

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA

UIC

barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

4

'Cuidando Bierzo':
Plan de mejora de
la calidad sobre la
motivación, fatiga y
salud mental

13

Propuesta de un
Plan de Gestión
para un Servicio de
Psiquiatría

21

Plan Funcional
para equilibrar la
distribución de la
carga de trabajo en
un Centro de Salud
Mental

28

Integración sanita-
ria y social desde
la hospitalización
parcial en salud
mental

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García

boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez

rlledo@uic.es

DIRECTOR

José María Martínez García

jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.

C/ Velázquez 157

28002 Madrid

ISSN: 2792-4033

EDITORIAL

Dentro del incremento multifactorial de la demanda de atención sanitaria y de protección de la salud que se está dando, los trastornos mentales y las adicciones representan uno de los problemas de salud con una carga sanitaria, social y económica elevada y creciente en la mayoría de países. Ello, se ha puesto especialmente de manifiesto durante y después de la pandemia. Según la Organización Mundial de la Salud, dos de cada cinco casos de incapacidad en el mundo son debidos a trastornos mentales, los cuales también originan hasta uno de cada tres del total de los contactos con los servicios de salud, tanto en países desarrollados como no desarrollados.

La elevada prevalencia de estos trastornos se relaciona con las rápidas transformaciones sociales, y fenómenos como el paro, la pobreza, las migraciones, la falta de apoyo familiar y social, la soledad, el uso redes sociales y las tensiones económicas.

Las consecuencias de la crisis económica pasada acentuaron, en parte, el efecto de estos determinantes.

Frente a todo ello, los sistemas sanitarios de los países desarrollados están afrontando ya cambios en la respuesta que el incremento en la demanda de la atención a la salud mental requiere.

Esa respuesta precisa, entre otros elementos, de una buena capacitación y unas buenas competencias de los profesionales médicos que atienden a las personas en el manejo de recursos, medios y organización que disponen para sus actuaciones.

Es lo que llamamos gestión clínica.

El número que presentamos publica, en forma de artículo y con la finalidad de difundir conocimiento, los mejores trabajos de fin de curso realizados por los alumnos de la última edición del programa de formación de Gestión Clínica en Salud Mental impartido en la UIC.

COMITÉ EDITORIAL

Llorenç Sotorres Bartolí

llsotorres@fundacio-puigvert.es

Joan Bosch Sabater

jboschs@uic.es

Joan María Ferrer Tarrés

jm.ferrer@fsm.cat

Candela Calle Rodríguez

ccalle@iconcologia.net

Xavier Mate García

xavier.mate@quironsalud.es

Isabel Amo Mora

iamo@uic.es

‘Cuidando Bierzo’: Plan de mejora de la calidad sobre la motivación, fatiga y salud mental en la era post pandemia en profesionales de la salud



José María Pelayo Terán

Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital El Bierzo. GASBI. SACYL.



Yolanda Zapico Merayo

Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital El Bierzo. GASBI. SACYL.

ABSTRACT

Motivation is an essential determinant of performance, particularly for those working in difficult conditions, such as health workers. It is mediated by organizational and social environment, acknowledgements, status, and incentives, but also auto efficacy perception, personal growth, welfare and physical and mental health. Our aim was to develop a quality program to promote mental health and motivation the health workers of El Bierzo (GASBI).

A committee with members from the psychiatry and mental health service and the Quality Unit analyzed the GASBI with a SWOT-CAME matrix analysis. Actions to be implemented were ordered with a Hanlon method score.

The matrix recommended an offensive strategy. The plan included 6 main lines (evaluation, access to mental health consultation, prevention of suicide behavior, resilience group, communication and relation groups and a group of actions to improve motivation called “10 actions to dream”). The Hanlon classified suicide behaviour and mental symptoms as the highest priorities.

Mental health, fatigue, burnout and motivation of health workers is a complex problem that affect health organizations and quality of services. Mental Health service have an important role in the promotion of wellbeing and prevent burnout in the health system.

KEYWORDS

Prevention, Mental Health, Burnout, Fatigue, Motivation, Swot-Came, Healthcare Workers

RESUMEN

La motivación es un determinante fundamental de resultados, particularmente en condiciones difíciles como los trabajadores de la salud. Está mediada por el ambiente de la organización, reconocimientos e incentivos, pero también por la percepción de autoeficacia, el bienestar y la salud mental. El objetivo fue desarrollar un plan de mejora de calidad para promover la salud mental y la motivación en trabajadores de la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo (GASBI).

Un comité con miembros del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental y la Unidad de Calidad analizaron la situación con una matriz DAFO-CAME y las acciones se ordenaron mediante el método Hanlon.

La matriz recomendó una estrategia ofensiva. El plan incluyó 6 líneas: evaluación, consulta de salud mental, prevención de suicidio, grupos de resiliencia y relación y un grupo de acciones para mejorar la motivación - “10 Acciones de Ilusión”. El Hanlon priorizó la prevención de suicidio y el abordaje de síntomas mentales.

Salud mental, fatiga, *burnout* y motivación son problemas complejos que afectan a las organizaciones de la salud y la calidad de sus servicios. Los servicios de salud mental tienen un papel importante en la promoción de bienestar y la prevención de *burnout* en el sistema de salud.

PALABRAS CLAVE

Prevención, Salud Mental, *Burnout*, Fatiga, Motivación, DAFO-CAME, Trabajadores de la Salud

INTRODUCCIÓN

Cómo funcionan las organizaciones y servicios de salud depende ampliamente de la motivación de sus trabajadores. La motivación es impulso y al mismo tiempo consecuencia del desempeño laboral¹, puesto que los profesionales motivados tendrán una mayor probabilidad de dar una mejor provisión de cuidados y cuando se obtienen mejores resultados, estos impulsan la búsqueda de mejora en la atención. En el contexto laboral, la motivación se puede definir como el grado de voluntad del individuo para dirigir y mantener un esfuerzo orientado a los objetivos de la organización². La motivación es un proceso mental, producto de factores individuales personales y del ambiente laboral, que además se ajustará al contexto laboral, el clima de la organización y la comunidad o sociedad de la que se es parte. La relevancia de la motivación, su relación con el estatus de satisfacción laboral, el rendimiento laboral y aspectos relacionados con la salud de los profesionales^{1,3} es objeto de atención desde las organizaciones sanitarias^{4,5}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha introducido el término de “fatiga pandémica” para definir una respuesta natural y esperada a una crisis sanitaria prolongada, que ha conllevado la implementación de medidas invasivas con impactos sin precedentes en la vida de toda la población⁷. Conlleva un conjunto de cambios emocionales asociados a las modificaciones en la libertad, en la rutina y en la vida diaria, a la que se suman un sinnúmero de miedos, incertidumbres y situaciones nuevas para todas las personas, con cansancio crónico como respuesta al estrés continuado. Los profesionales de la salud no son ajenos a este estrés continuado, asociado a la responsabilidad de dar respuesta efectiva desde un sistema sanitario amenazado⁷. La fatiga pandémica se manifiesta como un estado de desmotivación para el seguimiento de comportamientos protectores, la búsqueda de información adecuada, así como autocomplacencia, alienación y desesperanza. Tiende a establecerse a lo largo del tiempo y afecta a diversas emociones, experiencias y percepciones, pudiendo modificarse su presentación en función de factores culturales, sociales y legislativos^{6,8}.

Entre 2020 y 2022, la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo (GASBI) ha detectado una situación de fatiga y desmotivación, de manifiesto en los comités de dirección, en las juntas de personal y comités de seguridad y salud como tema prioritario. Además, se viene observando un incremento del absentismo por baja laboral, con un máximo en 2021, manteniéndose en gran parte del año

por encima del 10% (fuente: Servicio de Personal de la GASBI).

A todo esto, debe añadirse que, si bien en 2020 se observó un volcado de la sociedad en forma de apoyo y reconocimiento a los trabajadores de centros sanitarios (desde los aplausos a las 20h hasta donaciones y reconocimientos escritos), posteriormente se ha seguido de un movimiento de queja generalizada. Mientras que las reclamaciones descendieron en 2020 en SACYL en un 21%, en 2021 se incrementaron las agresiones un 35% comparado con 2020 y un 13% si se comparan con 2019 (fuente: GRS Castilla y León).

El agotamiento pone en riesgo a la población general y en particular a trabajadores de los centros sanitarios durante el control de la pandemia por COVID-19^{9,10}. Recientemente, en un estudio nacional (MIND-COVID) en el que el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo participó evaluando a más de 300 profesionales, se ha puesto de manifiesto que hasta un 45% puede presentar síntomas emocionales y un 30% un trastorno emocional con repercusión funcional¹¹. Además, hasta un 8,4% presentaba ideación autolítica¹², con un 4,5% de nueva ideación en los siguientes 4 meses¹³. Esta elevada incidencia se ha relacionado con dificultades en el acceso a la información o la percepción de mala coordinación y con la atención directa a pacientes COVID, y se ha mantenido con posterioridad en un 41,5%, por la persistencia de síntomas en un 67,7% de los profesionales y la incorporación de un 19,7% de incidencia en la población de trabajadores.

Soportar la carga asociada al estrés continuado no es fácil y puede conllevar efectos relevantes sobre la motivación y la salud de los trabajadores¹⁰. En la misma cohorte de seguimiento del estudio MIND-COVID, se ha detectado que la mayor parte de estos síntomas mentales y su repercusión funcional se mantienen, mientras que dos terceras partes se deben a la persistencia de síntomas iniciales, en 2020 fue posible identificar la aparición de síntomas nuevos inicialmente no presentes hasta en 1 de cada 5 profesionales¹⁴.

Por ello, se hace indispensable actuar en la mejora de las intervenciones para ayudar a los profesionales a preservar su reserva emocional¹⁵, disponer servicios de atención accesibles ante cualquier síntoma emocional y, especialmente, ante la ideación suicida como síntoma de especial riesgo¹⁶.

La OMS define cuatro estrategias clave: entender a las personas, involucrar a las personas como parte de la solución, permitir a las personas vivir sus vidas, pero

reduciendo el riesgo y reconocer las dificultades experimentadas por las personas, así como 10 acciones. Estas estrategias están dirigidas a dar una solución más global, emocional y participativa, en la que cada persona se implique y pueda ser reconocida: sea tenido en cuenta su estado emocional y su contexto¹⁷. Un *checklist* completa las estrategias en el que cada gestor debería preguntarse si las personas consideran cada acción apropiadamente transparente, justa, consistente, coordinada y predecible. En 2021, la misma OMS realizó un informe basado en las conclusiones de un grupo de seminarios de la Oficina para Europa Central, '*Supporting the mental health and well-being of the health and care workforce*', en el que se recogen actividades de distintos países y recomendaciones¹⁸, dirigidas a mejorar el trato y las relaciones en el trabajo, así como la motivación y la detección e intervención precoz en profesionales de la salud. Además, la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) presentó en 2021 el documento 'Cuidando la Salud Mental del Personal Sanitario'¹⁹ que se centra en actividades preventivas, higiene conductual, el incremento de habilidades y resiliencia y la detección y atención de personas con expresión de síntomas emocionales. Finalmente, la reciente Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud²⁰ incluye como lecciones aprendidas para mejorar la atención a la salud mental durante y tras una pandemia, promover intervenciones que prevengan y aborden los efectos de la fatiga pandémica en los profesionales sanitarios y considerar prioritaria la atención a los profesionales sanitarios, incluyendo las buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios para vigilar y proteger la salud mental de los trabajadores.

CONTENIDO

Este plan pretende reorganizar y diseñar un conjunto de actuaciones que permitan promocionar la salud mental y la motivación de los trabajadores de ámbitos sanitarios, así como prevenir, detectar e intervenir en situaciones de riesgo de mala salud mental. El plan fue diseñado por el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental junto con la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

1. CLIENTES

El plan se diseñó con la intención de dirigirse a 4 tipos de clientes:

- Profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo (GASBI). En un censo elaborado en 2021, se contó en el Área Hospitalaria con 1.598 profesionales (1.332 mujeres y 266 hombres) y en Atención Primaria con otros 559 (442 mujeres y 137 hombres). Globalmente unos 406 licenciados especialistas (médicos, farmacéuticos, psicólogos y odontólogos), 666 enfermeras, 382 TCAEs, 33 fisioterapeutas y otro tipo de categorías (técnicos de distinto tipo, celadores, administrativos, personal de mantenimiento).
- Familiares y allegados de los profesionales. En salud mental, la evaluación e intervención requiere de la participación del entorno que forma parte del proceso.
- La Gerencia de Asistencia Sanitaria y sus unidades y servicios.
- La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL). El Servicio de Salud de Castilla y León de-

Anualmente se estima que la plantilla total oscila entre 2.100 y 2.300 trabajadores. En una evaluación realizada en 2020 y 2021 sobre el estado emocional de los trabajadores, se encontró en la GASBI que, sobre una muestra de 238 participantes, el 35,2% (DE [desviación estándar] 3,1%) de los trabajadores presentaba sintomatología activa en el último mes de algún trastorno mental y que cerca del 8,7% (DE 2,1%) presentaba discapacidad grave asociada a estos síntomas. Las patologías más frecuentes fueron síntomas compatibles con depresión mayor (21,1%; DE 2,6%), síndrome de estrés postraumático (18,3%, DE 2,5%), ataques de pánico (17,6%; DE 2,5%), trastorno de ansiedad generalizada (17,5%; DE 2,5%) y trastorno por uso de sustancias (3,7%; DE 1,3%).

Además, durante la elaboración del Plan de Humanización de Castilla y León, se realizó una encuesta a profesionales de Servicios de Salud Mental, incluyendo 202 personas con una amplia representación de la GASBI. Se encontraron niveles intermedios de media en la escala de agotamiento emocional ($19,22 \pm 8,86$ en la dimensión de la escala Maslach de *burnout*), despersonalización ($4,88 \pm 3,6$) y realización personal ($34,17 \pm 6,26$), encontrando hasta un 40,1% de los profesionales con riesgo de *burnout*. La calidad de vida de los profesionales se encontraba en niveles intermedios (medidos con la escala CVP-35), con puntuaciones inferiores a 7 en la calidad de vida global. Esta calidad de vida se relacionó de forma inversa con la puntuación en actitudes de estigma ante los pacientes (medidas con la escala MICA-4; $r:-0,159$; $p=0,024$), que también se relacionaron de forma directa con despersonalización ($r:0,245$; $p<0,001$) y de forma inversa con la realización personal ($r:-0,239$; $p=0,01$). Estos datos indican, no solo una afectación de un número importante de profesionales, sino la repercusión de su calidad de vida en la asistencia a pacientes.

sea mantener una política de protección a la salud en sus trabajadores. Como cliente, establece una serie de necesidades a las que dar cobertura y satisfacer, evaluadas a través del seguimiento de indicadores y el plan anual de gestión. En los últimos años ha potenciado el Plan de Humanización de Psiquiatría y Salud Mental (presentado en el segundo trimestre de 2023), la Estrategia de Prevención de Conductas Suicidas (diciembre de 2021) y el Nuevo Plan de Salud Mental (en desarrollo).

