).

4.1.5.2 Procesos de soporte:

Facilitados por la dirección de la institución y necesarios como apoyo para poder realizar los procesos operativos clave

- Apoyo clínico y de farmacia (interconsultas, pruebas complementarias).
- Gestión de personal (normativas, contratación, perfil específico, formación).
- Gestión financiera e información (seguimiento del presupuesto, análisis de costes).
- Gestión logística y hostelera (garantes de la habitabilidad, mantenimiento, compras y prevención de riesgos).

4.1.5.3 Procesos operativos:

Directamente desarrollados por el Servicio y realizados con los pacientes y usuarios del sistema asistencial, con el objetivo de desarrollar la visión de acuerdo con los valores identificados

- Asistencia
  - Atención al paciente ambulatorio
    - Evaluación y atención en Infancia y Adolescencia
    - Evaluación y atención en Adultos y Ancianos
    - Apoyo a Atención Primaria y Atención focal
    - Trastorno mental común
    - Trastorno mental grave

- Trastorno mental grave persistente

- Atención al paciente hospitalizado
  - Trastorno Mental Grave
  - Alcoholismo y Patología Dual
  - Interconsulta, Enlace y Síndromes de Estrés
    - Urgencias
    - Servicios médico-quirúrgicos (adultos e infantojuvenil)

- Docencia
  - Pregrado (Medicina y Psicología)
  - Postgrado (Masters y Doctorados)
  - Formación Continuada (profesionales del AGCPSM)
  - Unidad Multiprofesional de Salud Mental (MIR, PIR, EIR)

- Investigación
  - Esquizofrenia y otras psicosis relacionadas
  - Alcoholismo y Patología Dual
  - Genética de Trastornos Mentales
  - Patología Afectiva y Estrés

  En todas estas líneas, o en aquellas que se identifiquen, se valorarán: proyectos oficiales aprobados, financiación conseguida, profesionales implicados, contratos añadidos, resultados y publicaciones obtenidas.

4.1.5.4 Prestaciones asistenciales incluidas en Cartera de Servicios:

Las prestaciones asistenciales a desarrollar en la atención directa con los pacientes deben contemplar, al menos, las exigidas por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Las prestaciones básicas y sus estándares de tiempos son:

- Prestaciones profesionales psiquiátricas o psicológicas:
  - Adultos Consulta Nueva Médico Psiquiatra (45 minutos)
  - Adultos Sucesiva Médico Psiquiatra (20 minutos)

- Infantil Consulta Nueva Médico Psiquiatra (60 minutos)
- Infantil Sucesiva Médico Psiquiatra (30 minutos)
- Adultos Evaluación Psicólogo Clínico (45 minutos)
- Infantil Evaluación Psicólogo Clínico (60 minutos)

- Prestaciones de enfermería, trabajo social o terapeuta ocupacional:
  - Evaluación Inicial (40 minutos)
  - Intervención por protocolo o medicación (15 minutos)
  - Seguimiento evolutivo (20 minutos)
  - Evaluación Inicial, Programa de Continuidad de Cuidados (60 minutos)
- Actividades Específicas
  - Psicoterapia Individual (40 minutos)
  - Terapia Grupal (90 minutos)
  - Terapia Familia/Pareja (60 minutos)
  - Exploración Psicodiagnóstica Estándar (60 minutos)
  - Exploración Psicodiagnóstica Abreviada (30 minutos)
  - Visita Domiciliaria (120 minutos)

4.2. Viabilidad económica

El análisis de viabilidad se realiza desde un planteamiento analítico utilizando un estudio de costes y de producción.

- En el capítulo de costes se incluirán:
  - Costes directos del Servicio: personal, funcionamiento, etc.
  - Costes de utilización de otros Servicios.
  - Costes estructurales.
- En el capítulo de producción se incluirán los siguientes apartados:
  - Asistencia (actividad, prestaciones, protocolos implantados, etc)
  - Docencia (profesorado, alumnos, residentes, innovación, etc)
  - Investigación (proyectos financiados, publicaciones, participantes)

Como fuente de información de referencia se utilizarán los datos correspondientes al histórico reciente (año 2009). Con el análisis de los datos obtenidos se realizará la previsión y se obtendrá una valoración tarifaria aplicable a cada procedimiento, actuación, prestación, etc.

El Acuerdo de Gestión a firmar entre el Hospital Universitario 12 de Octubre y el AGCPSM identificará unos objetivos específicos a cumplir. El seguimiento del desarrollo del ejercicio correspondiente permitirá analizar el grado de consecución de los objetivos pactados en el Contrato de Gestión. De ese año se podrá extraer información para la aplicación de Planes de Mejora que consigan ajustar el funcionamiento y corregir desviaciones, con el objetivo de poder alcanzar con éxito la implantación del Plan Funcional.

La viabilidad económica se obtendrá de la cuenta de resultados y del balance obtenido entre ingresos por actividad y gastos debidos a recursos y consumos directos o inducidos. Se contará, además, con una subvención a la actividad que podrá ser negativa o positiva según el resultado del balance. El resultado positivo será la fuente para los incentivos y estrategias de motivación.

4.3. Conclusiones

1. El contexto legislativo, normativo y laboral, hace necesarios cambios organizativos y funcionales del Área de Psiquiatría y de Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre.
2. El análisis DAFO confirma que es necesaria la implantación y el desarrollo de nuevas respuestas a las necesidades de un contexto cambiante.
3. La nueva situación induce nuevas necesidades en: Liderazgo organizativo y funcional, Cartera de Servicios, Gestión integrada de los recursos, Alianzas estratégicas, Formación e investigación
4. El propio Plan Estratégico de Salud Mental recomienda a las Gerencias el potenciar nuevas formas de gestión para proteger el funcionamiento interprofesional y participativo de la estructura asistencial de Salud Mental.
5. El modelo de Áreas y Unidades de Gestión Clínicas se adapta a estas nuevas exigencias organizativas.
6. Un Contrato de Gestión puede ser el instrumento de garantía de los recursos y de evaluación de la gestión de calidad y objetivos

V. Marco legislativo y documentos de referencia

5.1. Comunidad de Madrid

- Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2001)
- Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental 2010-2014
- Orden 42/2010 de 28 enero reordenación de los centros y dispositivos de salud mental dependientes de la Consejería de Sanidad. BOCM, 35, de 11 de febrero de 2010
- Decreto 52/2010, de 29 de julio, sobre Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. BOCM, 189, de 9 de agosto de 2010.
- Decreto 51/2010, de 29 de julio, sobre libertad de elección de médico de la Comunidad de Madrid. BOCM, 189, de 9 de agosto de 2010.
- Resolución 21/2010 de 21 de enero de 2010, de la Dirección General de Recursos Humanos de Sanidad, del Servicio Madrileño de SaludMadrid, sobre adscripción funcional de CSM al Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Resolución 23/2010 de 25 de junio de 2010, de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, Madrid, sobe adscripción funcional de los CSM.

5.2. Nacional

- Constitución Española (1978)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- Declaración Europea de Salud Mental sobre organización de los servicios para la Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005)
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006)

5.3. Europeo

- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005)
- Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005)
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).