

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA  
DE SALUD MENTAL.  
ÁREA SANITARIA DE FERROL (UGCSM.ASF)

*Antonio Núñez Pérez, Fernando Márquez Gallego*

1. *Presentación*

Los cambios en la provisión de servicios sanitarios en los últimos años han sido importantes. Por un lado, la presencia, limitada, de recursos determina una gestión de los mismos con mayor eficiencia, requiriendo de la participación de los clínicos que manejan tales recursos en su gestión. Por otro, los cambios sociales, incluyendo la relación profesional con los pacientes, también exigen modelos asistenciales más flexibles y ágiles en adoptar medidas acordes con estándares de calidad actualizados.

Una Unidad de Gestión Clínica tiene como objetivo crear y establecer un método eficiente de gestionar la asistencia a pacientes con patologías comunes, racionalizando los recursos. En cualquier caso la agrupación de servicios no debe conllevar la uniformidad asistencial sino que debe reconocer las diferentes características de los recursos, aceptando todo lo que razonablemente es propio de cada recurso, buscando mejorar las actuaciones menos eficientes así como impulsando todas aquellas acordes con una asistencia actualizada y respetuosa con el usuario. La gestión por procesos asistenciales puede facilitar salir de esta situación a través de la agrupación de las prestaciones que tratan los mismos problemas en programas asistenciales que los integran.

En nuestro caso, los principales instrumentos de la Gestión Clínica se centran en:

- El desarrollo del conocimiento estructurado de las necesidades y prioridades en salud mental de la población, tanto general como de la atendida a través de nuestros recursos sanitarios públicos.
- La utilización del mejor conocimiento científico disponible en nuestro campo, apoyada en una adecuada gestión del «conocimiento» y la toma en consideración operativa de las evidencias científicas que se vayan generando.
- Un modelo de práctica asistencial integrado y participativo, en el que la continuidad asistencial sea un elemento estructurante fundamental de la realidad asistencial cotidiana.

- Así como el uso de herramientas de evaluación (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc.).

## 2. *Marco general*

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo de los Servicios incorporando a los profesionales sanitarios de los mismos, en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

Se centra en la concatenación de las decisiones, actividades y tareas asistenciales llevadas a cabo, en un orden lógico y secuencial, para producir un resultado previsible y satisfactorio. Supone otorgar a los profesionales la responsabilidad sanitaria y social que corresponde a su capacidad de decisión, junto al paciente.

Cabe señalar, de forma resumida, los *aspectos relevantes* de la gestión clínica entre los que destacan: a) orientar la actividad asistencial teniendo al paciente-usuario como centro; b) tener clientes externos (pacientes) e internos (otros servicios); c) asumir la corresponsabilidad de la gestión de recursos, d) ser solidarios con otras áreas asistenciales y la comunidad; e) capacidad de gestión autónoma; f) acordar con la Dirección el Contrato de Gestión Clínica.

Asimismo y asociados a los anteriores aspectos son necesarios una serie de *requerimientos* que hagan viable la puesta en práctica de los cambios organizativos ligados a la metodología de Gestión Clínica, entre los que se deben incluir los siguientes: a) existencia de sistemas sólidos de información; b) presencia de un líder del Proceso; c) aplicación de programas de mejora continua; d) compromiso de corresponsabilidad asistencial; e) establecimiento de un plan de gestión de la unidad; f) potenciación de intervenciones clínicas protocolizadas y multidisciplinares; g) sistema de autoevaluación de resultados; h) mantenimiento de presupuesto clínico.

Sobre la base de los aspectos relevantes comentados y volviendo a los requerimientos anteriormente apuntados tiene especial relevancia el establecimiento de un *Plan de Gestión* en el que se debe reflejar aspectos como: a) constitución de un Comité Directivo de la Unidad; b) definir la misión; c) establecer la visión; d) compartir los valores; e) inventariar los recursos; f) delimitar la cartera de servicios; g) negociar el contrato de gestión clínica; h) desplegar objetivos individuales y grupales; h) determinar las necesidades de formación; i) desarrollar el plan de calidad; j) impulsar un sistema de incentivos y recompensas.

Finalmente se debe tener en cuenta que el Plan de Gestión referido debe asegurar la participación de los profesionales necesarios para su eje-

cución lo que se debe plasmar en un conjunto de condiciones, estándares y objetivos de carácter inicialmente anual que permitan monitorizar el funcionamiento de la UGC y establecer la percepción de objetivos asociados a la misma. Debe quedar expresado en un *Contrato de Gestión* que incluya, entre otros, los siguientes puntos: a) actividad asistencial; b) actividad docente; c) formación continuada; d) investigación; e) calidad técnica; f) orientación al cliente; g) presupuesto clínico selectivo; h) desarrollo del modelo organizativo de la unidad.