Además, en las líneas estratégicas 2015-2019 de la GRS se incluía como primera línea "Protagonismo e Implicación de los profesionales con el sistema" (GRS Castilla y León, 2015), 3 de los 4 objetivos de esta línea se encuentran relacionados con este plan: 1. Mejorar las condiciones laborales; 2. Incrementar el reconocimiento y las expectativas de desarrollo y 3. Favorecer entornos de trabajo con mayor seguridad y salud. Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria se ha hecho ver la necesidad de planes en los distintos centros liderados por Psiquiatría y Salud Mental en los que se aborde la prevención e intervención en la salud mental de los trabajadores, incluyendo el establecimiento de medidas que mejoren la motivación, disminuyan el riesgo de *burnout* y, de forma general, hagan del ámbito laboral en SACYL un entorno seguro y promotor de la salud para sus trabajadores.

2. RECURSOS

El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental cuenta con 2 dispositivos principales y otros dispositivos asociados:

- Unidad de Hospitalización Breve. Recurso de ingreso con 16 camas, dirigida al tratamiento de crisis o episodios agudos relacionados con trastornos mentales en adultos. Cuenta con 2 psiquiatras a tiempo completo, 6 enfermeras, 6 auxiliares y una trabajadora social a tiempo parcial. Un tercer psiquiatra y un psicólogo clínico se ocupan además de las actividades de interconsulta y enlace.
- Equipos de Salud Mental. Llevan a cabo la mayor parte de atención ambulatoria y consulta, en adultos (6 psiquiatras, 2 enfermeras, 4 psicólogos y 1 trabajadora social) e infanto-juvenil (1 psiquiatra y 2 psicólogos clínicos).
- Dispositivos asociados. Son parte integrante de la actividad coordinada con el centro: Centro de Rehabilitación Psicosocial (titularidad de la Fundación Hospital de la Reina), Centro de Atención a Drogodependencias (titularidad del Consejo Comarcal del

Bierzo), Centros de Convalecencia y Rehabilitación Hospitalaria (dependientes organizativamente del Área de León).

La GASBI ha mantenido, además, las siguientes acciones relacionadas con la motivación de trabajadores, el *burnout* y la salud mental y síntomas emocionales:

- Sistema de incentivos / Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Un conjunto de medidas en diversos planes, pactos, proyectos y directrices, dirigidas a la mejora de la calidad asistencial. Incluyen el plan de incentivos asociado al cumplimiento del pacto de objetivos anual y su evaluación a través de los planes de mejora elaborados en la evaluación EFQM (actualmente la GASBI ha estado acreditada hasta 2022 con un nivel 400+ EFQM) y otros reconocimientos en formación, investigación y seguridad en práctica clínica.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Además de la evaluación y atención de casos de ámbito laboral, existe un plan específico de actuación ante agresiones en el ámbito laboral (de ámbito regional) y un plan de actuación ante la violencia interna que incluye la participación de representantes del comité de seguridad y salud (presidido por el jefe de Calidad y Seguridad del Paciente que es a su vez miembro del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental).
- Niveles asistenciales SACYL. La mayor parte de la atención a los síntomas emocionales y trastornos mentales de trabajadores de la salud se presta en Atención Primaria o Psiquiatría y Salud Mental, en las mismas condiciones que la población general. Desde 2020, además, se añade la consulta APOIA en COVID (Apoyo Psicológico Orientación y Asesoramiento en Compañeros del Bierzo Dirigido), dirigida a profesionales con síntomas emocionales que puedan requerir asistencia. Hasta finales de este año, también estuvo disponible 17 horas al día un teléfono de atención y apoyo a demanda (no fue continuado por falta de uso). Desde 2021 se mantuvo la consulta de atención a demanda con circuito específico (correo electrónico, teléfono o demanda a través de médico de AP) para profesionales con síntomas emocionales en el trabajo.

3. ANÁLISIS DE PROCESOS CLAVE

La situación previa a la implantación de este plan de calidad incluye 2 procesos asistenciales clave fundamentales:

- Atención a personas con síntomas emocionales (en el entorno de Atención Primaria, Psiquiatría y Salud Mental). Incluye un subproceso especialmente rele-

vante: proceso de atención y prevención de la conducta.

- Proceso de Gestión de Calidad (particularmente determinado por las direcciones de los centros y la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente). Incluye como subprocesos: gestión de reconocimientos e incentivos y proceso de información y coordinación.

4. DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES

La Comisión de Garantía de Calidad de la GASBI (incluyendo representantes de distintos profesionales, la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente y profesionales clave de Psiquiatría y Salud Mental), realizó un análisis DAFO-CAME (Figura 1). Las estrategias fueron priorizadas de acuerdo con los valores asignados en la matriz dinámica y estableciendo prioridades para el abordaje de las dimensiones consideradas, usando el método Hanlon. De las 6 áreas, los problemas que emergieron del grupo, el orden según la puntuación Hanlon fue: 1. conducta suicida (16,25 puntos), síntomas emocionales y trastornos mentales (13,75 puntos), fatiga (13 puntos), burnout (12 puntos), resiliencia (12 puntos) y motivación (7 puntos). Según la matriz dinámica del DAFO, la recomendación fue pasar de una estrategia defensiva a una ofensiva, potenciando las fortalezas de liderazgo y equipo dispo-

nible para aprovechar las oportunidades, que incluían la demanda institucional, la inversión en salud mental como tendencia y las necesidades de los profesionales. De esta forma, se priorizó el mantenimiento de la consulta COVID, en segundo lugar la propuesta de actividades para la mejora de motivación de forma coordinada con otros servicios, en tercero la búsqueda de apoyo externo en actividades de prevención y, posteriormente, estrategias ofensivas designadas a la ampliación de servicios y procesos.

RESULTADOS

El plan elaborado consistió en un conjunto de actividades a desarrollar con el objetivo principal de dar respuesta integral a las necesidades de los profesionales de la salud con síntomas o riesgo psicosocial en la GASBI. Los objetivos generales fueron minimizar la fatiga y el impacto emocional, garantizar un prevención y atención adecuada para mantener un buen estado de salud emocional y finalmente mejorar el estado de motivación de los trabajadores.

1. PROPÓSITO, MISIÓN Y VALORES

Alineado con el propósito de la GASBI, el propósito del plan “Cuidando Bierzo” fue Profesionales con Salud: Una

MATRIZ DAFO		
Matriz DAFO: Planificación Estratégica	Fortalezas (F): -Liderazgo -Equipo Humano, reconocimiento psiquiatría y SM -Innovación, flexibilidad -Consulta COVID instaurada -Recurso probada efectividad	Debilidades (D): -Resistencia de profesionales a involucrarse en programas de calidad y SM -Escasa disponibilidad tiempo adicional con recursos actuales
Oportunidades (O): -Demandas Institucionales y profesionales -Incremento prevalencia síntomas emocionales en contexto COVID -Inversión en SM como tendencia sociopolítica	Estrategias Ofensivas FO: - Crear cartera de servicios y procesos específicos para prevención, detección y tratamiento de síntomas emocionales en trabajadores desde Sº de PSQ y SM -Definir acciones mejora de motivación y fatiga desde el Sº de PSQ y SM	Estrategias de Reorientación DO: - Definir acciones para mejorar motivación y fatiga desde el Sº de PSQ y SM; gestión desde la Unidad de Calidad -Proyectos de motivación y resiliencia con recursos externos.
Amenazas (A): -Otras Prioridades en PSQ y SM: incremento demanda, TCA, Infantojuvenil -Otras prioridades institucionales de inversión en salud -Hospital con dificultad para adquirir recursos humanos	Estrategias Defensivas FA: -Ampliar funciones en personal de consulta COVID - Formular proyecto de investigación como fuente de financiación con asesoría externa	Estrategias de Supervivencia DA: -Mantenimiento consulta COVID en PSQ y SM como recurso de atención -Actuación coordinada con PRL, Unidad de Calidad

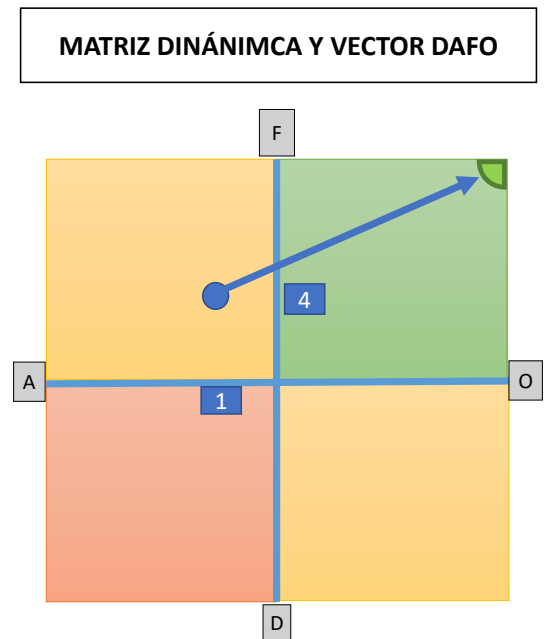


Figura 1. Matriz DAFO, Matriz Dinámica y Vector DAFO.

Atención Motivada, Innovadora y Humana. Indica que su razón de ser son los profesionales y su salud de forma global, incluyendo aspectos relacionados con la motivación. Se alinea con objetivos fundamentales de la organización y el desempeño laboral como la innovación, la adaptación a un entorno cambiante y la atención humana, centrada en el paciente.

2. ACTIVIDADES DEL PLAN

- Evaluación. El plan establece la evaluación periódica de los aspectos relacionados con la fatiga, la salud mental y calidad de vida profesional. Se eligieron las escalas CVP35, MWMS (Multidimensional Work Motivation Scale), Escala Maslach de Burnout, las escalas de cribado de síntomas GAD-7, PHQ-9, PTSD-PTCL5, la escala de fatiga de Krupp y la versión de cribado de la C-SSRS. Además, el cuestionario basal incluyó una encuesta de preferencias y opiniones basada en las recomendaciones de la OMS para implantar acciones relacionadas con la fatiga.
- Atención a profesionales con síntomas emocionales. Es una de las prioridades del plan, actualmente se mantiene una consulta inicial de psicología clínica a demanda de profesiones, contemplando: entrada a través de teléfono o e-mail, coordinación con Atención Primaria y Riesgos Laborales, la promoción de la consulta y el proceso de atención multidisciplinar.
- Prevención de la conducta suicida. La conducta suicida es uno de los procesos clave del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Existe un proceso monográfico para esta consulta en el servicio con una atención preferente, en primera consulta por parte de psiquiatra y enfermera. El desarrollo en profesionales incluye la asignación en consulta específica, la promoción de la consulta y la integración con otras actividades de prevención y promoción de la salud.
- Grupos de Resiliencia. Se incluyen intervenciones para mejorar la resiliencia y gestión de emociones, utilizadas en pandemia y en otros ámbitos de prevención laboral: entrenamiento en atención plena, relajación muscular o entrenamiento en respiración y otros combinados para la gestión de emociones. Incluyen la disponibilidad de una programación anual, con una vía de entrada mixta de auto derivación y remisión por Prevención de Riesgos Laborales.
- Grupos de Expresión Emocional y Apoyo Mutuo. Una gran parte de la fuente de estrés y fatiga, así como de las alteraciones del clima laboral se encuentra asociado a relaciones disfuncionales y a las emociones no expresadas. Una forma de facilitar estos dos aspectos son los grupos de profesionales en los que se pueden explorar las dinámicas interpersonales y se pueden expresar emociones abiertamente. Requiere programación continua de grupos de tipo preferentemente abierto.
- 10 Acciones de Ilusión. Se incluyen 10 iniciativas diseñadas para mejorar los factores que pueden determinar una mayor probabilidad de que los trabajadores se involucren en conseguir objetivos de la organización y que sirvan de forma global para mejorar las relaciones personales en el trabajo. Las 10 acciones se pueden ver en la Figura 2 .

1. Podcast Bierzo: actividad de difusión y participación sobre novedades del área sanitaria.
2. Web GASBI: segunda actividad de difusión y participación, con sección de buenas noticias.
3. Si quieres te escucho: promoción de red voluntaria para hablar ante situaciones de estrés y desbordamiento emocional.
4. Apadrina un servicio: personalidades locales que promocionen un servicio/unidad/equipo de forma



Figura 2. Descripción de las "10 acciones de Ilusión" del plan Cuidando Bierzo.

interna y externa, resaltando su actividad y calidad.

5. Te saludo, compañero: sistema de saludo-agradecimiento personalizado de unos servicios a otros.
6. Te recomiendo: recomendaciones mensuales en actividades lúdicas (música, lectura, cine) por parte de profesionales, dirigidas al resto y publicadas en la página web.
7. El empleado ¿del mes?: creación de reconocimientos específicos con un comité y selección de candidaturas (investigación, accesibilidad, mejoras en calidad y otros concursos de méritos).
8. Soy de la GASBI: refuerzo de imagen corporativa con productos con el logotipo corporativo.
9. Buzón de agradecimientos: apertura y difusión de un buzón (físico y correo) que solo acepte agradecimientos por parte de usuarios.
10. ¿Vamos juntos?: planificación de actividades extralaborales deportivas y de ocio para profesionales.

3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El seguimiento del plan será realizado por parte de la Comisión, la Unidad de Calidad y la Dirección-Gerencia.

- Cumplimiento del plan: se evaluarán las actividades llevadas a cabo según el plan y cronograma. Además, se evaluarán los indicadores marcados en el Plan Anual de Gestión (apartado Integración en el Sistema de Gestión).
- Alcance del plan: de cada actividad se registrará el número de personas incluidas (en las actividades de la b a la f, en HCE-JIMENA IV, para analizar el alcance de los profesionales de estas actividades).
- Resultados. cada actividad deberá definir sus resultados e indicadores individuales. Los resultados principales serán evaluados mediante la encuesta anual, fijando como estándar los siguientes:
 1. Reducción de un 10% de prevalencia de síntomas emocionales en encuesta anual de profesionales.
 2. O reducción de personas a riesgo de *burnout* (según criterios MBI-HSS).

3. O un incremento de un 10% en las dimensiones de calidad de vida profesional (evaluado mediante CVP-35).

4. MODELO DE NEGOCIO

Para resumir y explicar la idea de “Cuidando Bierzo” de forma estructurada, se diseñó un canvas de modelo de negocio (Figura 3) con la propuesta de valor en el centro: un paquete de medidas integrales, basadas en la evidencia, de fácil acceso y amplia difusión para la mejora de motivación en el trabajo, el incremento de salud y resiliencia y la detección e intervención rápida y eficaz ante síntomas emocionales e incidencia de trastornos mentales en profesionales, en el que se detallan los clientes, canales de distribución, relación con los clientes, ingresos, recursos, actividades, socios estratégicos y estructura de costes.

