

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 275-2012-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 23 de Agosto 2012

La Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud, que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, el cual tiene entre sus funciones la conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud, con el establecimiento de los objetivos, metas y estrategias de corto, mediano y largo plazo, así como el procurar la inversión y financiamiento para lograr los objetivos y metas institucionales y el desarrollo de la infraestructura, tecnología y equipamiento en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA de fecha 24 de octubre de 2005, se aprobó las 'Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud';

Que, a los cambios efectuados en el desarrollo del planeamiento estratégico en la Administración Pública, derivados de la formalización del Sistema Nacional Estratégico conducido por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), enmarcados dentro de los "Objetivos del desarrollo del Milenio al 2015", el "Acuerdo Nacional", así como el "Plan Bicentenario-Perú al 2021", el cual fija metas de largo plazo con un enfoque de resultados, orientados a la satisfacción y resolución de los problemas del ciudadano, resulta necesario consolidar el proceso de fortalecimiento del ejercicio de la rectoría del Sector Salud, a través de los "Lineamientos de Política Sectorial 2011-2016", los "Lineamientos para acción de Salud Mental" y el "Plan Nacional de Salud Mental", implementar los aspectos técnicos y operativos en materias de planeamiento que no se encuentran previstos en la Directiva Administrativa antes señaladas;

Que, están plenamente conscientes de los innumerables retos que confrontará esta gestión 2012-2015, por lo que con las nuevas autoridades se buscará elevar progresivamente la equidad en la provisión de los servicios de salud, promoviendo la eficacia de las intervenciones, la eficacia en el uso de los recursos, la calidad y la cobertura de los servicios al conjunto de la población, garantizando el acceso universal a los servicios de salud pública y de atención individual con prioridad en los sectores más pobres. La Visión es que en el año 2015 el Hospital Víctor Larco Herrera, será una institución competente en psiquiatría y salud mental, con una organización administrativa-asistencial integrada, ordenada, dinámica, funcional y efectiva; que se sustente en el trabajo en equipo interdisciplinario con enfoque comunitario y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en salud mental, de acuerdo a los estándares de calidad;

Que, el presente Plan de Gestión, es un documento de gestión que tiene como objetivo fortalecer la Gestión y promover la generación de capacidades de los Equipos técnicos en la atención integral y de Salud y el funcionamiento de los Servicios de Salud con equidad, eficiencia y calidad para el logro de un adecuado desempeño institucional, el mismo que reúne, dos ejes estratégicos que pretenden marcar el camino hacia un Hospital con el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en salud mental, de acuerdo a los estándares de calidad;



Que, habiendo sido puesto para su evaluación a las nuevas autoridades: Directores Ejecutivos, Jefes de Departamentos, Jefes de Oficina, Jefes de Servicio, Supervisoras y Jefes de Unidades Funcionales del Hospital Víctor Larco Herrera el Plan de Gestión señalado en los considerandos cuarto y quinto de la presente resolución, la misma que fue aprobado por el Equipo de Gestión;

Con el visado de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, del Director Ejecutivo de la Oficina de Administración, de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico y del Director Adjunto del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "PLAN DE GESTION DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA", el mismo que en documento adjunto a folios (15), forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encárguese a la Dirección Adjunta del Hospital "Víctor Larco Herrera", del seguimiento de los Lineamientos de Acción del Plan de Gestión del HVLH, e informado el grado de avance de las actividades y tiempos consignados (diseños de los programas para cumplir con los objetivos e implementación de los programas).

Artículo 3°.- Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar en la página Web el Plan de Gestión del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Regístrese y Comuníquese

Ministerio De Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

.....
Med. Cristina Eguiguren Li
Directora General
C M P 17899 - R.N.E. 8270

CAEL/JRSG/JWBV/AECHY/MYRV.

Distribución:

- Dirección Adjunta
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Unidades Orgánicas

PLAN DE GESTIÓN HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

Dra. Cristina Alejandrina Eguiguren Li – Enero 2012

Mejoramiento Integral de los Servicios de Atención en Salud Mental y Psiquiatría en el Hospital "Víctor Larco Herrera"

A) Problemática de salud del área de influencia del establecimiento

1. Introducción: Históricamente las tendencias de conceptualización de los problemas mentales, han ido evolucionando desde la noción de locura o enfermedad psiquiátrica hacia la salud mental, lo cual ha supuesto un cambio en la perspectiva de la acción, los medios, estrategias y políticas, trayendo consigo un cambio en la práctica de asilo y asistencia de los enfermos hacia planteamientos más modernos y humanitarios que propugnan la "desmanicomialización" de los servicios. Este cambio ha puesto énfasis en la prevención de la enfermedad y sus secuelas, y en la promoción de estilos de vida y comportamientos de salud, considerando las estrategias de autocuidado individual y de participación activa de la comunidad y la sociedad en su conjunto, actualmente la salud no se entiende como la ausencia de enfermedades solamente. La organización Mundial de la Salud, define a la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad. Nuestro país cuenta con Lineamientos para la acción en salud mental, y con un Plan nacional de salud mental, que responden al marco legal. En ese sentido el presente proyecto de gestión, propone un cambio en el modelo de atención manicomial vigente en el hospital "Víctor Larco Herrera", por un nuevo modelo de atención integral acorde con lo vertido.