### 3. *Diagnóstico de situación*

La situación de cambio, tanto organizativo como jerárquico, de la Salud Mental (SM) a nivel autonómico y de área sanitaria, que se inicia a finales de la pasada década, sitúa al Servicio ante la posibilidad de aprovechar la oportunidad de impulsar un cambio organizativo en el mismo, buscando una estructura asistencial actualizada y eficiente.

Precisar que el «Decreto de Salud Mental» (DOG. 12.01.95) y el «Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-11» (PESMG) determinan tanto la normativa estructural del subsistema público de salud mental como las principales líneas de desarrollo asistencial a llevar a cabo en Galicia en el período actual. Asimismo, la reorganización del Área Sanitaria contando con una Dirección Única (Decreto 15/2005) por el que se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol), significa la posibilidad de un sustancial cambio organizativo, que facilita la superación de estructuras de gestión diferenciadas en este ámbito territorial para potenciar prestaciones de servicios coordinadas e interdisciplinarias, posibilitando la integración de diferentes modalidades de intervenciones a través de procesos asistenciales sin rupturas.

Si el marco estructural de la salud mental a nivel autonómico y el cambio normativo a nivel de área sanitaria constituyen los ejes «reguladores» que permiten el desarrollo de las áreas de gestión clínica, la progresiva formación de los integrantes del equipo en aspectos metodológicos y experienciales del denominado campo de la «calidad», de corte asistencial y centrada en el usuario, se convierte en eje «funcional» que trata de guiar el proceso de cambio iniciado en el Servicio.

Comentar, en ese sentido, que al menos todos los coordinadores de dispositivos de Salud Mental, integrados en el Sergas, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen actualmente formación curricular, teórica y experiencial, en gestión clínica y asistencial; asimismo, el Servicio es uno de los más dinámicos y participativos en los grupos de trabajo y otras colaboraciones técnicas con la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias (SSMD) y otros departamentos de la Consellería, así como en el ámbito universitario. Señalar que, en este período, el Servicio

completó su acreditación de formación reglada (programas PIR y MIR, fundamentalmente), a la vez que los datos asistenciales y programas organizativos realizados y propuestos en los últimos años nos sitúan, comparativamente, entre los más avanzados de nuestro entorno geográfico.

#### 4. Configuración de la unidad de gestión clínica de salud mental (UGCSM.ASF)

##### 4.1. Ámbito geográfico

El Área de Salud de Ferrol ocupa la parte norte de la provincia de A Coruña. Limita por el norte y por el Oeste con el Océano Atlántico, por el este con las Áreas de Salud de Cervo y Lugo, por el sur con el Área de Salud de A Coruña. Esta área sanitaria está integrada por 20 municipios y 690 núcleos de población. En la actualidad, el número de personas residentes en el ámbito geográfico del área sanitaria que disponen de tarjeta sanitaria asciende a 193.768 personas.

La distribución de estas tarjetas, según grupos de edad, muestra que el 9.80% de las mismas corresponde a población en edad pediátrica (0-14 años), alcanzando el 67.19% del total de la población del área entre 15 y 64 años, mientras las personas mayores de 64 años en su posesión representan el 23.00% del total. El porcentaje de mujeres en edad fértil (15-45 años) con tarjeta sanitaria es del 23.35%.

Si tomamos como referencia la *distribución* de estas tarjetas sanitarias por municipios, la situación viene marcada por el hecho de que más del 70% del total se concentran en solo cuatro municipios integrados en el área sanitaria, siendo los mismos por orden decreciente Ferrol (36.24% del total), Narón (16.24 % del total), Fene (7.96%) y As Pontes (6.21%).

##### 4.2. Recursos humanos

	Dispositivos UGCSM.ASF							TOTAL
	Unidades de Salud Mental			Unidad de Hospitalización	Hospital de Día	P. Continuidad de Cuidados	Psico-geriatría	
	USM I	USM II	USM III					
Psiquiatra	2	2	1+1	4+1	1	1	1	14
Psicólogo	1 + (1cof)	1	1 prov.	1+1	1			7
MIR								2
PIR								3

Dispositivos UGCSM.ASF (Continuación)

	Unidades de Salud Mental			Unidad de Hospitalización	Hospital de Día	P. Continuidad de Cuidados	Psico-geriatría	TOTAL
	USM I	USM II	USM III					
Terapeuta Ocupacional				1	1			2
Trabajador Social	1/2	1/2		1	1/2	1/2		3
DUE	1	1		7	2	1		12
Auxiliar								
Enfermería				13	1	1		15
Administrativo	1	1		1	1/2	1/2		4
Monitor					1 (t. p.)			1 (t. p.)