CONCLUSIONES

Las organizaciones sobresalientes que aspiren a una gestión excelente, innovadora y sostenible deben dirigir sus esfuerzos a mantener y prevenir los aspectos de calidad de vida, bienestar y salud mental de sus trabajadores como motor del esfuerzo dirigido al logro de los objetivos. El papel de la motivación y los condicionantes psicosociales es de especial relevancia en organizaciones del campo de salud, donde la provisión de cuidados es altamente intensiva y crítica y aspectos como la calidad, eficiencia, accesibilidad y equidad dependen de forma directa de cuánto están dispuestos los profesionales a esforzarse en su trabajo y de que su estado de salud sea óptimo. Para ser capaces de abordar este problema es necesario ser consciente de que la fatiga, los síntomas mentales y el *burnout* son distintas facetas de un problema muy complejo que afecta a las organizaciones sanitarias y a la calidad de sus servicios.

Actualmente, la retención de profesionales y la implicación del fenómeno de la llamada “gran renuncia” suponen uno de los mayores desafíos de organizaciones sanitarias que, al menos en parte, pueden ser abordados a través de estrategias de mejora de la comunicación y la prevención de la salud mental.

Programas y planes como “Cuidando Bierzo” demuestran la posibilidad de abordar múltiples facetas de la salud y la motivación a través del esfuerzo combinado de equipos de Psiquiatría y Salud Mental junto con las Unidades de Calidad. Si bien la prioridad de atención se centra en la vigilancia de procesos sintomáticos, también es posible realizar actividades preventivas y de promoción de la calidad de vida en las que los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental juegan un papel muy importante.

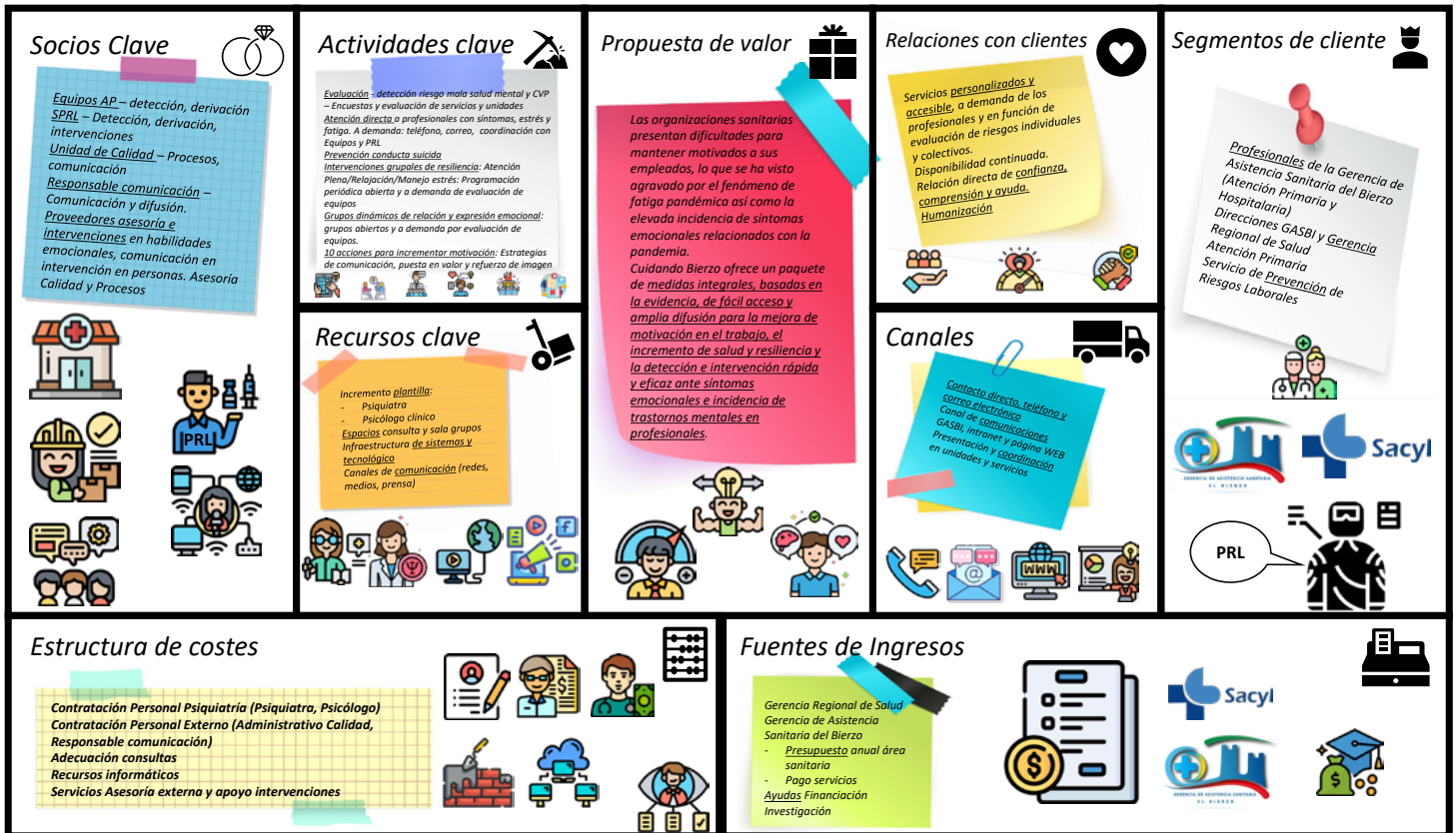


Figura 3. Canvas de modelo de negocio.

BIBLIOGRAFÍA

- Bhatnagar A, Scott K, Govender V, George A. Pushing the boundaries of research on human resources for health: fresh approaches to understanding health worker motivation. WHO South East Asia J Public Health. 2018 Apr 1;7(1):13–7.
- Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Soc Sci Med. 2002 Apr;54(8):1255–66.
- Antón C. The impact of role stress on workers' behaviour through job satisfaction and organizational commitment. Int J Psychol. 2009 Jun;44(3):187–94.
- Panari C, Caricati L, Pelosi A, Rossi C. Emotional exhaustion among healthcare professionals: The effects of role ambiguity, work engagement and professional commitment. Acta Biomedica. 2019 Jul 9;90:60–7.
- George AS, Campbell J, Ghaffar A, Abimbola S, AbuAlRub R, Bhatnagar A, et al. Advancing the science behind human resources for health: Highlights from the Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health. Health Res Policy Syst. 2018 Aug 14;16(1).
- World Health Organization (WHO). Pandemic fatigue Reinventing the public to prevent COVID-19 Policy framework for supporting pandemic prevention and management REVISED VERSION NOVEMBER 2020. Copenhagen, Denmark; 2020.
- Elia F, Vallelonga F. "Pandemic fatigue" or something worse? Recent Prog Med. 2020 Dec;111(12):788–9.
- Petersen MB, Rasmussen MS, Lindholt MF, Jørgensen FJ. Pandemic Fatigue and Populism: The Development of Pandemic Fatigue during the COVID-19 Pandemic and How It Fuels Political Discontent across Eight Western Democracies. PsyArXiv Preprints. 2021 Oct 23;
- Lluch-Sanz C, Galiana L, Doménech-Vañó P, Sansó N. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. Healthcare (Basel). 2022 Feb 1;10(2).

10. Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, Advani S, Batubara SO, Suarilah I, et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021 Sep 1;121.
11. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]*. 2021 Apr [cited 2022 Mar 3];14(2):90–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34127211/>
12. Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, Serra C, de Dios Molina J, López-Fresneña N, et al. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depress Anxiety*. 2021;38(5).
13. Mortier P, Vilagut G, Alayo I, Ferrer M, Amigo F, Aragónès E, et al. Four-month incidence of suicidal thoughts and behaviors among healthcare workers after the first wave of the Spain COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res*. 2022 May;149.
14. Alonso J, Vilagut G, Alayo I, Ferrer M, Amigo F, Aragón-Peña A, et al. Mental impact of Covid-19 among Spanish healthcare workers. A large longitudinal survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Apr 29;31:e28.
15. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020 Nov 5;2020(11).
16. Forner-Puntonet M, Fidel-Kinori SG, Beneria A, Delgado-Arroyo M, Perea-Ortueta M, Closa-Castells MH, et al. La Atención a las Necesidades en Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19. <https://journals.copmadrid.org/clysa>. 2021 Oct 5;32(3):119–28.
17. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):676.
18. World Health Organization (WHO). SUPPORTING THE MENTAL HEALTH AND WELL-BEING OF THE HEALTH AND CARE WORKFORCE CONTENTS. Copenhagen, Denmark; 2021.
19. Sociedad Española de Psiquiatría. Cuidando la salud mental del personal sanitario. Madrid; 2021.
20. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2021-2026 (Borrador). Madrid; 2021.



Propuesta de un Plan de Gestión para un Servicio de Psiquiatría: Ejemplo de la Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao



Leire Erkoreka

Jefa de Servicio de Psiquiatría de la OSI Barrualde-Galdakao,
IIS Biocruces Bizkaia, Universidad del País Vasco UPV/EHU,
CIBERSAM Instituto de Salud Carlos III
leire.erkorekagonzalez@osakidetza.eus

ABSTRACT

The design of management plans for medical services is an essential requirement for access to Head of Service positions in the Spanish public health system. Mental health has differentiating aspects with respect to other specialties, since its intra- and extra-hospital organization is often under the control of different organizations. Chronicity and the importance of multidisciplinary are other differential aspects in our specialty. This work exemplifies a Management Plan for a hospital Psychiatry Service, with pre- and post-graduate educational activity, providing care to a health area of around 300,000 inhabitants. After presenting the service, its organization and its activity, proposals are made for improvement in the care, organizational and teaching/research areas, and indicators of follow-up and/or compliance are also indicated to assess the degree of implementation.

KEYWORDS

Management Plan, Psychiatry, Mental Health, Hospital, Integrated Health Organization

RESUMEN

El diseño de planes de gestión de los servicios médicos es un requisito imprescindible para acceder a puestos de jefatura de servicio en la Sanidad Pública Española. La Salud Mental tiene aspectos diferenciadores respecto a otras especialidades, ya que su organización intra y extrahospitalaria, con frecuencia, se halla bajo el mando de distintas organizaciones. La cronicidad y la importancia de la multidisciplinariedad son otros aspectos diferenciales en la especialidad.

Este trabajo ejemplifica un Plan de Gestión para un Servicio de Psiquiatría hospitalario, con actividad docente pre y postgrado, que presta asistencia a un área sanitaria de en torno a los 300.000 habitantes. Tras la presentación del servicio, su organización y su actividad, se realizan propuestas de mejora en el ámbito asistencial, organizativo y docente/investigador, señalándose también indicadores de seguimiento o cumplimiento que permitan valorar el grado de implementación.

PALABRAS CLAVE

Plan de Gestión, Psiquiatría, Salud Mental, Hospital, Organización Sanitaria Integrada

INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO Y EL ÁREA SANITARIA

La Organización de Servicios Integrada Barrualde-Galdakao (OSI BG) está conformada por el Hospital Universitario Galdakao-Usansolo (HUGU, 383 camas), el Hospital de Gernika-Lumo y 17 puntos de Atención Primaria (de los que dependen 4 ambulatorios, 13 centros de salud y 57 consultorios), prestando asistencia sanitaria a la población de la comarca Barrualde de Bizkaia (País Vasco, España), que cuenta actualmente con 313.000 habitantes. El Servicio de Psiquiatría de la OSI BG se ubica en el HUGU y lo conforman la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), donde está también la Unidad de Alta Resolución (UAR), la Unidad Dual (UD), el Hospital de Día Zubia (HD Zubia), el Hospital de Día de Adolescentes (HDA), el equipo de Interconsulta (IC) y la Unidad de Consultas Externas (CCEE). Atiende también las urgencias psiquiátricas de la comarca en el Servicio de Urgencias (SU) del HUGU.

La asistencia psiquiátrica extrahospitalaria se articula desde la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), una OSI independiente de los hospitales generales de la provincia, que cuenta en la comarca con cinco Centros de Salud Mental, dos HD extrahospitalarios, un equipo de terapia asertiva comunitaria, un equipo de atención a primeros episodios psicóticos y un hospital psiquiátrico que ofrece continuidad asistencial en régimen de subagudos y rehabilitación.

2. ESTRUCTURAS FÍSICAS

El Servicio cuenta con dos unidades de hospitalización: la UHB y la UD. La UHB del Servicio es una unidad cerrada de 29 camas para pacientes agudos. La UD, por su parte, alberga a un máximo de 10 pacientes hospitalizados de forma programada para tratamientos por trastornos por uso de sustancias. El HD-Zubia, orientado a pacientes subagudos (prevención de ingresos o post-alta) cuenta con dos salas: la primera para la actividad ocupacional y de psicoterapia, y la segunda funciona como comedor y Enfermería.

El HDA es un dispositivo para el tratamiento intensivo de adolescentes, que tiene un programa para trastornos de conducta y por uso de sustancias, y otro para trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Es aldaño a la UD, de manera que en horario de tarde puede ser utilizado por los pacientes de la UD como sala de TV. Existen dos pasillos de CCEE, con 10 despachos para consultas y una sala de grupos, donde se atienden programas de enlace, e incluye también la Unidad de TCA de referencia para

la comarca y un programa específico para trastornos de la personalidad.

El equipo de IC se ubica en una sala de reuniones polivalente. Además, el Servicio cuenta con una amplia terraza de techo acristalado móvil, destinado a actividades grupales de pacientes ambulatorios y actividades de ocio de los pacientes hospitalizados. Finalmente, los psiquiatras del Servicio atienden las urgencias psiquiátricas en el SU, donde existen una consulta ambulatoria y dos boxes destinados preferentemente al uso de Psiquiatría. Además, de las Urgencias de Psiquiatría depende también la UAR, que cuenta con dos habitaciones (una doble y una individual) dentro de la UHB, destinadas a la observación o ingresos breves.

3. MARCO NORMATIVO

Para este proyecto de gestión se han tenido en cuenta los planes y estrategias vigentes en el Servicio Vasco de Salud (SVS) y, concretamente, la OSI BG en el momento de su elaboración, que impactan en la asistencia a la salud mental (SM): Marco Estratégico 2021-2024 del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, el Plan Estratégico de la OSI BG 2022-2025, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2026 y el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, la Instrucción núm. 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad de la Fiscalía General del Estado, el I Plan de Igualdad de Mujeres y Hombres de Osakidetza 2021-2024, el Plan Integral de Salud Mental de la Comarca Barrualde, el Plan de Humanización del Servicio de Psiquiatría de la OSI BG (Segunda redacción 4/2/2019), el Documento Salud Mental y Mujer del Consejo Asesor de Salud Mental del Gobierno Vasco y el III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El Plan de Gestión se comenzó a diseñar en el primer semestre del año 2022, ante la inminente convocatoria de cobertura de la jefatura del Servicio, tras la vacante generada por jubilación. La coyuntura sanitaria de los dos últimos años había forzado a reorganizar, modificar e iniciar nuevas actividades a marchas forzadas, con cambios que supusieron un detrimento de la asistencia y de la coordinación intraservicio, por lo tanto, se fueron revirtiendo en cuanto resultó posible. Otros, sin embargo, se adoptaron inicialmente desde la necesidad, pero resultaron en una mejora y, por lo tanto, se redefinieron en el contexto del proyecto. Además, se realizó teniendo como objetivos

principales el impulso de la cohesión del equipo de profesionales que conforman el Servicio, la disminución de la variabilidad, tanto en el reparto de cargas como en la propia actividad asistencial, y la necesidad de dar respuesta a los nuevos retos a los que se enfrentaba la OSI, más allá de la emergencia sanitaria, como son la ampliación de la Unidad Docente del Grado de Medicina de la Universidad del País Vasco (UPV) o el avanzar hacia una práctica clínica basada en el valor, entre otros.