2. Antecedentes históricos del establecimiento: El Hospital "Víctor Larco Herrera" es el Hospital Psiquiátrico más antiguo del Perú, se inauguró el 01 de enero de 1918 con el nombre de Asilo Colonia de la Magdalena, recibiendo a los pacientes del antiguo Hospicio de la Misericordia que albergaba desde 1859 a los enfermos mentales del País, desde 1930 se denomina Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera" en homenaje al distinguido filántropo, quien donó a la Beneficencia Pública gran parte del dinero necesario para su construcción y funcionamiento, así como su dedicación personal para lograrlo; fue el único Centro Asistencial de la especialidad para atención de pacientes en todo el país hasta 1961. Durante casi medio siglo el hospital estuvo bajo la administración de la Beneficencia Pública, hasta el año 1960 en que pasó a depender del Ministerio de Salud.

3. Perfil Socio Demográfico: El hospital "Víctor Larco Herrera, es un hospital de cobertura nacional, que tiene como área de influencia al Perú, históricamente es reconocido en temas de salud mental y psiquiatría y atiende pacientes procedentes de todo el territorio patrio.



3.1 Datos geográficos generales, vías de acceso y medios de comunicación: El Hospital "Víctor Larco Herrera", cuenta con un área de 211,721.74 metros cuadrados, de los cuales 52,447.52 m² se encuentra construido, se encuentra localizado en la Av. El Ejército 600 del distrito metropolitano de Magdalena; se encuentra vinculado a través de los sistemas viales y de transporte público con el resto de la metrópoli, a través de las vías colectoras: Av. La Paz, Av. La Marina, Av. El Ejército, Av. Larco, Av. Panamericana Sur y Av. Pachacútec. La Av. Costanera, es además un canal de vinculación paralelo al anterior, que favorece la accesibilidad rápida y directa desde todos los distritos litorales Hacia el Hospital. Otro eje longitudinal que favorece esta vinculación es conformado por el Paseo de la República, Av. Arequipa (Arenales y Petit Thouars), que se encuentran vinculados al primero por los ejes transversales de la Av. Brasil, Av. Salaverry y José Pardo; que en conjunto, involucran la zona central, Oeste y Sur de la Metrópoli.

3.2 Servicios básicos en el área de influencia: Los Censos Nacionales 2007 nos puede brindar la realidad acerca del abastecimiento de agua en el Perú. De una población de más de 27 millones el 24% corresponde a la zona rural, donde se tiene que saber cómo acceden a este líquido elemento. Los que acceden a la red pública de agua potable son alrededor de 17 millones de los cuales el 8% son de zona rural. En la zona rural más de 60% se abastecen de agua de río, acequia o manantial y pozo, es decir más de 4 millones.

3.3 Dinámica poblacional (tasas): Según los resultados del XI Censo Nacional de Población, al 21 de octubre del año 2007, la población censada fue de 27 millones 419 mil 294 habitantes y la población total, es decir, la población censada más la omitida, 28 millones 220 mil 764 habitantes. En términos porcentuales, la Costa representa el 54,6%, es decir, es la región que alberga más de la mitad de la población del país. La población masculina del Perú representa el 49,7% de la población censada, la población femenina representa el 50,3%. Esta estructura es similar a la del Censo de 1993. Los distritos de donde procedieron el mayor número de pacientes que demandaron atención por Consulta Externa y Hospitalización durante el año 2011 en el hospital fueron: el Callao en primer lugar, seguido por Chorrillos, San Miguel, San Juan de Miraflores, Magdalena del mar, Villa María del Triunfo, cercado de Lima, Villa él Salvador, Magdalena vieja, Miraflores, entre otros, siendo en mayor porcentaje los del grupo etario de 20 a 64 años y de 5 a 9 años. Dicha procedencia corresponde a Lima Ciudad, Lima Sur y Lima Oeste.

3.4 Aspectos socioculturales (indicadores sociales): en Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 24.5% accedió a los servicios de salud. Los aspectos que se encontraron relacionados a acceso fueron : la edad, el estado civil, la comunicación familiar, compromiso religioso y la pertenencia a un sistema de seguro. Los motivos que argumentaron los informantes para no buscar atención fueron en orden de frecuencia: "lo debía superar solo" 59.4%, "no tenía dinero" 43.4%, "falta de confianza" 36.9%, "duda del manejo del problema por los médicos" 30.8%, entre otros; se remarca la influencia de los factores



culturales y en cierta medida económicos. El factor pobreza no es todavía un determinante del acceso a la atención de salud mental en Lima Metropolitana pues priman los aspectos culturales.

3.5 Situación económica (indicadores económicos): Una de las características de la población peruana es su creciente urbanización, así el 65,0% reside en el área urbana y sólo el 35,0% en el área rural. A pesar de que la población rural representa sólo un poco más de un tercio de la población total, el 60,5% de los pobres del país, se concentra en el área rural. En el año 2009, la población que contaba con al menos un seguro de salud, se incrementó de manera significativa, principalmente entre los pobres y pobres extremos. Así, el 68,1% de la población pobre y el 75,2% de los pobres extremos tenían seguro de salud; en el caso de la población no pobre fue el 57,9%. El incremento significativo de la población cubierta por un seguro de salud, se debe a la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS), como un sistema de aseguramiento público subsidiado, que tiene como meta avanzar hacia el aseguramiento universal.