### 4.3. Desarrollo

En la perspectiva estratégica descrita y con mayor determinación desde 2005 el Servicio viene proponiendo iniciar, tanto a las diferentes Direcciones del Área Sanitaria (AS) como a la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias (SSMD), la puesta en marcha de diversas fórmulas y experiencias de Gestión Clínica (GC) participando, a su vez, en talleres y grupos de trabajo de estas características con otros Servicios del AS y/o de SM.

En marzo del pasado 2007, la Dirección del Área dio el visto bueno a la constitución de la UGCSM.ASF. En el pasado mes de julio se presenta la «Memoria de Desarrollo Asistencial del Servicio 1999-2006», acompañado de un «Plan de Mejora» y una «Propuesta de Acuerdo de Gestión Clínica», en el marco de la convocatoria de la Jefatura de Servicio. Referir que en el denominado «Pacto de Objetivos 2007» se incorpora, entre los mismos, la presentación de un programa de acción, antes de la finalización del año 2007, que formule para el próximo ejercicio el Acuerdo de Gestión Clínica con el que se compromete el Servicio y la Dirección del Área Sanitaria.

Sintéticamente, referir que concebimos la Unidad de Gestión Clínica como la estructura organizativa que permita que el equipo de profesionales de diferentes categorías y en su caso, disciplinas profesionales que desarrollen la gestión clínica siguiendo la metodología resumida previamente en este documento.

### 4.4. Propuesta (Acuerdo de Gestión Clínica 2008-2009)

Entendemos el Acuerdo de Gestión Clínica como un documento de formalización del compromiso entre los profesionales de la UGCSM.ASF,

que voluntariamente lo suscriban, y la Dirección de nuestra Área Sanitaria (existe borrador, en proceso de discusión a presentar antes de finalizar el año). Implica que quienes tomamos decisiones clínicas «día a día», nos comprometemos con un proceso de utilización eficiente de los recursos asistenciales, en un marco de autoridad pactada y delegada con la Dirección de Área. Conlleva la corresponsabilidad del equipo en la gestión de la Unidad, incluyendo aspectos concretos correspondientes a la financiación y gasto pertenecientes a los capítulos I, II y IV del mismo.

En cualquier caso y de forma resumida, exponemos los «criterios operativos» y la «hoja de ruta» de la UGCSM.ASF para el bienio 2008-2009, cuyos elementos claves están centrados en los siguientes elementos:

#### 4.4.1. Mejorar la organización interna, desde criterios de calidad y eficiencia a través de las siguientes acciones:

- «Certificación» externa del Servicio, a través del modelo EFQM de Calidad, por el que opta la Consellería de Sanidad. Se iniciará en la UHB (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-Hospital Novoa Santos). Cuenta con el asesoramiento profesional de la Universidad de Santiago de Compostela (equipo dirigido por Jesús Varela) en convenio ya aprobado.
- Establecimiento del «Manual de Procedimientos» (qué profesional hace qué y en qué momento). Se iniciará en el HDD (Hospital de Día Psiquiátrico-Hospital Novoa Santos), contando con la formación previa de nuestros profesionales en ésta y otras «herramientas» de gestión (cursos de gestión clínica en salud mental de la Fundación Vasca para la Investigación en Salud Mental, F. OMIE).
- Formación en «Metodología de Procesos Asistenciales». Distintos profesionales del Servicio, sobre todo los Coordinadores de Unidades y Programas, tienen formación específica tanto sobre la metodología de Procesos Asistenciales como respecto a su aplicación en Salud Mental. En el apartado siguiente se concretan las propuestas de Procesos Asistenciales a desarrollar, a partir del año en curso.

Además contamos con un proyecto de investigación para «monitorizar» la implantación del «Proceso Depresión-Ansiedad-Somatización», en las dos U.S. Mental (F. Maristany y Caranza, respectivamente) en colaboración con Atención Primaria de Salud del AS, teniendo en cuenta que los trastornos incluidos en este proceso se encuentran entre los priorizados por la Consellería de Sanidad en el vigente «Plan de Saude de Galicia 2006-2009».

#### 4.4.2. Colaboraciones y sinergias con otras unidades y servicios del Área

Buscando como «criterios» permeabilizar y dar contenido operativo a diferentes prestaciones asistenciales, desde un sistema público cuya organi-

zación se centra en el usuario, constituyendo la organización del Área Sanitaria a través de una única Dirección el marco organizativo más adecuado para su impulso y desarrollo. Hoy en día, la continuidad asistencial se vertebra a través de los denominados «Procesos Asistenciales Integrados», lo que implica el cambio de modelo de relación entre Servicios pasando de la «derivación» a la «colaboración» junto con la promoción de la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, mediante la selección de niveles de recomendaciones asistenciales (que deben tener en cuenta, entre otros aspectos, las evidencias científicas existentes y el nivel de las mismas).