CONTENIDO

1. ORGANIGRAMA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

El Servicio cuenta con distintos equipos, organizados en unidades, algunas de las cuales cuentan con una jefatura de sección específica y otras no, tal y como se muestra en la Figura 1. La coordinación interna se realiza mediante reunión diaria (pase de guardia) en la que participa todo el personal facultativo y parte del personal de enfermería, así como mediante reuniones multidisciplinares de equipo en cada sección (de cadencia variable según la sección).

La coordinación externa principal se realiza con los dispositivos extrahospitalarios de atención a la salud mental de la comarca Barrualde, pertenecientes a la RSMB. Existen canales directos y fluidos de comunicación informal que sirven para la coordinación de casos en el día a día. Además, se realizan reuniones bimensuales de los mandos

del Servicio y de la RSMB, en la que participan las jefaturas de Servicio/Comarca y de Sección/Centro, además de las supervisoras de ambos servicios.

Existe también relación con otros servicios del hospital, debido a que gran parte de la actividad en consulta externa son precisamente programas de enlace. En algunos casos, la relación es puntual, a través de la solicitud de IC, en otros, se dispone de programas colaborativos y se mantienen reuniones de periodicidad variable en función de las necesidades (Ginecología, Cardiología, Respiratorio, Endocrinología, Urología, Unidad del Dolor, Nefrología, Servicio de Urgencias). La actividad asistencial del Servicio se recoge en la Tabla 1. El Plan de Gestión sirvió además para actualizar la cartera de servicios.

El Servicio fue acreditado en el año 2020 como Unidad Docente Multiprofesional de SM, acogiendo desde entonces, además de los dos médicos/as internos/as residentes de Psiquiatría y un/a Psicólogo/a interno/a residente por año, a dos enfermeros/as internos/as residentes de Salud Mental. Poco antes, en el año 2019, la OSI BG se convirtió en la quinta Unidad Docente de Medicina de la UPV, así que además de los alumnos de enfermería que ya acogía en prácticas, el Servicio de Psiquiatría fue uno de los primeros de la OSI en impartir docencia pregrado a alumnos de Medicina. En este sentido, uno de los retos es comenzar la andadura docente con éxito y afianzarla como una elección atractiva tanto para alumnos pre como postgrado. Por otro lado, en el apartado de investigación,

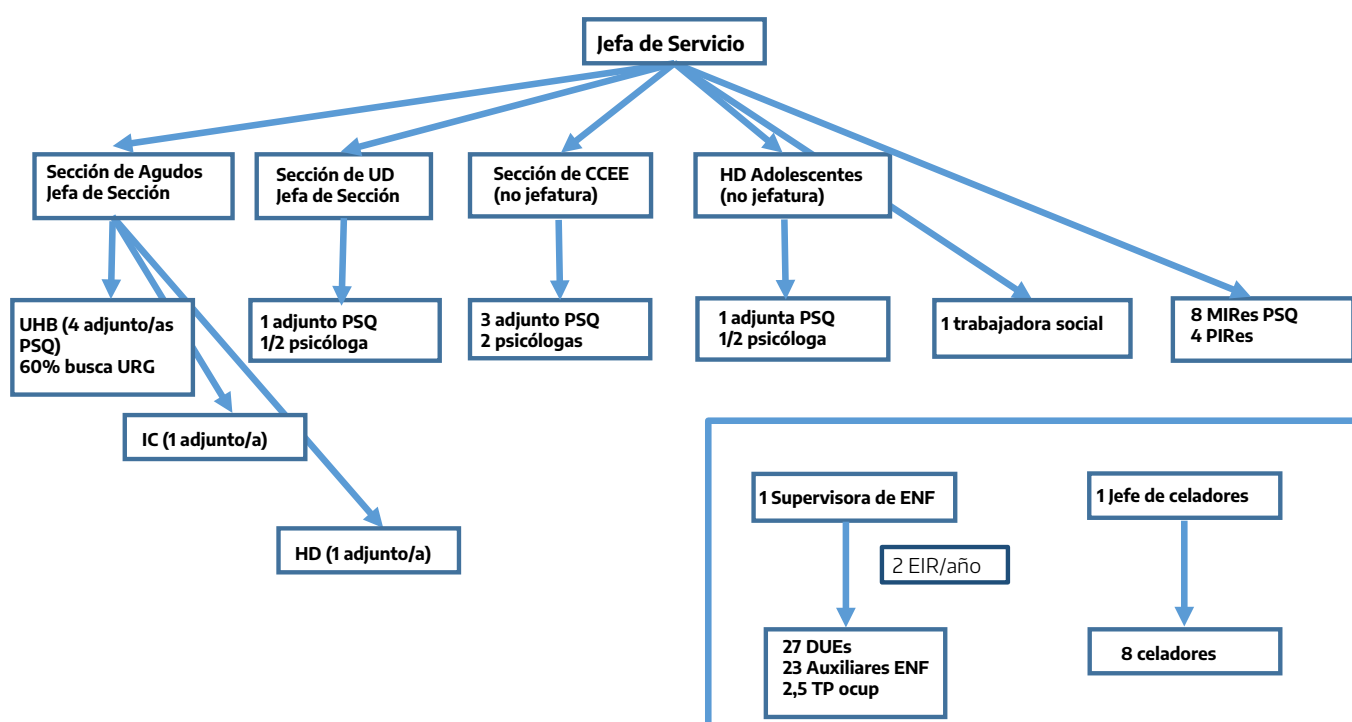


Figura 1. Organigrama y actividad asistencial, docente e investigadora

Actividad asistencial/año	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nº ingresos UHB	626	689	699	585	665	632
Nº ingresos UD	258	260	283	145	169	238
Nº primeras consultas CCEE	449	483	452	428	553	550
Nº consultas sucesivas CCEE	7.867	7.479	7.292	5.941	8.317	8.461
Nº pacientes atendidos CCEE	1.699	1.783	1.808	1.649	1.827	2.154
Nº pacientes terapia grupal	246	275	269	142	69	180
Nº pacientes atendidos HD Adul	86	97	100	102	130	80
Nº pacientes atendidos HD Adul*	-	-	-	-	17	37
Altas Urgencias PSQ (total)	1.399	1.924	1.924	1.655	1.969	2.400
Altas Urgencias PSQ (menores)	77	80	90	90	200	168
Interconsultas	641	698	833	921	1.009	1.029

*Inicio actividad noviembre 2021. UHB: Unidad Hospitalización Breve, UD: Unidad Dual, CCEE: Consultas Externas

Tabla 1. Actividad asistencial del Servicio.

existen varias líneas de trabajo en alianza con distintos grupos del entorno, siendo el principal reto comenzar a asumir el liderazgo de proyectos.

2. DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO. ANÁLISIS DAFO. MATRIZ DE IMPACTO

Las áreas de mejora detectadas a través del diagnóstico orientarán hacia los objetivos y las líneas de actuación que deberá abordar el Plan de Gestión. En el ámbito interno se han identificado las variables recogidas en fortalezas y debilidades; en el ámbito externo, por su parte, las detalladas en oportunidades y amenazas. En base a este análisis, se han diseñado unas estrategias que aprovechen las fortalezas, ayuden a mitigar o corregir debilidades, a utilizar las oportunidades y a prever los efectos de las amenazas. Tanto el análisis DAFO como las estrategias diseñadas se recogen en la Tabla 2.

3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

En base a la misión, visión y valores de la OSI BG, se realiza una propuesta de su adaptación al Servicio.

Misión. Atender las necesidades de SM de la población ofreciendo un servicio de calidad (fiable en cuanto a diagnóstico y resultados, seguro, accesible, coordinado, claro, cálido y que respete la opción lingüística) socialmente responsable, que atienda la promoción, la prevención y la atención de la SM.

Visión. Se aspira a la excelencia en la atención a la SM en cuatro ámbitos distintos:

- Pacientes: la excelencia, tanto en resultados como en calidad y calidez de la atención, promoviendo su participación activa en el sistema de salud.
- Sostenibilidad: ser referentes, eficientes y fomentar la coordinación sociosanitaria.
- Sociedad: contribuir al bienestar psíquico de la sociedad mediante la generación de conocimiento.
- Personas: favorecer la mejora e innovación, intensificar la comunicación interna y externa, reforzar el liderazgo participativo y la orientación a equipos, mejorar el conocimiento promoviendo la formación continuada y favorecer la coordinación efectiva con el resto de los agentes implicados en la atención a la SM de la población.

Valores. Se desea acometer estas tareas con cercanía, profesionalidad, compromiso, trabajo en equipo e innovación.

4. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE GESTIÓN

1. Homogeneizar la actividad y la práctica asistencial.
2. Sistematizar la revisión del registro de actividad y la puesta en común periódica de indicadores de actividad y resultados.
3. Incorporar novedades terapéuticas en programas específicos.
4. Consolidarse como referentes en materia de adicciones, TCA y SM perinatal.

Matriz de impacto DAFO Servicio de Psiquiatría OSI Barrualde-Galdakao		Oportunidades	Amenazas
		Población diana real y potencial	Competencia e intereses cruzados con otras OSIs
Incremento de demanda y necesidades generales	Desproporción entre la demanda y los recursos		
Incremento específico de la demanda en adolescentes	Falta de profesionales especializados en SM		
Nueva especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente	Fuerte competencia en las convocatorias de investigación		
Señalamiento, en el Marco estratégico del Dpto. de Salud, de la SM del niño y adolescente como prioridad	Falta de espacio		
Interés creciente en la SM perinatal en la población	Enfermedades emergentes		
Actitud favorable de la dirección ante nuevas propuestas del Servicio	Posible recesión económica		
La humanización como prioridad en las líneas estratégicas de la OSI			
Existencia de una Unidad de Investigación en el propio HGU			
Propuesta de incorporación de profesionales del equipo a grupo CIBERSAM			
Nueva estrategia estatal de SM			
Previsión de crecimiento de la Unidad Docente de Medicina			
Unidades de apoyo accesibles y receptivas (calidad, gestión sanitaria, económica)			
Fortalezas	Estrategias de éxito	Estrategias para evitar el desgaste	
Equipo amplio, formado y motivado			
Amplio número de programas y unidades especializadas	Consolidación como equipo referente en materia de adicciones, trastornos de conducta alimentaria y SM perinatal	Filtrar, organizar y adecuar la demanda para mantener la calidad	
Referentes en materia de adicciones	Consolidación conreferentes en humanización	Potenciar la imagen del Servicio para atraer profesionales Impulsar el HD Adolescentes para favorecer la consecución de los objetivos marcados	
Referentes en trastornos de la conducta alimentaria	Potenciar la asistencia a la SM adolescente		
Único programa de SM perinatal de la provincia	Desarrollar la atención centrada en el paciente, teniendo en cuenta su experiencia y poniendo el foco en la humanización	Solicitar la adecuación o anexión de espacios aledaños	
Inauguración reciente de nuevo dispositivo para atención intensiva a adolescentes	Mantener una coordinación de calidad con los referentes extrahospitalarios de SM, que permita avanzar en una atención continuada integrada		
Relación excelente, comunicación ágil y coordinación sistematizada con los responsables de RSMB-Barrualde			
Se cuenta con actividad docente desde la puesta en marcha de la Unidad Docente de la UPV			
Sinergias ya existentes con equipos y grupos de investigación de otros centros			
Trato humano, pacientes satisfechos			
Buena planificación de seminarios de formación de residentes			
Gran representación de profesionales del equipo en comités de la OSI			
Debilidades	Estrategias de ilusión	Estrategias de supervivencia	
Inercias del equipo en repartos de carga y práctica asistencial			
Resistencias al cambio	Establecer espacios para mejorar la comunicación y coordinación en el Servicio	Plan de investigación y publicaciones del Servicio	
Desinterés por la investigación y la difusión de resultados	Potenciar la investigación y las actividades de difusión	Planificar anualmente y de forma realista los proyectos a presentar a convocatorias de investigación	
Bajo porcentaje de profesionales incluidos en redes/grupos reconocidos de investigación	Definir con el Dpto. de Calidad canales para la valoración de la experiencia del paciente	Gestión basada en la eficiencia y el valor	
Escasas publicaciones	Sistematizar el análisis de indicadores y definir acciones en consonancia		
Cohesión y comunicación deteriorados tras dos años de pandemia	Sistematizar el análisis de cargas y redistribuirlas tras consulta en equipo		
Falta de tradición en la valoración sistematizada de la experiencia del paciente	Constituir un Servicio de elección prioritario en la formación de alumnos de pregrado y residentes		
Escasa atención a indicadores de resultados			
Desconocimiento del Servicio, hasta hace poco, por parte de alumnos de Medicina			

Tabla 2. Matriz de impacto DAFO.

5. Mejorar la atención a la población infanto-juvenil de la comarca.
6. Cohesionar el Servicio, al tiempo que se creen figuras claras de liderazgo tanto en programas asistenciales como en las secciones.
7. Avanzar en los objetivos de humanización, en el marco de la asistencia centrada en el paciente, incluyendo la mejora de espacios físicos.
8. Considerar la generación de valor en todos los procesos asistenciales.
9. Fortalecer la investigación y consolidar la docencia.
10. Incorporar la experiencia del paciente.
11. Alinearse, con carácter transversal, con los objetivos recogidos en los Planes de Euskera e Igualdad.

Se definieron indicadores de cumplimiento o resultado para cada uno de estos objetivos, de manera que resultasen medibles y pudiera monitorizarse el grado de implementación del proyecto a lo largo de los años de vigencia del Plan.

RESULTADOS

En base al DAFO y los objetivos generales del Plan de Gestión, se desarrollaron unos objetivos e indicadores específicos en el ámbito asistencial, organizativo y docente/investigador, que se resumen a continuación.

Objetivos asistenciales

1. Cuantificar y distribuir de forma equitativa las cargas de trabajo, a través del seguimiento mensual de la actividad desagregada por facultativo.
2. Mejorar la accesibilidad, la filtración de demanda y la citación, mediante la cuantificación de las derivaciones realizadas a los programas.
3. Homogenizar la asistencia a las patologías principales, creando/actualizando protocolos asistenciales.
4. Mantener una posición de referencia en los campos de las adicciones, los TCA y la SM perinatal, así como visibilizar la actividad. Se valorará a través del número de pacientes de fuera de la comarca y el número de noticias generadas.
5. Avanzar en la humanización de la asistencia y consolidarse como referentes en la especialidad, a través de la implementación del Plan de Reducción de Conten-

ciones y el seguimiento del número de actuaciones involuntarias.