4. Perfil de salud:

4.1 Componentes y tendencias de las enfermedades prevalentes en el área de influencia del establecimiento: los trastornos mentales y conductuales son frecuentes, más del 25 % de la población los padece en algún momento de su vida, la mayor parte de los estudios señalan una mayor prevalencia general de trastornos mentales en la población femenina que en la masculina, son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos rurales y urbanos. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno socio familiar.

4.2 Variables e indicadores de salud (mortalidad y morbilidad): Se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones, en el 2000 este porcentaje había aumentado al 12% y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020. Los más frecuentes responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. El trastorno depresivo unipolar está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades, se estima que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de carga de morbilidad en el mundo y la primera en los países desarrollados, el suicidio sigue siendo uno de los desenlaces frecuentes y evitables de la depresión. La prevalencia puntual de los trastornos debidos al abuso de alcohol (uso nocivo y dependencia) en la población adulta se ha estimado en torno al 1.7% en el mundo; el proyecto sobre la carga mundial de morbilidad (Murray y Lopez 1996)



estimó que es responsable del 1.5% de todas las defunciones y del 3.5% del total de los AVAD, esta carga comprende trastornos orgánicos (como cirrosis) y lesiones (por ej. Accidentes automovilísticos) atribuibles al alcohol. El informe GBD (Carga global de enfermedad) 2000 registra una prevalencia puntual del 0.4% para la esquizofrenia y es responsable del 1.1% de AVAD. La prevalencia global de los trastornos mentales y conductuales en la población infantil ha sido objeto de varios estudios en países desarrollados y en desarrollo, aunque las cifras de prevalencia varían notablemente entre los estudios, parece que el 10 a 20% de todos los niños tienen uno o más problemas mentales o del comportamiento. Es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, un estudio en EEUU (Kessler et al. 1994), demostró que la comorbilidad afectaba al 70% de todas las personas enfermas, estudios realizados en otros países han arrojado cifras similares. Es muy frecuente la coexistencia de los trastornos de ansiedad y de depresión, se observa aproximadamente en la mitad de los individuos que los padecen, otra situación frecuente es la presencia de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y a drogodependencia. Con respecto a nuestro país, según el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002 realizado por el instituto especializado de salud mental: "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi": La prevalencia actual, anual y de vida de cualquier trastorno psiquiátrico en la población adulta se da en 16.2%, 21.6% y 37.3% respectivamente. En base a la prevalencia anual los trastornos más frecuentes son: el abuso o dependencia al alcohol (10%), el episodio depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada. uno de cada cinco adolescentes ha presentado deseos suicidas en el último año y acusan como motivos a los problemas en el hogar y específicamente con los padres. Se ha encontrado como trastorno clínico más prevalente el episodio depresivo; uno de cada dieciocho adolescentes reúne criterios para este diagnóstico. En el adulto mayor la prevalencia de episodio depresivo en el último mes es de 3.9%, a predominio del género femenino. En el último año, casi cinco de cien adultos mayores ha tenido problemas con el alcohol, ya sea consumo perjudicial o dependencia.

5. Respuesta social organizada para la atención en salud:

5.1 Caracterización de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos: en el hospital, la infraestructura donde se brinda la atención es muy antigua, el pabellón más moderno tiene más de 50 años de construido, las redes de servicio eléctrico, y de agua y desagüe, a punto de colapsar, con buena parte de los equipos, maquinarias, enseres y muebles en condición de obsolescencia o inoperatividad. Carencia de un sistema de información de gestión hospitalaria basado en la historia clínica electrónica, que permita una mejor gestión, monitoreo y control de los servicios hospitalarios en general, las computadoras, salvo en el sistema administrativo, vienen siendo subutilizadas, como base de datos de documentos que se envían y como maquinas de escribir, desaprovechando el desarrollo tecnológico moderno que permitiría agilizar todos los procesos y consecuentemente ahorrar costos y duplicidad de trabajo. Carencia de políticas de



valoración, respeto y reconocimiento del personal en general, no tomando en cuenta sus necesidades ni sus expectativas, ni sus calificaciones, encontrándonos con un personal insatisfecho, desmotivado, desorientado, sin conocimiento de un claro objetivo institucional, sin mayor identificación ni compromiso con la institución, con una cultura organizacional deficiente en valores y de trabajo en equipo, la capacitación del personal se programa sin tomar en cuenta los objetivos institucionales.