La «hoja de ruta» en este ámbito se centra en las siguientes acciones:

- Con Atención Primaria de Salud (APS). Iniciar la implantación del «Proceso Ansiedad-Depresión-Somatización» en el 25-30% de los Centros de Salud del AS.
- Con la Unidad de Neurología y la colaboración de AFAL (Asoc. Enfermos Alzheimer). Diseño y puesta en marcha del «Proceso Demencia».
- Con el Servicio de Farmacia. Inicio del «Proceso de Gestión en Psicofarmacología» desarrollando el protocolo aprobado entre nuestra UGC y la «UGC del Medicamento» del AS.

#### 4.4.3. Impulsar la participación y satisfacción de los profesionales del servicio

Mediante «criterios» como la potenciación de la coordinación interna, así como la formación y la innovación con una mayor participación horizontal de los integrantes del Servicio, acompañado de un plan de motivación e incentivación coherente y transparente de los mismos.

La «hoja de ruta» en este ámbito se centra en las siguientes acciones:

- Curso de Inglés. Con formato de curso (Octubre a Junio), se inició en 2006, abierto a todo el personal cuatro días/semana de 07.45h a 08.30. Cuenta con apoyo de la industria farmacéutica.
- Curso de Informática. Iniciado el actual curso, en condiciones análogas al anterior.
- Supervisión externa. Iniciada en la 1.ª parte de 2007, aborda tanto casos clínicos complejos o «prototípicos» como dinámicas e interacciones de los profesionales de los equipos implicados (UHB, HDD y PCC). Realizada por José Leal (Barcelona), experto con amplia práctica en este campo, sobre todo en Cataluña. Financiado por la SSMD.
- Asesoramiento para el desarrollo de la UGCSM.ASF. Desde planteamientos centrados en la «praxis» asistencial. Convenio con la Escuela Andaluza de Salud Pública (área de salud mental), establecido para el presente año.

- Incentivación de Profesionales del Servicio. Adaptando, contextualizadamente, el modelo de implantación de las UGC del S.º Sanitario Público de Andalucía (en proceso de concreción).

Para el presente año existe el acuerdo previo de aplicarlo a los coordinadores de unidades y de programas o acciones innovadoras del Servicio, en la perspectiva de extenderlo a todos aquellos profesionales que, voluntariamente, se adscriban a la UGCSM.ASF.

Esquemáticamente, se parte de la idea que los profesionales debemos asumir como compromiso «primario» situarnos en los estándares asistenciales medios del Sergas en el campo de la Salud Mental. Alcanzado, con la consiguiente evaluación, este nivel se deben concretar los incentivos específicos ligados al modelo de gestión clínica a implementar, según lo referido al comienzo de este apartado.

## 5. *Informe de situación. Octubre de 2008*

### 5.1. Bases

- Red recursos S.M. área estructurada y «abarcable territorialmente».
- Presión asistencial y «ordenamiento».
- Agendas electrónicas definidas.
- «Ianus» implantado (+ para facultativos).
- «Gacela» en funcionamiento (enfermería).
- Formación Coordinadores (USM y Hospital) en Gestión Clínica y de Servicios.
- Decreto Área Sanitaria.
- Sinergias con otros Servicios y Recursos (A. Primaria, Farmacia, Neurología, S. Sociales, etc.).

### 5.2. Constitución de la UGCSM.ASF

- Nombramiento del Director de la UGCSM (con carácter funcional y vigencia de 2 años) con propuesta de un programa de trabajo y participación de los integrantes de la Unidad en su designación (acordado el pasado mes de Abril).
- Articulación del Órgano de Dirección de la UGCSM en el que deben estar representados:
  - Por parte de SM al menos el Director de la Unidad, la Coordinadora de Enfermería y un miembro de la Comisión del Servicio.

- Por parte de la Dirección del Área, al menos, la Gerente de Procesos, el Director de Procesos Médicos y la Directora de RREE.
  - Por parte del Servicio Galego de Saude: un miembro o representante de la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias.
- Impulso y fortalecimiento de la Comisión del Servicio como órgano de planificación y dirección de la implantación y desarrollo de la UGCSM.ASF, auténtico «puente de mando» del Servicio.
  - Persistencia de la estructura organizativa jerarquizada del Servicio de Psiquiatría actual con 1 Jefe de Servicio y 2 Jefes de Sección junto con la «recuperación» de la jefatura de sección trasladada a otra Unidad del Área Sanitaria.
  - Antes del 30.12.08 deben quedar reflejados todos los compromisos y acuerdos establecidos a través de un Acuerdo de Gestión.