6. Incorporar la experiencia del paciente y la evaluación de resultados en salud, desplegando encuestas al alta, a través de SMS, de valoración de la experiencia, y la incorporación de PROMs a la actividad asistencial.
7. Potenciar los programas de atención a población adolescente, realizando un seguimiento de la actividad en el HDA.
8. Implementar el Código de Intento Suicida Reciente, valorando su grado de cumplimiento.
9. Continuar avanzando en la innovación, explorando nuevas formas de asistencia. Se plantean como objetivos el mantenimiento de sesiones de entrenamiento metacognitivo en dispositivos de agudos/subagudos.
10. Promover una cultura de seguridad clínica, implementando medidas de valoración y actuación ante riesgo de violencia.
11. Garantizar la continuidad asistencial, realizando un seguimiento de las derivaciones realizadas a dispositivos de la RSMB.
12. Incluir actividades de prevención y promoción de la SM, a través de la implementación de actividades comunitarias.
13. Implicarse en el empoderamiento, implicación e información de pacientes y familiares, formalizando contactos periódicos con asociaciones.
14. Incorporar la perspectiva de género a la evaluación y los procesos asistenciales, desagregando indicadores asistenciales por sexo y manteniendo programas de atención específica a la mujer.

Objetivos organizativos

1. Mantener los espacios diarios de coordinación del Servicio y de las distintas secciones y establecer espacios mensuales para tratar aspectos organizativos, realizando un seguimiento del cumplimiento.
2. Crear un equipo de gestión del Servicio, el primer año de implementación del Plan.
3. Mantener una coordinación efectiva con responsables extrahospitalarios, a través del cumplimiento de las reuniones de coordinación, y la elaboración de un mapa de recursos de la comarca.

4. Consolidar referentes de programas, respetando la proporción de géneros del Servicio.
5. Garantizar la acogida a nuevos profesionales, mediante el desarrollo de manuales de acogida específicos de cada sección.
6. Mejorar la seguridad a través de la formación en desescalada y la intervención post-evento.
7. Establecer espacios de coordinación con otros servicios y cuantificando el número de reuniones
8. Adecuar y optimizar los espacios, estableciendo objetivos en la creación de nuevos despachos/salas.
9. Promover una gestión sostenible, a través de una revisión anual de gastos, y de calidad, participando en convocatorias que premian la gestión.
10. Asegurar la presencia del Servicio en espacios de decisión, a través de la participación activa en comisiones y grupos de trabajo tanto del entorno como de sociedades científicas.
11. Promocionar el uso del euskera en el ámbito laboral, facilitando medidas para su aprendizaje.

Objetivos en docencia/investigación

1. Ser referentes en formación pre y postgrado, ofertando una formación sólida y cálida y realizando un seguimiento del orden de elección del Servicio.
2. Potenciar y organizar la investigación en el Servicio, diseñando planes de convocatorias anuales.
3. Potenciar y organizar la difusión de resultados, tanto a través de publicaciones como con carácter presencial, en jornadas o congresos. Se realizará también a través de planes anuales.
4. Fomentar la formación continuada en el Servicio, manteniendo las sesiones intraservicio y promoviendo sesiones clínicas mensuales de expertos invitados.
5. Fomentar la formación continuada impartida desde el Servicio, cuantificando el número de formaciones realizadas.
6. Fomentar la formación continuada fuera del Servicio, priorizando aquella que lleve asociada actividad de difusión, así como la relacionada con programas específicos del Servicio.

CONCLUSIONES

Aunque se cuenta con un Servicio bien valorado en este entorno y con reconocido prestigio tanto en actividades asistenciales específicas como en el campo de la humanización, es necesario aprovechar los momentos de cambio para reflexionar y continuar mejorando lo anterior. El Plan de Gestión de la jefatura del Servicio tiene una duración de cuatro años, durante los cuales se intentará implementar en su totalidad.

Si bien ya se han descrito las líneas generales del Plan, destacar que la informatización de toda la actividad asistencial que se ha ido logrando progresivamente desde el año 2012, permite tener una visión precisa y desagregada tanto del volumen de tarea como, actualmente, también de la calidad (mediante la incorporación de escalas y formularios que quedan recogidos en el propio programa). Aprovechando las facilidades que brinda la explotación de estos datos, uno de los objetivos principales, en los que se hará mayor hincapié, es homogenizar la actividad, tanto a nivel de reparto de cargas entre facultativos, intentando evitar el desgaste, como a nivel de procesos asistenciales concretos. Resulta vital utilizar también estos recursos para cuantificar con precisión el número de pacientes y las necesidades ligadas a cada uno de los programas específicos, que hoy en día se desconocen.

La incorporación de la visión humanizadora a la actividad de la OSI se promovió desde el Servicio, y tiene un papel preponderante en las líneas estratégicas que guiarán su actividad los próximos años. El propósito es continuar avanzando en la asistencia, no solo eficiente sino también cálida y respetuosa, y valorar además la percepción de los pacientes sobre estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. OSI Barrualde-Galdakao. Memoria Anual OSI Barrualde-Galdakao 2021. OSI Barrualde-Galdakao/Dpto. de Salud del Gobierno Vasco; 2022.
2. Plan estratégico 2022-2025 OSI Barrualde-Galdakao. Osakidetza/Dpto. de Salud del Gobierno Vasco; 2022.
3. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Marco estratégico 2021-2024. Bilbao; 2020.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. 2021.
5. Fiscalía General del Estado. Instrucción núm. 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención

- mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. 2022.
6. Osakidetza, Departamento de Salud-Gobierno Vasco. I Plan de Igualdad de Mujeres y Hombres de Osakidetza 2021-2024. Vitoria-Gasteiz; 2021.
 7. Plan integral de Salud Mental. Manual de implantación para directivos. Red de Salud Mental de Bizkaia/OSI Barrualde-Galdakao; 2017.
 8. Plan de humanización del So Psiquiatría. OSI Barrualde-Galdakao. 2019.
 9. Grupo de trabajo Salud Mental y Mujer. Salud Mental y Mujer. Documento 14. Consejo Asesor de Salud Mental/Dpto. de Salud del Gobierno Vasco; 2019.
 10. III Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028. 1a. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2022.
 11. Arango C, Bernardo M, Bobes J, Martín M, González-Pinto A, Menchón JM, et al. Indicadores de calidad en Psiquiatría. Madrid: FEPSM; 2021.
 12. Sibalija J, Barrett D, Subasri M, Bitacola L, Kim RB. Understanding value in a healthcare setting: An application of the business model canvas. *Methodological Innovations*. septiembre de 2021;14(3):205979912110504.
 13. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. Foro Premio Albert Jovell; 2017.
 14. Thornicroft G, Tansella M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. En Madrid: Edit. Triacastela; 2005.
 15. Roca M (coor.), García EI (coor.). Criterios de calidad en Psiquiatría. Madrid: Luzán; 2016.
 16. José Martínez-Raga (dir.), Roberto Rodríguez-Jiménez (dir.). Proyecto UHB-MAP. Mapa de Unidades de Hospitalización Breve. 2019.
 17. Pereira C (dir.). Atlas de Salud Mental de Bizkaia 2013. Osakidetza/Dpto de Salud del Gobierno Vasco; 2013.
 18. Anseán A. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. Madrid: Saned grupo; 2012.
 19. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 17 de octubre de 2020;396(10258):1204-22.
 20. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline [NG10]; 2015.
 21. Askew L, Fisher P, Beazley P. What are adult psychiatric inpatients' experience of seclusion: A systematic review of qualitative studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. septiembre de 2019;26(7-8):274-85.
 22. Sarver WL, Radziewicz R, Coyne G, Colon K, Mantz L. Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 13 de enero de 2019;1078390318820668.
 23. Fischer R, Scheunemann J, Bohlender A, Duletzki P, Nagel M, Moritz S. «You are trying to teach us to think more slowly!»: Adapting Metacognitive Training for the acute care setting-A case report. *Clin Psychol Psychother*. 19 de mayo de 2022;
 24. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. Dpto. Sanidad Gobierno Vasco. Donostia; 2019.
 25. OMS/WHO. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Ginebra: World Health Organization; 2018.
 26. Bobes J, García-Portilla MP. Guía de acción tutorial y de evaluación del MIR en Psiquiatría. Madrid: FEPSM; 2020.
 27. Millán Núñez-Cortés J, García-Seoane J, Calvo-Manuel E, Díez-Lobato R, Calvo-Manuel F, Nogales-Espert A. Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario: La enseñanza de la medicina clínica. *Educación Médica*. marzo de 2008;11(1):3-6.

Plan Funcional para equilibrar la distribución de la carga de trabajo en un Centro de Salud Mental de Adultos de un área metropolitana de Barcelona



Sara Crivillés Mas

Psiquiatra Sénior en Hospital de la Santa Creu i
Sant Pau de Barcelona
saracrivillesmas@gmail.com

ABSTRACT

In this Functional Plan we will describe and analyze the specific situation of an Adult Psychiatry Outpatient Unit (CSMA), in relation to the distribution and assignment of work among the psychiatrists who carry out a Primary Care Support Program (PSP).

Our project starts from a situation of inequality in the distribution of work activity in CSMA, especially in terms of the implementation of the aforementioned PSP. However, this Functional Plan will also consider another type of support and institutional development activities that some of these psychiatrists carry out voluntarily as part of their workday, as well as the historical patient quota that each professional has. We know that workloads directly affect the psychophysical health of the worker. Achieving the well-being and satisfaction of the doctor will have an impact on the performance and quality of his work, and consequently on better performance and better care for the population. Based on this analysis, proposals will be made aimed at homogenizing the distribution of work, which will allow the management team to make equitable and dynamic decisions.

KEYWORDS

Functional Plan, Adult Psychiatry Outpatient Unit (CSMA), Primary Care Support Program (PSP), Workloads

RESUMEN

En este Plan funcional se describirá y analizará la situación concreta de un dispositivo de consultas externas de Psiquiatría de adultos - Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), en lo relativo a la distribución y asignación del trabajo entre los psiquiatras que realizan un Programa de Soporte a la Primaria (PSP).

Este proyecto parte de una situación de desigualdad en la distribución de la actividad laboral en el CSMA, sobre todo en cuanto a la implementación del mencionado PSP. No obstante, este Plan Funcional también considerará otro tipo de actividad de soporte y desarrollo institucional que algunos psiquiatras de consultas realizan de manera voluntaria como parte de su jornada laboral, así como la cartera histórica de pacientes (o cupo) que tiene cada profesional. Es sabido que la carga de trabajo incide directamente en la salud psicofísica del trabajador. Conseguir el bienestar y satisfacción del médico va a repercutir en el rendimiento y la calidad de su trabajo, y en consecuencia en un mayor desempeño y una mejor labor asistencial para con la población.

A partir de este análisis se elaborarán propuestas encaminadas a homogeneizar la distribución del trabajo, que permitirán que los responsables de gestión puedan tomar decisiones equitativas y dinámicas.

PALABRAS CLAVE

Plan Funcional, Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), Programa de Soporte a la Primaria (PSP), Cargas de Trabajo

INTRODUCCIÓN

1. MISIÓN Y VISIÓN

Este Plan Funcional tiene la misión de distribuir equitativamente el trabajo de los psiquiatras del CSMA y, en especial, en lo referente a la aplicación homogénea del PSP en todos los Centros de Atención Primaria (CAP). En segundo lugar, dado que es sabido que la carga de trabajo incide en la salud física y mental del profesional, este Plan pretende velar por un buen clima laboral y por la salud del profesional, para que pueda cumplir satisfactoriamente con la misión última de proporcionar la mejor asistencia sanitaria posible a la población de referencia.

La visión de este proyecto se centra en la elaboración de una propuesta equitativa y para ello, se calculará la carga mental del trabajo de cada uno de los 13 profesionales que participan en el PSP. No se considerarán aspectos de carga física porque no aplican a la labor de estos profesionales.

Por confidencialidad, se mencionará a los profesionales con letras y a los CAP con números.

2. LA CARGA DE TRABAJO Y SU EVALUACIÓN

La carga de trabajo se define como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se somete al trabajador a lo largo de su jornada laboral. En el caso de los psiquiatras, aplicará la carga mental, que se define como el conjunto de requerimientos mentales, cognitivos o intelectuales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral, es decir, nivel de actividad mental o de esfuerzo intelectual necesario para desarrollar el trabajo¹. Para evaluar esta carga mental existen diferentes métodos objetivos, conocidos como métodos globales de evaluación de las condiciones de trabajo^{2,3}. En línea con esta metodología, para este proyecto se han consensuado con la Dirección unos baremos de puntuación que consideran básicamente la dedicación horaria a la tarea y el nivel de atención del contenido de ésta. En adelante, la referencia a carga de trabajo se referirá a la carga mental del contenido de la tarea.

Baremo de puntuaciones de la carga de trabajo y justificación

Se clasificarán las actividades y circunstancias que conforman la carga de trabajo de los profesionales del CSMA que atienden al PSP y se les otorgará una puntuación según un baremo de consenso. Los criterios de ponderación de las diferentes tipologías de actividades o circunstancias laborales identificadas para calcular la carga de trabajo se han valorado desde una perspectiva macro, entendiendo que en una segunda fase del proyecto habrá que analizar en detalle para afinar mejor esta ponderación y así asegurar la fiabilidad en el cálculo posterior de las cargas de trabajo de los profesionales. La ponderación tiene que permitir

la comparación de la complejidad y la dedicación, como variables cuantitativas y cualitativas de las actividades, permitiendo este factor de conversión entre ellas.

- 1 día asistencial en CSMA o AP (PSP) puntúa 1.
- 1 día de investigación puntúa 1,2 (más que un día asistencial porque resta 1 día de disponibilidad en CSMA para visitar pacientes).
- 1 hora de docencia a la semana puntúa 1 (implica al menos 1 día de trabajo complejo para la preparación y actualización de conocimientos).
- La responsabilidad de un ámbito asistencial o subprocesos puntúa 0,5 (equiparable a dedicar media jornada asistencial para tareas organizativas/formativas).
- PSP: se puntúa según el número de médicos de Familia del CAP (en base al cálculo de la ratio de médicos necesario por población referente), o sea, 1 médico de Familia puntúa 1.
- El cupo de pacientes (o histórico) se obtendrá con el número de pacientes activos de cada psiquiatra visitados en 6 meses. Para calcular esta carga se dará 1 punto por cada 10 pacientes, que serían los que se visitan de promedio en un día asistencial.

3. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y COLECTIVOS

Este proyecto se centra en 3 colectivos correspondientes a una región sanitaria de un área metropolitana de Barcelona y comprende un total de 433.590 ciudadanos asegurados:

- Equipo de Psiquiatría del (CSMA), entidad proveedora de servicios para el CatSalut. Receptores de la derivación de pacientes: 13 psiquiatras.
- Equipo de médicos de Familia de los ambulatorios de atención primaria (CAP) a los que se presta la cartera de servicios de Salud Mental. Emisores de las derivaciones de pacientes: 15 CAP.
- Población a quién se ofrece la asistencia en Salud Mental (beneficiarios del acto sanitario).

4. NECESIDADES DE LOS COLECTIVOS PROFESIONALES

Se pueden definir y enmarcar en base a la actividad que realizan en el PSP. El PSP se inició en el año 2006 y se implantó en el 50% del territorio hasta que a partir del 2017-2018 se acabó de generalizar con la llegada de dotación presupuestaria.