5.2 Caracterización de los procesos de trabajo: implementación de la atención integral de salud, automatización de procesos, tiempos de espera, protocolización: En el hospital "Víctor Larco Herrera", la característica central del área administrativa es la ineficiencia, y el burocratismo; no cumple su tarea fundamental de apoyo a la labor asistencial facilitando los recursos financieros, logísticos y administrativos que éste requiere. Institucionalización de pacientes, que tienen un tiempo de permanencia promedio de más de 20 años, con una tasa de abandono familiar de más del 50%, sin un diagnóstico real de su nivel de funcionamiento, de sus capacidades, discapacidades y sus minusvalías, que no reciben ninguna intervención de rehabilitación psicosocial que busque su deshospitalización con una adecuada reinserción social, habitan los pabellones más lúgubres y deteriorados del hospital, con una modalidad de atención asilar, custodial, en la que la institución asume una función de cuidado y protección sin mayor sistematización, más allá de cualquier proceso terapéutico. Hospitalización de pacientes considerados agudos o que han reagudizado su enfermedad en dos servicios de 60 camas cada uno, divididos por sexo, con tendencia a las estancias prolongadas y rehospitalizaciones frecuentes (puerta giratoria), donde permanecen un tiempo promedio de 60 días, con un rendimiento cama, un grado de ocupación, y un intervalo de sustitución por debajo de los estándares internacionales, con una tasa de indigencia que bordea el 50%, la atención no se basa en protocolos de atención por patologías o por lo menos en uno general, porque no los conocen, siendo el trabajo en equipo prácticamente inexistente, sin una real intervención de rehabilitación psicosocial que permita una adecuada reinserción social al alta, con intervenciones basadas en los síntomas preferentemente, descuidando las intervenciones relacionadas con las discapacidades y minusvalías generadas por la enfermedad. La atención en consulta externa no está estructurada en base a patologías ni protocolos de atención, los programas sistematizados de psicoterapia individual, familiar o grupal son escasos, tampoco existen equipos de trabajo interdisciplinario, por lo que cada profesional trabaja de acuerdo a su propio criterio, los pacientes son atendidos por orden de llegada, lo que ocasiona esperas innecesarias, a esto se agrega muchas veces la falta de calidez del personal. Escaso respeto por los derechos humanos de los pacientes, consolidándose la estigmatización y el maltrato.

5.3 Caracterización de los resultados de la atención: equidad, eficiencia, eficacia y calidad: Como se puede colegir de lo mencionado en el punto anterior, existen serias deficiencias en la equidad, eficiencia, eficacia y calidad en la atención brindada en el hospital



5.4 Participación social en salud: Los vínculos con la comunidad no están articulados ni sigue planes basados en objetivos institucionales, tampoco existen programas o protocolos de acción de promoción y prevención en salud mental planificados, organizados, sistematizados y coordinados con la población de influencia, con intervenciones que hayan demostrado su efectividad a nivel mundial enfocadas en mejorar habilidades sociales y cognitivas, reducir el uso de alcohol y drogas, disminuir el estrés laboral y en controlar conductas agresivas, lo que se hace actualmente son intervenciones tipo campañas de salud en coordinación con municipalidades o colegios, o como parte de la intervención de la Dirección general de salud de las personas.

B) Propuesta de Gestión para el establecimiento a dirigir

1. Introducción: Dentro de los Lineamientos de Política Sectorial para el Pliego de Salud el más importante es el proceso de Modernización del Ministerio de Salud, elevando progresivamente la equidad en la provisión de los servicios de salud, promoviendo la eficacia de las intervenciones, la eficacia en el uso de los recursos, la calidad y la cobertura de los servicios al conjunto de la población, garantizando el acceso universal a los servicios de salud pública y de atención individual con prioridad en los sectores más pobres. En ese sentido es que se propone en el siguiente plan de gestión un cambio en el modelo de atención, actualmente de corte manicomial, y una modernización de los procesos de gestión y administrativos que conlleven a ser un hospital nuevo o un nuevo hospital, que satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios, del personal, de los políticos sanitarios y de la comunidad en general.

2. Misión y Visión: Misión: Brindar servicios especializados de la mejor calidad, de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en psiquiatría y salud mental a la población en general

Visión: En el año 2015 el Hospital "Víctor Larco Herrera" será una institución competente en psiquiatría y salud mental, con una organización administrativa – asistencial integrada, ordenada, dinámica, funcional y efectiva; que se sustente en el trabajo en equipo interdisciplinario con enfoque comunitario y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en salud mental, de acuerdo a los estándares de calidad.

3. Análisis FODA: Oportunidades:

- Política MINSa de atención integral que contempla la creación de una cultura de salud sustentada en la familia mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud
- Política MINSa de atención prioritaria a la salud mental de la población
- Lineamientos para la acción en salud mental, aprobado con RM N° 075-2004/MINSa
- Plan Nacional de Salud Mental, aprobado con RM N° 943-2006/MINSa
- Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008 – OMS



- Población sensibilizada en temas de salud mental: violencia, maltrato infantil y a la mujer, pedofilia, crímenes, accidentes de tránsito como consecuencia del uso de alcohol, muerte de pacientes con adicción internados en centros clandestinos incendiados, etc.
- Ley N° 29889 que modifica el artículo 11 de la ley 26842, ley general de salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental
- Escasa oferta a nivel público y privado de atención sistematizada en salud mental y psiquiatría
- Incremento de la población afectada por patologías mentales que requiere urgente atención
- Nuevas formas de comunicación e información desarrollados a partir de los avances tecnológicos
- Política mundial de fomento al respeto de los derechos individuales
- Profundización de la política de medicamentos genéricos
- Política de apoyo estatal a proyectos de Inversión desarrollados en el MINSA
- Las instituciones en general nos ven como el centro de referencia nacional de trastornos mentales