### 5.3. Situación actual por dispositivos y/o programas

#### 5.3.1. Unidades de Salud Mental

1. Movimiento asistencial. Las Unidades de Salud Mental tuvieron el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007 (Actv.media/fac.)	Primeras	Sucesivas	C. Total	I. Suc./Prim.	I. Altas
Psiquiatras	610	3.334	3.860	6,33	0,34
Psicólogos	399	1.493	1.892	3,98	0,39

2. Medios de apoyo a la gestión. Ambas con acceso a Ianus y con agendas electrónicas definidas. En proceso de unificación de n.º de HC de USM con el de HC General del Área.

3. Gestión Clínica. Se inició la implantación del «Proceso Depresión-Ansiedad-Somatizaciones».

- Con 4 Centros de Salud (2 por USM representando el  $\pm$  25-30% población del área), 2 de tipo urbano y central y 2 de tipo semiurbano y periféricos. Los Centros de Salud referentes para la USM-I son Fontenla M.-I y Serantes y para la USM-II, Caranza y Cabanas-Pontedeume.
- Proceso seguido hasta actualidad:
  - Taller de trabajo AP-SM (marzo 2008) con asesoría de EASP y apoyo bibliográfico (web), que permitieron estructurar bases de

partida, elección de Centros con profesionales de referencia de los mismos y planificación de actuaciones, siendo las fundamentales, las siguientes:

- Taller sobre manejo clínico de pacientes incluidos en este proceso para facultativos de AP.
- Taller para implantación de grupos de relajación de pacientes incluidos en este proceso para enfermería y trabajadoras sociales de AP.
- Taller para implantación de grupos de comunicación y habilidades sociales de pacientes incluidos en este proceso para enfermería y trabajadoras sociales de AP.
- Taller de trabajo AP-SM (junio 2008), con asesoría de EASP, con el objetivo de consensuar el establecimiento de los límites del proceso («lo que entra y lo que no») así como empezar a operativizar su aplicación en próximos meses, planificándose las siguientes actividades para el siguiente cuatrimestre:
- Consensuar datos de Informes de derivación y de Comunicación (telefónica, electrónica, etc.) entre AP y SM.
- Entrega del «Documento Marco», el pasado mes de julio para la instauración del proceso en el Área para su estudio y apertura de tiempo para alegaciones (hasta 1.ª quincena de septiembre).
- Establecer Cronograma de implantación del proceso en los Centros de Salud «a pilotar».
- Definir las funciones fundamentales de los profesionales implicados en el proceso ADS.

#### 4. Necesidades

- Incorporar un psiquiatra y un psicólogo clínico para apoyar la implantación del proceso, lo que permitirá la apertura de la 3.ª Unidad de Salud Mental, lo que apoya la actual Dirección de Área.
  - El objetivo inicial es sustituir ausencias de los facultativos ya implicados en el proceso (reuniones, talleres, gestión, etc.) y mantener la lista de espera dentro de lo establecido en el PESMG (30 días «normales» y 15 días «preferentes»).
  - El objetivo de proceso es desarrollar la ejecución del PESMG-2006-11, que contempla la dotación correspondiente a una nueva USM en nuestra área sanitaria.
  - Hay que tener en cuenta que dentro del Plan Estratégico de Salud Mental (PESMG) vigente uno de los facultativos ya está contemplado y pendiente de incorporación en este ejercicio (2008).

### 5.3.2. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

1. Movimiento asistencial. La Unidad tuvo el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007	Altas	E. Media	I. Ocupación	T. Reingresos
ASISTENCIA	389	17.96	75.11%	27.78%

  

2007	Ep. Psicosis	Adicciones	T. Personalid.	T. Adapt.
GRDs	± 30%	± 20%	± 20%	± 20%

2. Medios de apoyo a la gestión. La Unidad dispone de acceso a Ianus, programa «gacela» para enfermería y agendas electrónicas definidas para las actividades de consulta externa. Se utiliza HC unificada. Señalemos que en los dos últimos ejercicios dispone de «supervisión externa» (José Leal Rubio, destacado experto en esta materia afincado en Barcelona) con sesiones de frecuencia  $\pm$  bimensual.

3. Gestión Clínica. La Unidad dispone de 24 camas (4-5 camas más que las estimadas según ratios de población establecidos en el PESMG, a razón de 1/10.000 hab.) y niveles comparativamente favorables de presión asistencial. La confluencia de visiones asistenciales heterogéneas junto con esquemas organizativos de distinta procedencia y un liderazgo hasta ahora ambiguo viene dificultando su gestión.

- En el presente ejercicio, de acuerdo con lo establecido para la implantación de la UGCSM, se inicia un proceso reorganizativo de la Unidad a través del modelo europeo de calidad EFQM contando con el asesoramiento de la Universidad de Santiago de Compostela (Licenciario Jesús Varela y equipo. Facultad de Psicología).
- Tras el proceso de presentación y explicación del modelo al conjunto del equipo de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (primer semestre 2008), se hizo una selección de autoevaluadores del mismo.
- En la primera quincena de septiembre próximo finaliza la autoevaluación para presentar las aportaciones que permitan ir evaluando los niveles de funcionamiento y planes de mejora a implementar.
- El objetivo es poder alcanzar durante el ejercicio correspondiente al año 2008 los 200 puntos establecidos por el modelo para poder optar a la certificación externa.