Los puntos básicos del PSP son los siguientes:

- Presencia física de profesionales de Salud Mental en el CAP.
- Colaboración y desarrollo de actividad asistencial (visitas, reuniones de interconsulta de casos).
- Atención psicoeducativa y psicológica de baja intensidad.

Mejorando la distribución del PSP en CSMA se puede conseguir una colaboración más homogénea entre el equipo de Salud Mental (SM) y el equipo de Atención Primaria (EAP) y un mejor clima laboral entre los colectivos implicados. La población del territorio, como destinatarios finales del PSP, se beneficiarán de este Plan, en tanto que sus médicos referentes y especialistas les podrán atender de manera más equitativa y en un clima laboral más favorable.

CONTENIDO

1. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN PROCESOS

Desde el año 2016, en el CSMA se canaliza la asistencia a través de una organización matricial de estructuras y procesos. Se dispone de 3 procesos (psicosis, afectivos y ansiedad, y drogas) a los que transversalmente se añaden los profesionales de psicología, trabajo social, enfermería y la gestión administrativa. En este proyecto se contempla la labor de los psiquiatras de los procesos de psicosis (7 psi-

quiатras) y de afectivos (11 psiquiatras), y en concreto los que participan del PSP (también se consideran 2 plazas vacantes, VACANTE A y VACANTE B).

En el proceso de psicosis se atienden esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico no especificado (los primeros episodios acuden a un programa específico); en el proceso de afectivos se atienden trastornos depresivos, trastorno bipolar (tipo I y II), TOC, trastornos de ansiedad. Otros diagnósticos no dependen de los procesos y los asume el psiquiatra referente de zona: TDAH, autismo y trastorno generalizado del desarrollo, trastornos de la personalidad. A parte, existen los programas específicos para pacientes que cumplen los criterios: programa SEMSDI para la discapacidad intelectual y PEPs para los primeros episodios psicóticos.

En la Tabla 1 se muestra la distribución de psiquiatras en el PSP y la dotación de médicos de Familia y Comunitaria en los EAP según población y criterios.

2. ANÁLISIS DE PARTIDA

Se utilizará la herramienta de planificación estratégica DAFO que se complementará con un análisis CAME, herramienta que permite definir el enfoque de las estrategias que se concretan en la propuesta del Plan. Las directrices para las propuestas del Plan surgirán de este ejercicio.

Nombre EAP / CAP	Población adultos	Ratio Médicos Familia	Psiquiatra
			Periodicidad PSP
CAP 1	29.722	20,00	FE 3 días/mes
CAP 2	25.439	19,16	RG 3 días/mes
CAP 3	21.946	17,27	DS 2-3 días/mes
CAP 4	17.583	15,89	JeP 2-3 días/mes
CAP 5	19.473	15,02	JP 2 días/mes
CAP 6	18.125	14,37	VACANTE A 2 días/mes
CAP 7	16.097	12,82	VACANTE B 1-2 días/mes
CAP 8			VACANTE B 2 días/mes
CAP 9	13.995	12,67	CI 2 días/mes
CAP 10	27.873	23,62 (2= 11,81) 2 CAP, 2 psiquiatras	EA- 2 días/mes CN- 2-3 días/mes
CAP 11	13.510	10,96	AF 1 día/mes
CAP 12	12.729	10,49	AC 2-3 días/mes
CAP 13	7.747	7,62	MS 2 días/mes

Tabla 1. Población de adultos y ratio de médicos de Familia (MF) asignada por EAP, de mayor a menor.

Análisis DAFO

En la tabla 2 se muestra el análisis DAFO.

Análisis CAME

Debilidades que corregir:

- Falta de indicadores globales de la carga de trabajo del profesional. El Plan contempla una evaluación continuada en base a objetivos e indicadores medibles.
- PSP en CSMA repartido con desigualdad crea insatisfacción al psiquiatra. El Plan define este punto como el principal objetivo.
- PSP ejecutado con desigualdad crea insatisfacción a Primaria. El Plan pretende repartir el PSP equitativamente entre profesionales y velar por su aplicación homogénea, a través de objetivos e indicadores comunes que se definirán para la actividad del PSP.

Fortalezas para mantener:

- Equipo de Psiquiatría de CSMA cohesionado. El Plan mantendrá o fortalecerá este punto.
- CAP de área receptivo, sensibilidad a demandas de mejora. El Plan cuenta con la aprobación de la Dirección.
- PSP establecido en la zona desde hace años. No hay que modificar el PSP, ya se dispone de la infraestructura física y de la experiencia del personal de SM y AP; hay que homogeneizar su aplicación.

Amenazas que afrontar:

- Una Atención Primaria infradotada repercute en derivaciones inadecuadas. Más que nunca, hay que promover un PSP potente, equitativo y útil para todos los profesionales implicados, con interconsultas dinámicas y formativas.

Oportunidades para explotar:

- Telemedicina, las videoconsultas para pacientes seleccionados puede fomentar cumplimiento. También es útil para coordinación SM con AP (interconsultas del PSP). Hay que promover su uso en determinadas circunstancias para favorecer coordinaciones de profesionales y vincular pacientes que tienen dificultades para la asistencia presencial.

Cálculo de la carga de trabajo del psiquiatra del PSP

El objetivo principal del Plan es homogeneizar la carga de trabajo de los psiquiatras, dato que igualmente se desprende del anterior análisis DAFO-CAME. No obstante, también se considerará la carga de trabajo correspondiente a otras actividades y al cupo histórico de pacientes. Este cupo histórico se obtendrá de una revisión del número de pacientes atendidos por el psiquiatra en un período de medio año (enero 2021-junio 2021). Entonces, la carga total de trabajo resultará de la suma de la carga de las actividades más la carga del cupo.

Debilidades (internas)	Amenazas (externas)
Recambio de profesionales	Epidemia en Salud Mental post COVID, aumento de demanda en un sistema con alta presión asistencial
Vacantes no cubiertas	AP infradotada efectúa derivaciones inadecuadas
Falta de indicadores de resultados del modelo actual de procesos	Telemedicina en AP para pacientes de Salud Mental es un abordaje de baja calidad
Falta de indicadores globales de la carga de trabajo del profesional	
Alta actividad asistencial con poco tiempo para la investigación	
CSMA es un dispositivo poco atractivo (vs. hospitalización, domiciliaria, nuevos programas)	
PSP en CSMA con desigualdades crea insatisfacción al Psiquiatra	
PSP ejecutado con desigualdades crea insatisfacción a Primaria	
Fortalezas (internas)	Oportunidades (externas)
Equipo Psiquiatría CSMA cohesionado	Telemedicina, video consultas para pacientes seleccionados puede fomentar cumplimiento. También para coordinación PSP (interconsultas)
CAP área receptivo, sensibilidad a demandas de mejora	Crecimiento del departamento I+D en el hospital para profesionales con interés en investigación
PSP establecido en la zona desde hace años	Nuevos profesionales de soporte para AP y SM - Referentes de bienestar emocional
Hospital Universitario, posibilidades docentes e investigadoras para profesionales	

Tabla 2. Matriz DAFO.

Cálculo de la carga de actividades, carga del cupo y carga total

En las tablas 3, 4 y 5 podemos observar ejemplos de cálculo de la carga de actividades, carga del cupo y carga total:

PSIQUIATRA	ACTIVIDADES y PUNTOS	CARGA ACTIVIDADES (pt)
MS	4 días asistencia = 4	14,82
	1 día investigación = 1,2	
	Ratio MF = 7,62	
	2 Responsabilidades = 1	
	Clases universidad = 1	

Tabla 3. Ejemplo de puntuación de la carga de actividad del PSP para el psiquiatra MS.

PSIQUIATRA	CUPO PACIENTES	CARGA CUPO (pt)
MS (CAP 13)	335 pacientes	335:10 = 33,50

Tabla 4. Ejemplo de puntuación de la carga del cupo de pacientes del psiquiatra MS.

CARGA ACTIVIDADES	CARGA TOTAL: actividades + cupo
14,32	14,82 + 33,50 = 48,32

Tabla 5. Ejemplo de cálculo de la carga total de actividades añadiendo la carga del cupo para obtener la carga total del psiquiatra MS.

RESULTADOS

El resultado del cálculo de la carga de trabajo de todos los psiquiatras se puede resumir en una clasificación en 4 rangos (tabla 6), que se califican con el siguiente gradiente de intensidad: muy alta (+++), alta (++) , media (+) y baja (-).

Se obtiene una media de la carga de 41,79 puntos, situada en la zona baja del rango de carga alta. Con el fin de equilibrar la carga de trabajo, la recomendación fundamental de esta propuesta es conseguir una distribución del trabajo de manera que las puntuaciones tiendan a aproximarse, en el punto de partida del Plan, a la carga

media teórica de 41,79. De todas formas, al tratarse de un modelo dinámico, con un flujo variable de entrada y salida de pacientes que modificará la carga a lo largo del tiempo, donde las actividades de los profesionales también están sujetas al cambio, habrá que revisar periódicamente las cargas y ajustar las propuestas.

1. FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA DEL PLAN

Puntuación por objetivos con indicadores

Cuando se perfeccione este modelo de atención por procesos se podrán puntuar las actividades de cada psiquiatra de manera pormenorizada e individualizada, según

RANGO DE CARGA	PSIQUIATRA
Carga Muy alta (+++), superior a 50 pt	VACANTE B
	RG
	FE
	EA
Carga Alta (++), de 40-50 pt	MS
	JeP
	CN – MEDIA DE LA CARGA
Carga Media (+), de 30-40 pt	CI
	AC
	DS
	JP
	VACANTE A
Carga baja (-), inferior a 30 pt	AF

Tabla 6. Rangos de carga total.

consiga o no unos objetivos/indicadores de las actividades. Estos indicadores los establecerá el equipo directivo junto con el profesional implicado y podrán utilizarse también como objetivos de las direcciones por objetivos (DPO).

Puntos clave de la propuesta

Este Plan Funcional describe una primera fase que enlazará con otras fases que se exponen a continuación. La fase actual es la 1ª Propuesta teórica del Plan Funcional, con un cálculo teórico que contempla un cumplimiento total de indicadores y no otorga puntos extra al PSP.

Las fases futuras son:

- 2ª. Se fijarán los indicadores para cada actividad y se presentarán y pactarán con los profesionales implicados. Estos indicadores se corregirán o ponderarán con indicadores básicos de calidad: número de reclamaciones y tiempo de respuesta, solicitudes de cambio y porcentaje de reconducción, accesibilidad de la AP para primeras visitas y procesos preferentes (altas de hospitalización y Código Riesgo de Suicidio (CRS) en menos de una semana), tasa de absentismo de seguimientos, porcentaje de pacientes desvinculados y cumplimiento de objetivos del CatSalut, (especialmente los indicadores de farmacia)⁵.
- 3ª. Implementación progresiva de estrategias para equiparar inicialmente la carga de trabajo a lo largo de 2 años.

- 4ª. Primer análisis o cálculo real de las cargas 2 años después de la fase 3ª. Se habrán implementado las estrategias de equiparación de cargas y se podrán evaluar las actividades según los indicadores establecidos. Deberían encontrarse cargas más equitativas entre profesionales que en el cálculo teórico de la 1ª fase.
- 5ª. Cálculo anual de cargas totales de trabajo para cada profesional. Si procede, reformulación anual de indicadores y de nuevas propuestas de equiparación de cargas.

Propuestas para la equiparación inicial de cargas (fase 3ª)

Primeramente, se calculan los puntos de desviación de la media de la carga de trabajo, que se reflejan en Tabla 7.

Se detectan 5 psiquiatras que asumen una carga superior a la media, 5 que asumen una carga inferior y uno que se sitúa en la carga media, no se consideran las vacantes por no poder ser incluidas en las propuestas.

Propuesta de equiparación de carga intraproceso de afectivos con parejas. Se observa que las disparidades en las cargas de este equipo se explican en gran medida por diferencias de cupo, que oscilan desde 34,90 para EA, hasta 10,40 para JP. Por lo tanto, en este caso la propuesta de este Plan será equiparar cargas con traspaso de cupo en parejas, de la siguiente

PSIQUIATRA	CARGA TOTAL: actividades + cupo		Desviación
RG	24,16 + 28,50 = 53,66	(+++)	53,66 - 41,79 = 11,87
FE	25,20 + 28,40 = 53,60	(+++)	53,60 - 41,79 = 11,81
DS	22,47 + 10,50 = 32,97	(+)	32,97 - 41,79 = -8,82
JeP	20,89 + 23,70 = 44,59	(++)	44,59 - 41,79 = 2,80
JP	20,72 + 10,40 = 31,12	(+)	31,12 - 41,49 = -10,67
VAC A	19,57 + 11,20 = 30,77	(+)	
VAC B	18,02 + 37,30 = 55,32	(+++)	
CI	17,87 + 18,60 = 36,47	(+)	36,47 - 41,79 = -5,32
EA	17,51 + 34,90 = 52,41	(+++)	52,41 - 41,79 = 10,62
CN	16,81 + 24,80 = 41,61	(++)	41,61 - 41,79 = -0,18
AF	16,16 + 10,80 = 26,96	(-)	26,96 - 41,79 = -14,83
AC	15,99 + 19,60 = 35,59	(+)	35,59 - 41,79 = -6,20
MS	14,82 + 33,50 = 48,32	(++)	48,32 - 41,79 = 6,53

Tabla 7. Rangos de carga total de trabajo de los Psiquiatras del PSP.

te manera: MS traspasará 6,53 puntos de cupo a DS, es decir, 65 pacientes, resultando MS y DS con cargas cercanas a la media. EA traspasará 10,62 puntos de cupo a JP, es decir, 106 pacientes, resultando EA y JP con cargas cercanas a la media. No se modificará a CN ni a CI por proximidad a la media.

Propuesta de equiparación de carga intraproceso de psicosis con parejas. Las disparidades en las cargas de este equipo se explican principalmente por diferencias en actividades (donde el principal peso es el PSP o MF), por lo que se plantea que los ambulatorios grandes de RG y FE tengan dos referentes. Así, RG traspasará 5 puntos de cupo a AF (50 pacientes) y cederá 6 MF a AC que acudirá al CAP de RG 1 vez al mes, resultando AC y RG con cargas cercanas a la media. AC atenderá las derivaciones de 6/19 médicos seleccionados del CAP originario de RG. FE traspasará 5 puntos de cupo a AF (50 pacientes) y cederá 6 MF a AF que acudirá al CAP de FE una vez al mes, resultando AF y FE con cargas cercanas a la media. (AF atenderá las derivaciones de 6/20 médicos seleccionados del CAP originario de FE). No se modificará a JeP por proximidad a la media. Finalmente, se reajustarán los resultados por salvedades individuales, que se acordarán entre el profesional y la Dirección a la hora de fijar los objetivos con indicadores.

Otras propuestas. Cambios de referentes del PSP, aumentar días de visita. Se trata de adjudicar un Área Básica de Salud (ABS) con mayor número de MF a profesionales que no están vinculados a actividades de docencia, investigación ni responsabilidades, ya que dispondrán de los 5 días para visitar. En el caso de profesionales que disponen de un día de investigación, se trata de renunciar a él las temporadas que no tengan un proyecto en curso (abrir agenda transitoriamente).