Amenazas:

- Crisis internacional de la economía que pone en riesgo el crecimiento económico nacional
- Presupuesto de salud histórico y deficiente que financia la oferta y no la demanda y limita una buena gestión
- Estigmatización de los problemas de salud mental y psiquiatría que perturba la accesibilidad a los servicios y perjudica la adherencia terapéutica
- El terreno del hospital no pertenece al Ministerio de Salud
- Internamientos por orden del poder judicial, con medidas de seguridad de varios años, lo que incrementa la institucionalización y menor oferta de camas

Fortalezas:

- Personal asistencial especializado en salud mental y psiquiatría con amplia experiencia
- Sede docente de la mayoría de universidades e institutos nacionales para la enseñanza de psiquiatría en pre y post grado
- Localización geográfica fácilmente accesible
- El departamento de niños y adolescentes y el departamento de adicciones cuentan con programas bien estructurados



Debilidades:

- "Cultura manicomial" que entorpece el desarrollo institucional y perjudica la buena calidad del servicio
- Falta de coordinación entre el área asistencial con la administrativa que traba los procesos
- Carencia de un programa de auditoría y control de calidad que monitoree las actividades de atención y las oriente hacia la real satisfacción de la demanda
- Graves deficiencias en la infraestructura
- Imagen institucional deteriorada
- Personal desmotivado
- Deterioro y obsolescencia de equipos
- Uso irracional de los recursos materiales, financieros y humanos sin priorización
- Sistema de referencia y contrareferencia no operativo
- Carencia de cultura de trabajo en equipo

4. Problemas Identificados:

- I. Modelo de atención manicomial
- II. Procesos de Gestión y Administrativos desactualizados e inoperantes

5. Análisis Causa – Efecto:

- I. Modelo de atención manicomial
 - a. Hospitalización:

Efectos:

- Institucionalización de pacientes
- Tendencia a estancias prolongadas y rehospitalizaciones frecuentes (puerta giratoria)
- Inadecuada reinserción social al alta
- Escaso respeto por los derechos humanos de los pacientes
- Estigmatización y maltrato
- Programación de actividades para pacientes realizado por enfermería, sin mayor participación de los médicos, psicólogos y trabajadoras sociales
- Ausencia de servicio de hospitalización para mujeres con trastornos adictivos
- Alta tasa de abandono familiar
- Disminución del número de hospitalizaciones en los últimos años
- Indicadores de rendimiento por debajo de los estándares internacionales

Causas:

- Atención no especializada por patologías
- No uso de protocolos ni guías de atención
- Uso no racional de fármacos
- Carencia de programas de psicoterapia y/o rehabilitación psicosocial



- Intervenciones basadas preferentemente en los síntomas
- Carencia de programas de deshospitalización de pacientes
- Trabajo en equipo casi inexistente
- Inadecuado planeamiento de la atención
- Alta tasa de disfunción familiar
- Carencia de un programa de seguimiento al alta
- Visión de atención manicomial en un grupo importante de profesionales
- Relajación del principio de autoridad
- Pérdida del liderazgo médico en la conducción del tratamiento
- Escasa permanencia del personal profesional asistencial en los diferentes servicios de hospitalización, con excepción de enfermería

b. Consulta externa

Efectos:

- Paciente recibe atención médica sin mayor coordinación con el resto de profesionales implicados en su atención
- Esperas innecesarias
- Recaídas frecuentes
- Usuario y familiares insatisfechos con la atención
- Disminución del número de atenciones en los últimos años
- Indicadores de rendimiento por debajo de los estándares internacionales

Causas:

- Atención no estructurada en base a patologías
- No uso de protocolos ni guías de atención
- Escaso trabajo en equipo
- Pacientes atendidos por orden de llegada, no por cita horaria
- Citas de control en 2 a 3 meses
- No hay programas sistematizados de psicoterapia
- No hay programas de seguimiento
- Falta de calidez del personal
- Trámite para hospitalizar engorroso y lento
- Atención de baja calidad
- Falta de actualización en manejo de patologías emergentes

c. Intervención en la comunidad

Efectos:

- Intervenciones tipo campañas de publicidad
- Intervenciones sin mayor impacto en la comunidad

Causas:

- No hay planificación de intervención comunitaria basado en objetivos institucionales



- No hay programas ni protocolos de promoción y prevención en salud mental
- II. Procesos de Gestión y Administrativos desactualizados e inoperantes
- d. Recursos humanos

Efectos:

- Personal desmotivado sin mayor identificación ni compromiso
- Servicio de baja calidad hacia el usuario
- Conflictos interpersonales frecuentes

• **Causas:**

- Insatisfacción laboral
- Carencia de políticas de valoración, respeto y reconocimiento del personal
- No se toma en cuenta sus necesidades ni sus expectativas, ni sus calificaciones
- Capacitación sin tomar en cuenta los objetivos institucionales

e. Gestión

Efectos:

- Inoperancia
- Dificultad para tomar decisiones correctas y en el momento adecuado
- Lentificación en los procesos
- Inadecuado uso del presupuesto, con escasa capacidad de gasto y devoluciones importantes de dinero al tesoro, dejando de hacer mejoras en el hospital
- Deterioro y abandono de infraestructura
- Donaciones y apoyo de instituciones de fines benéficos casi inexistente

Causas:

- Instrumentos de gestión: ROF, CAP, MOF, MAPRO, no actualizados
- Carencia de un sistema de información hospitalaria en red
- Personal directivo desactualizado en procesos de gerencia y/o administración
- Incapacidad para gestionar o canalizar apoyo externo de otras instituciones con fines benéficos

f. Administración:

Efectos:

- Demora en los procesos administrativos
- Apoyo deficiente a la labor asistencial
- Farmacia no tiene licencia de funcionamiento
- Tarifario sin mayor asidero técnico

Causas:



- Ineficiencia, y burocratismo
- Disociación del área asistencial
- Uso inadecuado de protocolos y guías
- Deficiente capacitación del personal
- Instrumentos de gestión desactualizados
- Falta de previsión en las adquisiciones
- No se realiza evaluación de costos
- Deficiente gestión en los procesos

g. Infraestructura y equipos:

Efectos:

- Infraestructura y equipos en obsolescencia
- Imagen deteriorada
- Peligro y riesgo físico para los pacientes y trabajadores
- Incremento de insatisfacción laboral y mayor desmotivación en los trabajadores
- Insatisfacción de los pacientes y familiares

Causas:

- Carencia de Programa de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos e infraestructura
- Abandono progresivo de inversión en equipos e infraestructura
- Plan maestro de inversión y remodelación de la infraestructura sin implementar

5. Estrategias, Objetivos y Metas: Para revertir los problemas encontrados proponemos dos estrategias fundamentales:

Estrategia 1: Incorporación de un nuevo modelo de atención integral basado en la atención especializada por patologías, con farmacoterapia óptima, rehabilitación biopsicosocial integral, psicoterapia basada en evidencias y enfoque comunitario, con equipos de trabajo interdisciplinario buscando la calidad total y respetando los derechos humanos de los pacientes: La implementación del nuevo modelo permitiría la atención especializada por patologías en consulta externa, hospitalización y emergencia, con intervenciones sistematizadas basadas en protocolos y guías, que implicaría una mejor calidad en la atención de los pacientes en general y una evolución con seguimiento cercano, disminuyendo en forma importante las recaídas y la puerta giratoria, además la rehabilitación efectiva de todos los pacientes institucionalizados, llevándolos a su máximo nivel de funcionamiento, permitiéndoles una mejor calidad de vida, y establecer un programa de deshospitización con los que alcancen un nivel de rehabilitación compatible con su incorporación en la comunidad, con participación directa de la familia y de las fuerzas vivas de la comunidad en la provisión de trabajo, vivienda, casas de medio camino, redes sociales, etc., así mismo se lograría en los servicios de corta y mediana estancia una mejor evolución, disminuyendo los tiempos de permanencia, las rehospitalizaciones frecuentes, la



cronificación, la exclusión social y la estigmatización, por otra parte los pacientes ambulatorios recibirían una atención integral a su consulta, de alta calidad, que buscaría remediar los daños y deterioros y rehabilitar sus discapacidades y minusvalías, brindándoles una mejor calidad de vida. Por otra parte las actividades de prevención y promoción de la salud mental lograrían un impacto real, al realizarse intervenciones coordinadas con la comunidad, con objetivos precisos.

Estrategia 2: Incorporación de un nuevo modelo de gestión y administración actualizado y moderno, con un sistema de información de gestión hospitalaria basado en la historia clínica electrónica, revalorando la gestión del recurso humano como factor principal en la consecución de la Misión y Visión del hospital y en la búsqueda de la calidad total, con un plan maestro de desarrollo y mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipos: Lo que se espera alcanzar es una institución dentro de los cauces de la modernidad, incorporado en el sistema integrado de atención en salud, con el ROF, CAP, MOF, Y MAPRO actualizados, implementados, y conocidos por todo el personal en general, con una adecuada aplicación, que permitan la eficacia, eficiencia y efectividad en los procesos, con personal satisfecho y motivado, con una política de revaloración del personal en general, con una red informática que integre una base de datos actualizada de todos los subsistemas del hospital, iniciándose en el paciente con una historia clínica electrónica, que abarque el todo de las intervenciones profesionales, que pase por todo el sistema administrativo y que acabe en la dirección general, abaratando costos en general y permitiendo tomar mejores decisiones. Con una Infraestructura remodelada y funcional y equipos y maquinaria operativos.