#### 4. Necesidades

- Mejorar los procesos asistenciales en función de las tipologías prevalentes de pacientes (episodios psicóticos, adicciones, trast. de personalidad, trast. de tipo adaptativos y neuróticos, etc.).
- Apoyar el trabajo de enfermería, con alto grado de protocolización y organización de sus niveles asistenciales.
- Los facultativos deben incrementar la protocolización de sus actividades clínicas así como llevar a cabo la cumplimentación de los procedimientos asistenciales, «acompañándolos» con la aplicación de los cuidados de enfermería y tener mayor presencia en la Unidad.

La Unidad dispone de espacio físico suficiente pero sus instalaciones y medios son obsoletos. Está solicitado y previsto el desplazamiento de la misma al «Hospital Naval», integrado este año en el Complejo Hospitalario del área sanitaria (Sergas), junto con los demás dispositivos de salud mental ubicados actualmente en el Hospital Novoa Santos.

Señalemos que el citado Hospital ya dispone de Planta de Psiquiatría con potenciales cualidades para que su rediseño arquitectónico se adecue a las necesidades tanto mantenidas como novedosas de la población que, ya entrado el siglo XXI, precise recibir asistencia en este tipo de dispositivo.

#### 5.3.3. Hospital de Día de Psiquiatría

1. Movimiento asistencial. El Hospital de Día tuvo el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007	E.media/mes	1.º ingresos	Altas	Estancias/año
P. TOTALES	20 pac.	20 pac.	25 pac.	2.074 días

  

2007	Estancia media/mes	Media sesión/año
P. PARCIALES	65 pac.	1.347 sesiones

2. Medios de apoyo a la gestión. La Unidad dispone de acceso a Ianus y agendas electrónicas definidas para las actividades de tipo parcial, además del programa «Gacela» de enfermera. Se utiliza HC unificada. Señalemos que en los dos últimos años dispone de «supervisión externa» (José Leal Rubio, destacado experto en esta materia afincado en Barcelona) con sesiones de frecuencia  $\pm$  bimensual.

3. Gestión Clínica. Tras la reorganización del equipo y la reformulación de los Programas Totales y Parciales hace  $\pm 2$  años nos encontramos en la actualidad en un período de asentamiento y despliegue de los mismos. Asimismo, en el presente año, según lo previsto en el proceso de implantación de la UGCSM.ASF, se inició la definición estructurada de las actividades asistenciales del equipo a través de la «Guía de Procedimientos» («qué hacer cuándo, dónde, por quién»).

- Actualmente están descritos los Procedimientos Generales que se llevan a cabo por los diferentes miembros y estamentos del equipo formulados a través de tres fases: acogida, establecimiento del PIT (programa individual de tratamiento) y seguimiento y de preparación del alta.
- Los procesos específicos de cada profesional y/o estamento se encuentran también y en su mayoría en avanzado proceso de definición a finalizar en el último trimestre del año.

#### 4. Necesidades

- Incorporar un/a auxiliar de clínica para apoyar la actividad del dispositivo según lo ya contemplado para este ejercicio dentro del Plan Estratégico de Salud Mental (PESMG) vigente.
- Progresar y consolidar los flujos de entrada y salida de los pacientes en los programas y actividades del HDD.
- Incrementar la articulación con el Programa de Trastorno Mental Severo desarrollado por el equipo de continuidad de cuidados, así como participar, a partir del próximo año, en la estructuración adaptada a nuestra área del «Proceso Trastorno Mental Severo».

#### 5.3.4. Equipo de Continuidad de Cuidados-Programa de Trastorno Mental Severo (E.C.C.-TMS)

1. Movimiento asistencial. El Programa tuvo el pasado año 2007 la siguiente actividad asistencial referenciada:

2007	Interv. Indiv.	Interv. Fam.	V. domicil.	Pac. a cargo
E.C.C. INTENSIVO Enf+apoyo Psq	1.295	295	835	32
2007	Interv. Indiv.	Interv. Fam.	V. domicil.	Pac. A cargo
E.C.C. INTERMEDIO Psic+apoyo TS	1.026	409	173	54

2. Medios de apoyo a la gestión. El equipo dispone de acceso a Ianus y agendas electrónicas definidas, además del programa «Gacela» de enfermería. Se utiliza HC unificada. Señalemos que en los dos últimos ejercicios dispone de «supervisión externa» (José Leal Rubio, destacado experto en esta materia afincado en Barcelona) con sesiones de frecuencia  $\pm$  bimensual.