CONCLUSIONES

Este Plan ofrece el esqueleto para el cálculo de un modelo de carga de trabajo equitativo en CSMA, donde podrán añadirse indicadores en cada actividad que aporten más precisión y que a su vez sean estímulos para el desempeño del profesional. En este análisis se ha presupuesto que se cumplieran todos los indicadores y no había puntos extra, con lo cual los resultados son teóricos.

Es importante señalar que esta equiparación de cargas inicial, la propuesta de traspaso de cupo debería ser una estrategia inicial a evitar en sucesivas revisiones de la propuesta (fase 5ª), dado que va en contra de la filosofía del Servicio, que prioriza la atención de un paciente con un mismo profesional de manera mantenida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arquer M. Carga mental de trabajo: fatiga. Notas Técnicas de Prevención NTP- 445. Madrid: INSHT; 1997.
2. Chavarria R. Análisis de las Condiciones de Trabajo: Método de Perfiles de Puesto". In: Madrid: INSHT Notas Técnicas de Prevención NTP-176. 1986.
3. Pérez Morral F. Evaluación de las Condiciones de Trabajo: el método LEST. Notas Técnicas de Prevención NTP- 175. Madrid: INSHT; 1986.
4. Moreno N, Pera G, Medina M, Morral R, et al. Determinantes de la frecuentación en Atención Primaria en Cataluña [Primary Care frequentation determinants in Catalonia]. Atención primaria. 2021; 53(1), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.015>
5. Ansean A. Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental Vol II. Edicomplet S.L; 2012.

Integración sanitaria y social desde la hospitalización parcial en salud mental, asistencia comunitaria con perspectiva de salud pública



Julio César Figueroa

Psiquiatra y Coordinador Hospitales de Día de Adultos de Reus y de Tarragona, Hospital Universitario Institut Pere Mata

ABSTRACT

The adult day hospital (HDA) is an intensive partial hospitalization resource where multidisciplinary community care projects are developed for a certain time, based on the commitment and voluntary participation of people with complex mental health problems. The attention is built on three transversal and interconnected axes: the recovery of the person as the center, the recognition and interaction of their individuality and the community axis made up of users, professionals, teams and institutions and the social context. The development of community programs with a public health perspective implies multisectoral planning, coordination and integration, in a process of care continuity outside the hospital environment that favors health, autonomy, integration and development of the functional diversity of people, seeking to rebuild our social context with greater opportunities for enjoyment and individual and collective growth. This work is born from the reflective and critical exercise of the HDA considering the opinion of the teams, the individuality of the professionals, the demands and suggestions of the referrals, the needs, demands and recommendations of the users and their socio-family referents, from the changes and new paradigms that society and life itself imposes on us

KEYWORDS

Day Hospital, Community, Recovery, Public Health

RESUMEN

El Hospital de Día de Adultos (HDA) es un recurso de hospitalización parcial intensivo donde se desarrollan proyectos de atención multidisciplinar comunitaria durante un tiempo determinado, desde el compromiso y participación voluntaria de personas con problemas complejos de salud mental. La atención se construye en tres ejes transversales e interconectados: la recuperación de la persona como el centro, el reconocimiento e interacción de su individualidad y el eje comunitario conformado por usuarios/as, profesionales, equipos e instituciones y el contexto social. El desarrollo de programas comunitarios con perspectiva de salud pública implica una planificación, coordinación e integración multisectorial, en un proceso de continuidad asistencial fuera del ámbito hospitalario que favorezca la salud, autonomía, integración y desarrollo de la diversidad funcional de las personas, buscando reconstruir el contexto social con mayores oportunidades de disfrute y crecimiento individual y colectivo. Este trabajo nace del ejercicio reflexivo y crítico de los HDA considerando la opinión de los equipos, la individualidad de los profesionales, las demandas y sugerencias de los derivadores, las necesidades, demandas y recomendaciones de usuarias/os y sus referentes sociofamiliares, desde los cambios y nuevos paradigmas que la sociedad y la vida misma impone.

PALABRAS CLAVE

Hospital de Día, Salud Mental, Comunitaria, Recuperación, Salud Pública

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, la vida como un estado continuo y dinámico, reactivo y cambiante, muestra en distintos tiempos y contextos, fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades y la capacidad de adaptación y resiliencia.

Este estado continuo necesita valores que mantengan el concepto de salud como un derecho universal, fundamental e inalienable para todas las personas, garantizando la igualdad, la accesibilidad y la calidad en la atención. Valores y estrategias que aborden los problemas de salud y las necesidades más allá del concepto biomédico de curar o reparar por el de promover y prevenir, a favor del bienestar y el desarrollo individual y social. Este desarrollo, se apoya en la evidencia científica, la integración biopsicosocial y espiritual, la coordinación y el soporte multisectorial a lo largo del ciclo vital de las personas y de las sociedades².

Cabe resaltar que la salud es el resultado de la interrelación de distintos factores en la persona, entre las personas y con el entorno. En este sentido se ha encontrado que un 80% de los determinantes en salud se encuentran fuera del ámbito sanitario³, motivo por el cual las intervenciones desde los diferentes sectores y de manera interrelacionada pueden generar un mayor impacto en la salud, la calidad de vida y el estado de bienestar de la sociedad.

En relación con el estado de bienestar, se estima que una de cada cuatro personas tendrá problemas de salud mental (SM) al menos una vez en la vida y su incidencia en la población va creciendo, dando como resultado un aumento en la discapacidad y en los costes socioeconómicos, inclusive por encima de otras patologías⁴. En Cataluña, según el Informe de Salud de 2020⁵ la prevalencia de padecer un problema de SM o una adicción es del 20,34% en los hombres y del 26,92% en las mujeres (7,4% y 14,17% prevalencia al año, respectivamente); unas tasas superiores a las españolas y muy similares a las europeas, donde también aparecen diferencias significativas en relación con el género, el nivel socioeconómico y la edad. La huella de la COVID-19 ha generado una crisis mundial con aumento en los problemas de SM, especialmente la ansiedad y la depresión, que aumentaron en un 25% durante el primer año de la pandemia, que además se acompañó de un aumento significativo en la demanda de atención sanitaria y de dificultades en el acceso a los recursos de salud⁶.

Es por ello por lo que la atención en SM es una condición indispensable para el desarrollo de la calidad de vida y el ejercicio pleno de una ciudadanía en la que se conjugan derechos y deberes (Declaración de Helsinki 2005) “no hay salud sin salud mental”⁷. El plan de acción para la SM de la OMS 2013-2030⁸ establece cuatro objetivos:

1. Reforzar el liderazgo y la gobernanza para la SM.
2. Proveer servicios de atención en SM y social integrados y basados en recursos comunitarios.
3. Implementar estrategias para la prevención y promoción de la SM.
4. Reforzar los sistemas de información, la evidencia, la investigación y la innovación.

Así mismo, el informe mundial de SM de la OMS de 2022², propone un cambio y una reestructuración en los servicios de SM en la atención comunitaria, aunando esfuerzos con la atención primaria, no limitando el foco de atención al sector salud y ampliando la atención de los trastornos comunes e interviniendo los trastornos graves fuera de los hospitales psiquiátricos.

Dentro de este marco, en España La Ley General de Sanidad⁹ (1986) estableció que la atención a los problemas de SM se realice en el ámbito comunitario, potenciando los servicios ambulatorios, entre ellos el programa de hospitalización parcial (hospital de día). Los cambios siguientes y el desarrollo normativo en las distintas comunidades autónomas han orientado el enfoque de la atención en SM centrada en la persona y sus necesidades, basándose en los derechos de la ciudadanía, la inclusión social, la lucha contra el estigma, la promoción y la prevención de la SM, así como la recuperación funcional de las personas.

Desde este enfoque, el HDA aporta un modelo asistencial multidisciplinar, flexible, intensivo, coordinado y coste-eficiente que sigue las directrices del Ministerio de Sanidad y del Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya^{10,11}. Este enfoque asistencial proactivo y comunitario, implica una planificación que traspasa a los dispositivos, buscando la integración multisectorial en un proceso de continuidad asistencial con la atención centrada en los y las usuarias, desde la perspectiva de la recuperación.

Así mismo, la perspectiva de la recuperación centra el acompañamiento en la construcción o restablecimiento de un proyecto de vida con sentido y satisfacción para las personas, definido por ellas mismas e independiente de la evolución de sus síntomas o problemas, redescubriendo su identidad personal en un proceso de inclusión

social en el medio comunitario y no en los servicios asistenciales¹².

Los HDA registran en los últimos años un aumento en el número de derivaciones a expensas de personas con trastornos afectivos, trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad, entre otros diagnósticos, motivo por el cual se han diseñado programas, así como grupos relacionados con las características sintomáticas disfuncionales, sostenidos desde la disponibilidad, flexibilidad y capacidad adaptativa de los equipos HDA, apoyados en los tres ejes de intervención desde los cuales se desarrolla este Plan Funcional:

- Eje 1 centrado en la atención.
- Eje 2 centrado en el reconocimiento.
- Eje 3 centrado en la comunidad.

Un Plan Funcional (PF) es el producto del análisis de la situación y de las necesidades de una organización o recurso, el uso de la metodología DAFO permite valorar los elementos internos, externos, positivos y negativos que permitan generar las estrategias adecuadas para conseguir los objetivos (metodología SMART) alineados con este propósito y alcance. Este PF se reformula y rediseña con los HDA del Hospital Universitari Institut Pere Mata de Reus y Tarragona, como parte de los cambios y necesidades de usuarias/os, profesionales HDA y derivadores, sumado al trabajo reflexivo y de gestión sanitaria que busca mejorar la atención y calidad de vida de las personas a través de la integración social y sanitaria en comunidad.

CONTENIDO

Misión

Los HDA son un recurso de hospitalización parcial intensiva donde se desarrollan proyectos de atención multi-

disciplinar comunitaria durante un tiempo determinado, desde el compromiso de participación y voluntariedad de las personas derivadas con problemas complejos de salud mental. Las personas son acompañadas por un equipo multidisciplinar con objetivos compartidos de estabilización en crisis, de recuperación de la autonomía y la funcionalidad, de dar soporte y atención al sistema sociofamiliar y de favorecer la continuidad asistencial junto con el desarrollo de proyectos comunitarios.

Visión

El desarrollo de un nuevo modelo de atención integral HDA desde la comunidad que impacte en la salud de la sociedad.

Descripción de clientes

Los HDA atienden a la población que tienen como referencia los Centros de Salud Mental (CSMA) de Tarragona, Vendrell, Reus y Valls, destinados a prestar atención especializada a personas adultas con problemas complejos de salud mental en un programa de hospitalización parcial, intensivo, estructurado y limitado en el tiempo, desde la comunidad.

Según el estudio REG-HDA¹³, las personas atendidas en los HDA son mujeres 59,0%, edad promedio 39,5 años (DE 13,2), escolaridad estudios medios 50,6%, sin prestación económica en un 30,0%, los principales grupos diagnósticos son 41,4% afectivos, 23,3% psicóticos y 23,3% de personalidad (principalmente TLP, trastorno límite de la personalidad), con un porcentaje de disfuncionalidad según la escala GAF¹⁴ del 41,3% (DE 7,3) y un nivel alto de sobrecarga en los cuidadores con una media 54,3% (rango 28 a 92) en la escala Zarit¹⁵.

Descripción de las estructuras físicas

Se cuenta con dos dispositivos con ubicación céntrica en las dos ciudades de referencia (Tarragona y Reus),

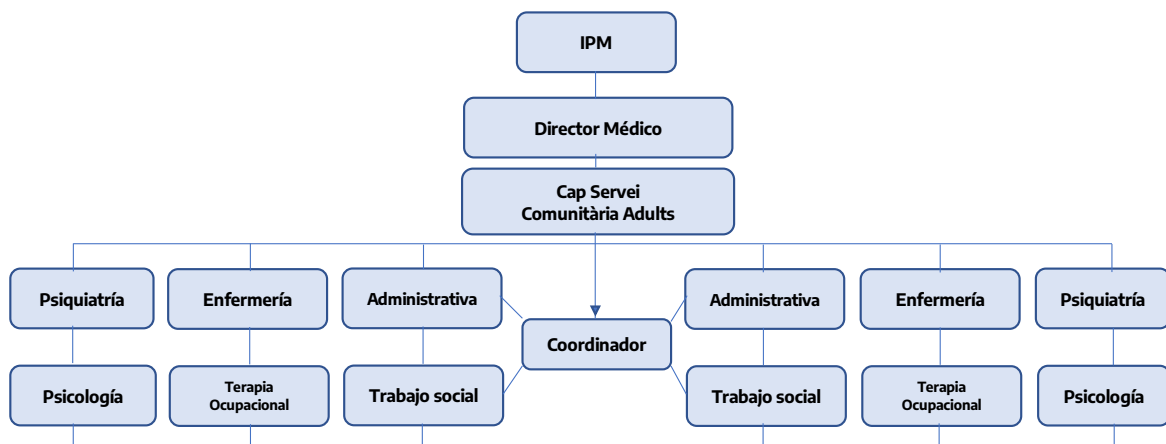


Figura 1. Descripción de los recursos humanos.

servicios de transporte público cercano, alrededor de farmacias y zonas comerciales. Ambos dotados con espacios físicos de recepción, cuatro despachos, enfermería (botiquín, carro de paro, camilla), sala reunión de equipo, sala polivalente, sala de comedor, servicios de usuarios, servicios profesionales con taquillas, almacén y cuarto de limpieza.

Descripción de los recursos humanos

En la Figura 1 se muestra el organigrama de los recursos humanos de los HDA.

Organización de los equipos asistenciales

En la Tabla 1 se describe la organización de los equipos asistenciales de los HDA: espacios de gestión, organización asistencial, coordinación, reunión del equipo, plan terapéutico individualizado (PTI), formación y supervisión.

Indicadores y sistemas de seguimiento

- Indicadores e incidencias: indicadores establecidos por contrato y por dirección, registrados en el COMBO (plataforma de seguimiento de indicadores) con revisión trimestral de los mismos por coordinación y planes de acción o comentarios al respecto (tiempo de valoración preingreso ordinaria y preferente, tiempo de espera en ingreso posterior al preingreso, índice

de rotación, porcentaje de altas clínicas, por hospitalización, por abandono, por no vinculación, reingresos menores a 90 días del alta clínica). En esta plataforma se registran las incidencias o eventos adversos con impacto en la seguridad y actividad asistencial del servicio compartidas en red con la institución y con seguimiento de las mismas.

- Seguimiento de resultados y auditorías: memoria trimestral y anual HDA, con resultados asistenciales y de actividad, estructurada con apartados cuantitativos y cualitativos, se comparte con equipos, coordinadores y jefe de servicio. Memoria anual de grupos, valoración de actividad grupal anual con el resultado de las encuestas de satisfacción de los espacios grupales. Unidad de atención al ciudadano del Hospital Universitari Institut Pere Mata con los resultados anuales de las encuestas de satisfacción de usuarios/as, referentes sociofamiliares y resultados anuales por la comisión de calidad de la auditoría interna y externa.