Estrategia 1: Objetivos:

1. Implementación de la atención especializada por patologías
2. Implementación del programa de tratamiento y rehabilitación biopsicosocial integral
3. Implementación del programa de farmacoterapia óptima
4. Implementación del programa de psicoterapia basado en evidencias
5. Implementación del programa de enfoque comunitario
6. Desarrollo de equipos de trabajo interdisciplinario
7. Desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de los pacientes
8. Implementación del modelo de trabajo: Presupuesto por resultados
9. Implementación del programa de atención integral de pacientes judiciales

Estrategia 2: Objetivos:

1. Implementación del sistema de información de gestión hospitalaria basado en la historia clínica electrónica



2. Implementación del programa de revaloración del recurso humano
3. Implementación del plan maestro de desarrollo y mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipos
4. Implementación del programa de mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos: Actualización del plan estratégico, Actualización y difusión en todo el personal de los documentos de gestión: ROF, MOF, CAP, MAPROS, Implementación de política de gasto del total de presupuesto asignado, Implementación de política de atender de inmediato los requerimientos de los usuarios por parte de logística, Implementación de política de eficacia y eficiencia en todos los procesos realizados
5. Implementación del centro de costos
6. Acreditación como hospital III E
7. Implementación del plan maestro: saneamiento en la propiedad del terreno del hospital, revisión y actualización del plan maestro, gestión del presupuesto, implementación por etapas
8. Reforzamiento de los procesos de docencia e investigación en el hospital

Lineamientos de Acción:

I. Modelo de Atención Manicomial

1. Pacientes Institucionalizados Pabellones 2, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13:
 - Programa de Actualización de diagnósticos médico, psicológico, social
 - Programa de Rehabilitación biopsicosocial integral personalizado
 - Programa de Buenas condiciones de vida y respeto a los derechos humanos
 - Programa de Asistencia integral
 - Programa de Deshospitalización
 - Programa de Atención integral a pacientes judiciales
 - Programa de Vigilancia epidemiológica
2. Hospitalización psiquiatría agudos y Adicciones, pabellones 1, 20 y 18
 - Programa Servicio de atención por patologías
 - Programa de Seguimiento de pacientes recuperados
 - Programa de Farmacoterapia óptima
 - Programa de Psicoterapia basado en la evidencia
 - Programa de Asistencia integral
 - Programa de Rehabilitación biopsicosocial integral personalizado
 - Programa de Buenas condiciones de vida y respeto a los derechos humanos
 - Programa de Atención por PPR
 - Programa de Vigilancia epidemiológica



- Programa de Atención en servicio de adicciones mujeres
3. Consulta externa adultos y niños y adolescentes
 - Programa Servicio de atención por patologías
 - Programa de Farmacoterapia óptima
 - Programa de Psicoterapia basado en la evidencia
 - Programa de Asistencia integral
 - Programa de Rehabilitación biopsicosocial integral personalizado
 - Programa de vigilancia epidemiológica
 - Programa de Atención por PPR
 4. Salud Mental Comunitaria
 - Programa de Promoción en salud mental
 - Programa de Prevención de enfermedad mental
 - Programa de Seguimiento de pacientes recuperados
 5. Emergencia
 - Programa Servicio de atención por patologías
 - Programa de Farmacoterapia óptima
 - Programa de Asistencia integral
 - Programa de Atención por PPR
 - Programa de Referencia y Contrareferencia
 - Programa de vigilancia epidemiológica

II. Procesos de Gestión y Administrativos desactualizados e inoperantes

6. Recursos Humanos
 - Programa de Mejora Continua de los Procesos Asistenciales y Administrativos
 - Desarrollo de Equipos de Trabajo Interdisciplinarios con Cultura de Calidad Total y Respeto a los Derechos Humanos de los Pacientes
 - Programa de Revaloración del Recurso Humano
 - Programa de Mejora de la Cultura Organizacional y Clima Laboral
 - Programa de Capacitación del Personal
7. Gestión y Administración
 - Programa Plan Estratégico
 - Programa de mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos
 - Actualización del ROF, MOF, CAP, MAPROS
 - Implementación de la Historia Clínica Electrónica
 - Programa Mejoramiento de la Imagen institucional
8. Infraestructura y equipos
 - Programa Plan maestro de Desarrollo y Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura y Equipos
 - Desarrollo de Equipos de Trabajo Interdisciplinarios con Cultura de Calidad Total y Respeto a los Derechos Humanos de los Pacientes
 - Programa de Mejora Continua de los Procesos Asistenciales y Administrativos



- Programa de Limpieza, Seguridad Interior y Conservación de los Jardines
 - Programa de Transferencia de Propiedad del Terreno al Hospital
 - Programa de Diseño y Construcción del Nuevo Hospital (Implementación de plan maestro)
9. Recursos Financieros
- Programa de mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos
 - Programa Revisión y seguimiento de gastos
 - Programa de Mejora en captación de Recursos: Ordinarios
 - Programa de Mejora en captación de Recursos: Directamente recaudados
 - Programa de captación de fondos externos: OPS, ONG, entidades benefactoras
 - Programa Patronato del hospital
 - Programa Centro de costos

Actividades y tiempos:

1. Diseños de los programas para cumplir con los objetivos: Agosto a Diciembre 2012
2. Implementación de los programas:
 - a) Primera etapa: Noviembre 2012 a Abril 2013, difusión, motivación, capacitación, implementación, consolidación, estabilización
 - b) Segunda etapa: Mayo 2013 a Octubre 2013, monitoreo, supervisión y evaluación
 - c) Tercera etapa: Noviembre 2013 a Octubre 2014, consolidación, revisión, retroalimentación, reformulación y mejora
 - d) Cuarta etapa: Noviembre 2014 a Mayo 2015, monitoreo, supervisión y evaluación. Consolidación de resultados