3. Gestión Clínica. El programa sirve de enlace entre las USM y los dispositivos de rehabilitación más clásicos (USMs, H.D.D., U.Rhb. Hosp.) siendo uno de los equipos de estas características pioneros en España. Cabe resaltar que su modelo de trabajo es uno de los propuestos en la «Estrategia de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud» del M.º de Sanidad y Consumo (2007) como «ejemplo de buena práctica», que también incluye el «programa ACOUGO» de atención a las urgencias extrahospitalarias de nuestras CC. AA. y que se viene aplicando en nuestra área sanitaria.

El compromiso de Gestión para el presente ejercicio se centra en la definición de la Guía de Gestión, encontrándose en avanzado estado de realización, lo que incluye entre otros aspectos: a) la determinación de los límites de entrada y salida del programa; b) la estructuración de los procedimientos asistenciales y la delimitación de la cartera de servicios de este Programa; c) la articulación entre actividades específicas e inespecíficas.

4. Necesidades. El equipo, tras iniciar su andadura hace algo más de 2 años, ha conseguido delimitar sus bases estructurales y funcionalidad asistencial.

- Dado que actualmente el número de pacientes asignado al programa «intensivo» es de 32 (situándose el estándar de ratio personal de enfermería/pacientes a cargo en 25-30) conviene empezar a planificar el refuerzo de la plantilla de enfermería.
- Es necesario seguir avanzando en su conexión con los programas del HDD y el enlace con las USM y otros dispositivos de salud mental del área así como en la coordinación con estructuras y programas de tipo social y comunitario.

### 5.3.5. Programa Sociosanitario-Psicogeriatría

Dicho programa atiende actualmente ocho Centros Residenciales de Mayores (además de 1 Centro de Minusválidos físicos y 2 de Menores) junto con  $\pm$  3-4 jornadas/mes de asistencia ambulatoria de pacientes remitidos desde las USM, en su gran mayoría de la USM-I, que es en donde se lleva a cabo la consulta.

1. Movimiento asistencial. El Programa tuvo el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007	1.ª Consultas	Revisiones	Relac. Suc./1.ª
ACTV. ASIST.	364	1.527	4.19

2. Medios de apoyo a la gestión. Para la consulta ambulatoria dispone de las estructuras de apoyo a la gestión asistencial en las mismas condiciones que las USM mientras que los recursos y condiciones asistenciales de los Centros a los que se acude es dispar, en función de las características propias de cada Centro.

3. Gestión Clínica. A finales de 2006, coincidiendo con el período de representación autonómica de la Asociación de enfermos de Alzheimer y Otras Demencias (AFAL) de Ferrol, se propone iniciar un proyecto asistencial de atención a estas patologías mediante la coordinación estable y permanente entre Salud Mental y Neurología con la colaboración de AFAL-Ferrol y otras unidades asistenciales (atención primaria sobre todo, además del apoyo de radiología, farmacia, etc.).

- Contando con el apoyo y compromiso de la Dirección de Área se presenta el proyecto de la UNIDE (Unidad Integral de atención a las Demencias) desde un planteamiento sinérgico con la Unidad de Psicogeriatría cuya estructura mantendría lo estipulado en el PESM 2006-11.
- Paralelamente, la Unidad de Psicogeriatría (U.PS.G.-ASF), organizada según lo establecido en el PGSM 2006-11, junto con la UNIDE, en colaboración con Atención Primaria y el apoyo de otros recursos, deben constituir una *Comisión de Implantación del «Proceso Demencia»* estructurando su adaptación a nuestra área sanitaria, en línea con el fortalecimiento de la continuidad asistencial, expresada actualmente en los denominados «procesos asistenciales integrados», siguiendo la metodología general descrita al referirnos al «proceso depresión-ansiedad-somatizaciones», apoyándonos en proyectos análogos ya definidos en otros territorios y CC. AA.

4. Necesidades. La coordinación de la UNIDE se realizaría desde Neurología estando prevista nuestra participación a través de 1 Psicólogo Clínico con formación en Neuropsicología y dependencia orgánica de la UGCSM.ASF, entre otro personal.

- En la actualidad nos encontramos en fase avanzada de estructuración del proyecto de la UNIDE para finalizarlo en los dos próximos meses.
- El Psicólogo Clínico de la UNIDE, como hemos comentado, pertenecerá a nuestro Servicio aunque no a la dotación de personal de la U. de Psicogeriatría según lo contemplado en el PESM, por lo que es imprescindible seguir manteniendo el compromiso de la Unidad de Neurología y de la Dirección de Área a la implantación de la Unidad (financiando su contratación fuera de los presupuestos del PESMG vigente) así como el apoyo de la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias a esta iniciativa. A partir de septiembre se incorporará a nuestro Servicio una psicóloga clínica con el perfil profesional mencionado, para participar en la organización y desarrollo de la UNIDE y resto de estrategias comentadas en este apartado.