Programas

El HDA dispone de dos programas terapéuticos:

- Programa estándar (EST), dirigido a personas con trastorno mental grave o psicopatología de alta complejidad que requieren ingreso parcial para intervenir

HDAR	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:15 a 9:30	Reunión de grupos Coordinación Enfermería y Ppsiquiatría	Reunión de casos PTI	Reunión de casos PTI Supervisión interna	Coordinación Trabajo Social PTI Formación Supervisión externa	Coordinación, reunión de equipo
HDAT	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:15 a 9:30	Reunión de grupos Coordinación Enfermería y Psiquiatría	Reunión de casos PTI	Coordinación, reunión de equipo Supervisión interna	Coordinación Trabajo Social PTI Formación Supervisión externa	Reunión de casos PTI

Tabla 1. Descripción de la organización de los equipos asistenciales.

ción multidisciplinar de la psicopatología activa y recuperación de la funcionalidad. Duración estipulada de 3 meses con actividades individuales, grupales, familiares y comunitarias. Las personas son derivadas por los profesionales referentes de la red comunitaria y de los servicios de hospitalización de salud mental.

- Programa de atención a la crisis (PAC), dirigido a aquellas personas sin historia psiquiátrica previa que presentan psicopatológica de intensidad moderada a grave, de inicio reciente (1-3 meses) en relación con un estresor o precipitante específico. La duración del programa es de dos meses, se enfoca en la intervención individual y familiar si precisa, con personas no vinculadas a los servicios de SM, derivados desde el programa de soporte a la atención primaria y algunos desde los servicios de urgencias psiquiátricas.

El número de plazas disponibles son 20 EST y 3 PAC en Reus y 23 EST y 5 PAC en Tarragona. A partir de la valoración multidisciplinar y en relación con las necesidades de la persona atendida, es decir, según su momento psicopatológico, el perfil clínico, la disponibilidad, la capacidad física y cognitiva, las habilidades e intereses, se elabora un plan de intervención con las diferentes actividades HDA.

Durante el proceso de intervención y en función de los objetivos de las personas, se realizan coordinaciones con recursos comunitarios de la red sanitaria o social para la vinculación en actividades de interés. Así mismo, el HDA cuenta con actividades comunitarias que permiten el acompañamiento y sostén de las personas atendidas posterior al alta del servicio (programa comunitario). Al alta clínica se garantiza la continuidad asistencial con el seguimiento ambulatorio por parte de los diferentes recursos disponibles, destacando que durante el tiempo de ingreso se mantiene la coordinación con los dispositivos derivadores o gestores del caso para compartir la evolución y el proyecto iniciado.

RESULTADOS

DAFO

En la Tabla 2 se muestra el gráfico DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) realizado a partir de una encuesta anónima a los profesionales de los HDA, con una participación del 90%, y el resultado del análisis grupal con la generación de estrategias de cambio.

Objetivos

Los objetivos asistenciales y de gestión se sustentan en los tres ejes de intervención: Atención, Reconocimiento y Mirada Comunitaria (Figura 2).

Objetivos asistenciales:

- Remisión parcial o total de la sintomatología motivo de derivación relacionado con un porcentaje mayor al 80% de altas de tipo clínico durante el año.
- Prevención y promoción de la salud con un porcentaje \geq al 80% de derivaciones a médico de Atención Primaria o enfermera referente de salud mental de los usuarios ingresados con detección de síndrome metabólico durante un año.
- Favorecer la autonomía y la recuperación funcional, valorado con la mejoría \geq al 70% en la escala BELS^{16,17} mayor igual a 1 en la diferencia del valor promedio de alta e ingreso de usuarios/as con alta clínica durante un año.
- Dar soporte, orientación e intervención socio familiar \geq al 60% de los referentes sociofamiliares, valorado con un mínimo de 2 intervenciones familiares por el equipo asistencial y un taller familiar (social o de salud) a los usuarios/as con alta clínica del HDA durante el año.
- Favorecer la continuidad asistencial, con un seguimiento ambulatorio del 100% de las altas clínicas durante el año.
- Favorecer la vinculación a recursos comunitarios \geq al 60% en las personas con alta clínica del HDA durante el año.

Objetivos de gestión:

- Favorecer la formación de los profesionales HDA con al menos un curso de formación específica anual.
- Potenciar la cohesión de equipo, con el desarrollo de un taller mensual con los profesionales HDA, espacio de supervisión externo.
- Solicitar a dirección un auxiliar de psiquiatría para cada HDA como figura de soporte asistencial y de sostén en programa comunitario.
- Visibilizar el HDA a los recursos sanitarios, sociales y comunitarios, con el desarrollo de tríptico informativo y video del recurso.
- Participar de sociedades o asociaciones de hospitales de día a nivel nacional.
- Desarrollar un proyecto comunitario interdisciplinar durante dos años con valoración semestral.

Programa comunitario HDA

El programa comunitario está dirigido a todas las personas atendidas en los HDA a través del desarrollo de

DAFO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
HDA	Entorno comunitario	Derivaciones no adecuadas
	Reconocimiento externo	Complejidad de casos (sanitarios/sociales)
	Alta demanda	Derivaciones poco trabajadas
	Trabajo en red	Presión asistencial general
	Formación	Faltan recursos de continuidad
	Estabilidad laboral	Tiempos de espera y otros recursos
	Reconversión y transformación de la hospitalización psiquiátrica	
	Amplia oferta de espacios cívicos	
	Entidades sensibilizadas contra el estigma	
FORTALEZAS	ESTRATEGIAS OFENSIVAS	ESTRATEGIAS DEFENSIVAS
Tiempo de ingreso		
Equipo multidisciplinar	Solicitar formación específica	Estructurar formato de reuniones
Comunicación y coordinación	Programa de intervención comunitaria	Proactividad en comunicación externa
Flexibilidad	Solicitar personal de soporte (auxiliar de psiquiatría)	Tríptico, video explicativo
Equipos cohesionados	Consolidar alianzas con otros HDA, asociaciones	Puertas abiertas a profesionales
Profesionalidad		
Compromiso		
Intervención grupal		
Equipo organizado		
DEBILIDADES	ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA
Tiempo de ingreso de los casos de mayor complejidad	Reorientación	Espacio de bienestar (supervisión externa)
Carga asistencial	Conocer recursos comunitarios	Ajustar derivaciones a criterios del servicio
Pocos espacios de reflexión y cuidado de equipo	Decisiones compartidas en equipo	Definir objetivos realistas de ingreso
Paternalismo	Retomar solicitudes en mejora de instalaciones	Valoración compartida con usuario de evolución
Resolución de problemas de comunicación interna		
Falta de supervisión externa		
Objetivos poco realistas de acuerdo a tiempo y recursos		
Mobiliario		

Tabla 2. DAFO y estrategias de los HDA.

intervenciones comunitarias (grupos, proyectos) y vinculación con los diferentes recursos de acompañamiento y soporte en el ámbito comunitario.

El programa comunitario tiene una duración flexible de dos años como tiempo de valoración de grupos, estableciéndose como un programa de atención continua y voluntaria, para las personas atendidas en los HDA con el desarrollo de un modelo de atención comunitaria desde el dispositivo o desde los recursos comunitarios disponibles y creados por el propio HDA.

El programa comunitario tiene una duración de dos años y va dirigido a todas las personas que con el ingreso en los HDA como usuario/a o referente sociofamiliar participan de forma voluntaria en actividades comunitarias desarrolladas o vinculadas con la asistencia HDA. Los objetivos en este programa buscan desarrollar un sistema de soporte, favorecer la socialización y generar espacios de promoción y prevención en salud, a través de actividades y grupos protocolizados, utilizando el acompañamiento, el grupo y la palabra como mecanismos terapéuticos de salud. Es importante mencionar que algunos

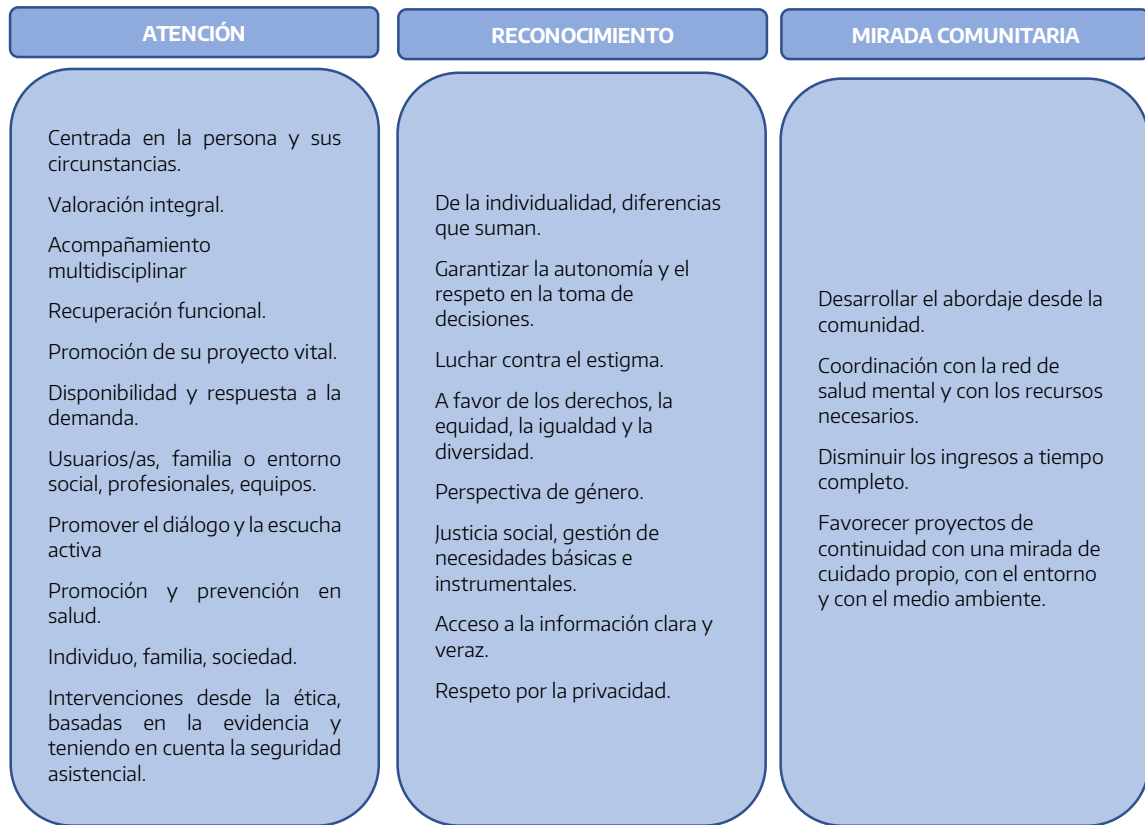


Figura 2. Ejes de intervención.

espacios de intervención requieren de un compromiso o consentimiento de asistencia y confidencialidad para su desarrollo.

CONCLUSIONES

El Plan Funcional HDA es parte del trabajo continuo, reflexivo y crítico, realizado por los hospitales de día de adultos teniendo en consideración la opinión de los equipos, la individualidad de los profesionales, las demandas y sugerencias de los derivadores, así como las necesidades, demandas y recomendaciones de las personas usuarias y sus referentes sociofamiliares, junto con los cambios y nuevos paradigmas que la sociedad y la vida misma impone.

Teniendo como marco de referencia las recomendaciones internacionales, europeas, nacionales, autonómicas y la experiencia, los HDA construyen este Plan basado en tres ejes interrelacionados, como son la atención, el reconocimiento y la mirada comunitaria, buscando reconstruir el contexto social con mayores oportunidades de disfrute, desarrollo individual y colectivo.

Este Plan Funcional reúne la actividad asistencial en crisis e intensiva con un modelo comunitario, con la persona en el centro y teniendo en cuenta sus diferentes determinan-

tes, desde el respeto por la individualidad, la autonomía y el cuidado del entorno.

El impacto del Plan como recurso enlazado en la comunidad, libera el yugo institucional de la salud, lucha contra el estigma, optimiza los recursos existentes y acompaña el desarrollo de proyectos sociales y de vida, desde y para las personas.

La participación de los profesionales en la reconstrucción y revisión del Plan permitió afianzar el concepto de equipo, generar un debate reflexivo y como producto de ello, se generaron estrategias viables y vinculadas tanto con los objetivos como con los ejes de intervención.

En este sentido, el producto de este trabajo busca trasladar al equipo directivo algunas solicitudes que, como aspectos de mejora, impactarán de forma positiva en la calidad de la actividad asistencial, la salud de los usuarios/as, el bienestar del profesional y el reconocimiento del dispositivo.

Sin embargo, este Plan de trabajo en comunidad con la red de servicios puede verse desdibujado sin un cambio de modelo institucional y de mirada social. Siguiendo a la teoría de los sistemas, con el tiempo, junto con la medición de resultados, su análisis y publicación, este modelo puede llegar a extenderse en y más allá de la institución y a favor de una construcción social plural, participativa e inclusiva. De esta forma, este Plan reafirma su centro en

las personas y sus ejes, desde la atención que reconoce al otro en comunidad, dentro de un proceso continuo de construcción del bienestar funcional y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. Con las modificaciones adaptadas hasta el 31 de diciembre de 2014 (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Salud Mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
3. Agència de Salut Pública de Catalunya. L'avaluació d'Impacte en Salut a Catalunya (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/test_salut/Especial-LAvaluacio-de-Impacte-en-Salut-a-Catalunya.
4. Confederación Salud Mental España. La salud mental en cifras (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Informe de Salut de Catalunya 2020 (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/informe-salut-2020.pdf.
6. Gray B, Van Ommeren M, Lewis S, Akhtar A, Hanna F, Fleischmann A, Chisholm D, Kestel D. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre la repercusión de la pandemia. Resumen científico, 2 de marzo de 2022. Organización Mundial de la Salud 2022:1-13. (Internet). Consultado 5 Nov 2022 Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental 2005. (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf.
8. Organización Mundial de la Salud. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029](https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029).
9. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, periodo 2022-2026 (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.
10. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA. Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatrico.htm>.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Departamento de Salud (Internet). Consultado 5 Nov 2022. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacastellano.pdf>.
12. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Sainsbury Centre of Mental Health, 2008 (Internet). Consultado 23 Nov 2022. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/salud-mental-derechos-y-recuperacion>.
13. Estrada N, Martínez C, Reyes J. Clinical and functional outcomes in day hospitals in times of Covid-19. Revista Colombiana de Psiquiatría. Aceptado para su publicación. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.12.001>
14. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A Procedure of Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. Arch Gen Psychiatry. 1975 Jun;33(6):766-71.
15. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. Gerontologist. 1980 Dec;20(6):649-55.
16. Casas E, Escandell M, Ribas M, Ochoa S. Instrumento de evaluación en rehabilitación psicosocial. Rev Asoc Esp Neuropsiq. Vol XXX, (enero-marzo); N°105, 2010:25-47.
17. O'Driscoll C, Leff J. The TAPS Project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. Br J Psychiatry Suppl. 1993 Apr;(19):18-24
18. Instituto de Estadística de Cataluña. Densidad de población (Internet). Consultado 2 Dic 2022. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors>.



En colaboración con Janssen España