El presente plan es de carácter dinámico, por tratarse de una propuesta de cambio estructural en los procesos asistenciales y administrativos, por lo que será reevaluado cada tres meses para hacer los ajustes que se requiera



REUNION DE EQUIPOS DE GESTION 09-08-2012
PLAN DE TRABAJO

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	DEPARTAMENTO Y/O OFICINA	FIRMA
1	SONDRA PINEDO MUÑOZ	DEICOM	[Firma]
2	YOVANA CASTRO GUILTANA	PERSONAL	[Firma]
3	ELMER OLIVA ESTRADA	PERSONAL	[Firma]
4	Jiannina Rojas Merino	Personal	[Firma]
5	CARMEN JIMENEZ ROJAS	PLANEAMIENTO	[Firma]
6	Elidoro Angeles Guerrero	Auxilio Jurídica	[Firma]
7	Claudia Pico Escobedo	Of. Gestión de Calidad	[Firma]
8	Huanachi Delgado, Juan C.	Serv. Generales	[Firma]
9	Héctor A. Tabares Castillo	Economía	[Firma]
10	Maria Elena Topia López	Economía	[Firma]
11	Miguel y Rodolfo Vargas	Ases. Jurid	[Firma]
12	Elvi Guerrero A.	Estadística	[Firma]
13	Nelly Infante J.	Dpto. de Contratación	[Firma]
14	Luis Eduardo Ruiz Díaz	DAMC	[Firma]
15	Percy Priale	DAMC	[Firma]
16	Enrico Botonour B.	OADI	[Firma]
17	Ernany Rene Ramirez	DPNA	[Firma]
18	Weather Casero	Emergencia	[Firma]
19	Hugo C. Hoyer Baranthes	MANTENIMIENTO	[Firma]
20	Pelayo Zavala Jaramillo	OF. G. CALIDAD	[Firma]
21	Silvia Matto Mindaña	Dpto. Farmacia	[Firma]
22	MARtha GUTIERREZ E.	ECONOMIA	[Firma]
23	CARLOS MESA ILLINOI	PSICOLOGIA	[Firma]
24	Eliezer Diaz Araujo	Laboratorio y Control	[Firma]
25	JUDY VILLA VARGAS	D. p. Rehab. y Psicoterapia	[Firma]
26	Karin Vargas Gomez	OCIA	[Firma]
27	Patricia Medina Carrón	Asesoría Dirección General	[Firma]
28	CONTRERAS JOHANNES WALTER HUGO	OFICINA DE COMUNICACIÓN	[Firma]
29	Elisa J. Rivera del Río	Logística	[Firma]
30	Héctor Mayo Lopez	OCI	[Firma]
31	Jugo J. Garcia Vargas	OSBYM	[Firma]
32	Angel Alvarez Toranzo	Jefe de Psiquiatria Agudos	[Firma]
33	MARIA WILMA VERRUGA RUIZ	Dpto. PSICOLOGIA - LEA ELB	[Firma]
34	Ane E. Chum Yare	DE PLANT EST	[Firma]
35	LUISA SUYON JIMENEZ	LOGISTICO ADQUISICIONES	[Firma]
36	ROBERTA MARÍA SANCHEZ VALDES	INFORMATICA	[Firma]
37	José María Colás	Dpto. Hospitalización	[Firma]
38	JOSE CASTRO MANDUO	Of. Relaciones Públicas	[Firma]
39	FELISA CERESO GOMEZ	Jef. Serv. Recuperación Socia	[Firma]



40	Patricia Camorro Alvarez	Jefe de Area Hospital. y C. Cat. Ser. Soc.	<i>[Signature]</i>
41	Blanca Alenda Peraza	Jefe del Depto. de Enf.	<i>[Signature]</i>
42	TERESA VILCHEZ TOVAR	Superv. de ENFERMERIA	<i>[Signature]</i>
43	CARMEN COLAN ARMAS	SUPERV. DE ENFERMERIA	<i>[Signature]</i>
44	WZ A. USCARO QUIPE	Supervision de enfermeria	<i>[Signature]</i>
45	Thomas Balbon Valera	Director de Administracion	<i>[Signature]</i>
46	Rafael Zapate Zapate	ASIST. ADMINISTRATIVO	<i>[Signature]</i>
47	Augusto GALERZA A.	EPIDEMIOLOGIA	<i>[Signature]</i>
48	ANA ROSA A.	C. EXTERNA	<i>[Signature]</i>
49	ROSSANA NAVPARIJANA	Depto Adicciones	<i>[Signature]</i>
50	IRIS DINTO RAVIOLI	ORIGINA DE PERSONAL	<i>[Signature]</i>
51	ROSA RADAS I.	TRAB. SOCIAL DPNA	<i>[Signature]</i>
52	MARIA VARIAN DE LA CRUZ	TRABAJO SOCIAL	<i>[Signature]</i>
53	Gerardo Ponzoque Jimenez	Ornitoma Colima	<i>[Signature]</i>
54	Hipolito Oswaldo Castro Rojas	oswaldo de estadisticas	<i>[Signature]</i>
55	Victor Rodriguez Perez	psiquiatria forense	<i>[Signature]</i>
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			