### 5.3.6. Otras Actividades de Gestión

#### Gestión Psicofarmacológica.

La UGCSM.ASF y la UGC del Medicamento han establecido un protocolo de colaboración en cuyo marco se ha constituido una comisión estable de trabajo entre ambas Unidades. Actualmente se viene realizando una revisión de psicofármacos de la Guía Hospitalaria así como de recomendaciones de utilización de psicofármacos en el Proceso Depresión-Ansiedad-Somatizaciones. Por otro lado, se recoge información sobre el perfil prescriptor del Servicio para su valoración en diferentes dimensiones.

#### Gestión de recursos Sociales.

Actualmente tanto desde diferentes ámbitos Administrativos como desde la propia sociedad civil se vienen desarrollando diferentes iniciativas así como realizando diferentes actividades en el campo de lo social, entendido en una perspectiva amplia, sin que en muchas ocasiones tengamos una información suficiente o actualizada de muchas iniciativas de las que puedan beneficiarse pacientes a seguimiento en el Servicio.

- En este marco para el presente ejercicio la propuesta es disponer de una guía de recursos tanto de formación y empleo protegido en sus diferentes posibilidades como de actividades de ocio y tiempo libre que se puedan ofertar en diferentes ayuntamientos pertenecientes al área sanitaria.

---

NOTA: Cuando estamos remitiendo este documento recibimos el Informe aprobatorio del «Convenio de Gestión Clínica de Salud Mental del Área Sanitaria de Ferrol (2009-10)», aunque no sabemos qué evolución tendrá en un escenario de cambio de responsabilidades en la Administración Autonómica, esperemos que no afecte a su desarrollo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) «Ley General de Sanidad 4/1986», *BOE*, 29-IV-1986.
- (2) Temes, J. L.; Mengíbar, M., *Gestión Hospitalaria*, 4.ª ed., Madrid, Interamericana, 2007.
- (3) Ruiz Iglesias, L., *Claves para la gestión clínica*, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana, 2004.
- (4) «Decreto 390/1994 polo que se regula a Saude Mental en Galicia», *Diario Oficial de Galicia* de 5 de Enero de 1995.
- (5) «Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia».
- (6) «Decreto 15/2005, do 3 de febreiro, polo que se establece a estrutura da área sanitaria de Ferrol».
- (7) *Documento de Bases para la elaboración del Plan Gallego de Sallud Mental*, en Colección Saude Mental n.º 0. Consellería de Sanidad, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 1990.
- (8) Guimón, J.; de la Sota, E.; Sartorius, N. (coords.), *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2002.
- (9) «Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria». Guimón, J. (ed.), en *Salud Mental Relacional*, (tomo 3), Cantabria, Core Academia, 2001.
- (10) Pontí, F., *Los caminos de la negociación*, Barcelona, Granica, 2002.
- (11) *Propostas de desenvolvemento da atención a saude mental en Galicia*, Colección Saude Mental n.º 18, Santiago de Compostela, Servicio Galego de Saude, Xunta de Galicia, 1998.
- (12) Varela, M. J.; Galego, F. P. (coords.), *Bases para a mellora continua da calidade dos servizos de saude*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, 2000.
- (13) López-Pardo, M. (coord.), *Plan de Salud de Galicia 2002-2005*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade, Secretaría Xeral, 2002.
- (14) Núñez Pérez, Antonio, «Memoria-Proyecto para la Jefatura del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental», Ferrol, 2000.
- (15) *Plan de Saude 2006/2010*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidad, Xunta de Galicia, 2006.
- (16) «Plan Estratégico de Saude Mental 2006-2011». Servicio Galego de Saude. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. 2007.
- (17) «Programa de incorporación personalizado», Araujo G. M.; Morán I. J., (coords.), Ed. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade. 2003.
- (18) «Guía de actuación en la Clínica Psiquiátrica», Díaz González, R. J.; Hidalgo Rodríguez, M. I. (coord.), Madrid, Ed. You & Us., 1999.
- (19) «Apuntes sobre gestión sanitaria», Curso de gestión clínica y organización de servicios asistenciales 2004, Triginer, C. (coord.), Profesor de EADA, Barcelona.
- (20) «Apuntes sobre proyectos estratégicos», Mauri, J., *Curso de gestión clínica y organización de servicios asistenciales*, 2004, Profesor de EADA, Barcelona.
- (21) «Plan Estratégico de la Red de Salud Mental de Álava», Muñoz Fernández, J., 1997, Centro de Documentación EADA, Barcelona.
- (22) «Proyecto de conversión del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto en una Unidad de Gestión Clínica», Gonzalez Torres, M. A., Centro de Documentación EADA, Barcelona.