

UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

unir

**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud**

**Máster Universitario en Dirección y
Gestión Sanitaria**

Trabajo fin de Máster

**Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló**

Presentado por: Rafael Mora Marín

Asesorado por: Miguel López Gobernado

Fecha: Julio 2020

ÍNDICES

Índice de contenidos

ÍNDICES	1
Índice de contenidos	1
Índice de tablas	3
Índice de gráficos	5
Índice de figuras	5
Índice de abreviaturas.....	6
1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO.....	7
2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS ESPAÑOL Y VALENCIANO.....	8
2.1. MARCO LEGISLATIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL	8
2.2 EL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD	8
2.2.1. Cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud.....	9
2.2.2. Asistencia sanitaria	9
2.2.3. Docencia, investigación e innovación	10
2.2.4. Recursos humanos	11
2.2.5. Recursos económicos	11
3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	13
3.1 ANÁLISIS EXTERNO	13
3.1.1. Datos demográficos.....	13
3.1.2. Recursos sanitarios en los departamentos de salud de la provincia de Castelló.....	18
3.1.3. Recursos sociales y comunitarios de los departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana.....	24
3.1.4. La Red de Salud Mental de Castelló	26
3.1.5. Recursos estructurales. El CHPC	28
3.1.6. Actividad asistencial del CHPC	31
3.1.7. Plan estratégico del CHPC	33
3.1.8. Plan Estratégico del Servicio Valenciano de Salud	34
3.2. ANÁLISIS INTERNO	39
3.2.1. Estructura funcional.....	39
3.2.2. Recursos Humanos de la UGC de Salud Mental.....	58
3.2.3. Previsión de la demanda.....	61
3.2.4. Matriz DAFO/CAME	67
4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.....	72
4.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	72
4.1.1. Misión.....	72
4.1.2. Visión	72
4.1.3. Valores.....	73
4.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, FACTORES CLAVE DE ÉXITO.....	73
4.3. OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD	76
4.3.1. Adaptar los procesos de la UGC a las nuevas necesidades de la población.....	76
4.3.2. Contener los costes.....	77
4.4. MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD.....	79
4.5. PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, DE SOPORTE.....	81
4.5.1. Procesos estratégicos	81
4.5.2. Procesos operativos o clave.....	81
4.5.3. Procesos de soporte.....	85

4.6. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	86
4.6.1. Aplicar tratamientos basados en la evidencia	86
4.6.2. Elaborar planes de cuidados de enfermería	87
4.6.3. Atender a los problemas de salud física de las personas ingresadas por problemas de salud mental	87
4.6.4. Utilizar métodos de contención lo menos restrictivos posible	88
4.6.5. Prevenir el suicidio.....	88
4.7. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	89
4.7.1. Promover el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.....	90
4.7.2. Respetar la autonomía del paciente.....	90
4.7.3. Potenciar ambientes terapéuticos positivos en todos los dispositivos del servicio	91
4.7.4. Facilitar información para luchar contra el estigma	92
4.7.5. Mejorar la satisfacción de los usuarios contando con su opinión.....	93
4.7.6. Potenciar la participación de las familias, asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ONGs y sociedades científicas y profesionales	94
4.8. GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA.....	94
4.8.1. Protocolos, guías clínicas y programas asistenciales.....	94
4.8.2. Selección de las guías de práctica clínica apropiadas	95
4.8.3. Organismos que publican GPC	96
4.9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	97
4.9.1. Gestión del conocimiento	97
4.9.2. Innovación.....	99
4.9.3. Gestión del conocimiento e innovación objetivas y sin influencias externas.	100
4.10. DOCENCIA Y FORMACIÓN	101
4.11. ACTIVIDAD INVESTIGADORA.....	103
4.12. MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO.....	104
5. CURRÍCULUM DEL CANDIDATO	111
5.1. PERFIL DEL CANDIDATO.....	111
Formación	111
Perfil asistencial	111
Perfil investigador	112
Perfil docente	113
Gestión clínica	114
Cualidades y competencias personales.....	114
Conclusiones	116
5.2. FUNCIONES DEL JEFE DE SERVICIO.....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXO: CURRÍCULUM VITAE	122

Índice de tablas

Tabla 1. Población de los Departamentos de Salud de la provincia de Castelló	14
Tabla 2. Municipios más poblados de la provincia de Castelló	16
Tabla 3. Distribución de la población de la provincia de Castelló por edad y sexo	17
Tabla 4. Número de habitantes extranjeros empadronados en Castelló de las nacionalidades más representadas.	18
Tabla 5. Centros públicos de Atención Primaria y Especializada.....	19
Tabla 6. Hospitales públicos y privados de los Departamentos de Castelló	19
Tabla 7. Unidades de Salud Mental de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana.....	20
Tabla 8. Unidades de Salud Mental Infantil de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana	21
Tabla 9. Centros privados ambulatorios de salud mental de la provincia de Castelló.....	21
Tabla 10. Hospitales de día de Salud Mental	21
Tabla 11. Dispositivos de hospitalización psiquiátrica del CHPC.....	22
Tabla 12. UCAs de los departamentos de la provincia de Castelló	23
Tabla 13. Comunidades terapéuticas de la provincia de Castelló.....	23
Tabla 14. Asociaciones de familiares y usuarios de salud mental de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana.....	24
Tabla 15. CRIS de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana.....	25
Tabla 16. Viviendas supervisadas de salud mental de los departamentos de referencia del CHPC	25
Tabla 17. CEEMs de los departamentos de referencia del CHPC.....	26
Tabla 18. Centros de día de los departamentos de referencia del CHPC.....	26
Tabla 19. Dispositivos de la Red de Salud Mental de Castelló	27
Tabla 20. Actividad asistencial del CHPH en los últimos 5 años	31
Tabla 21. Actividad de los servicios centrales del CHPC en los últimos 5 años	32
Tabla 22. Número de atenciones en el Servicio de Urgencias del CHPC en los últimos 5 años..	33
Tabla 23. Misión, visión y valores del CHPC.....	33
Tabla 24. Líneas estratégicas del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana	35
Tabla 25. Acciones propuestas para alcanzar el Objetivo 2.7. Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.....	36
Tabla 26. Acciones propuestas para alcanzar el Objetivo 5.1. Favorecer el bienestar emocional	37
Tabla 27. Líneas estratégicas, objetivos generales y objetivos específicos de la ESM de la Comunitat Valenciana.....	38
Tabla 28. Dispositivos de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del CHPC	40
Tabla 29. Indicadores de actividad de la UHB de los últimos cinco años	42
Tabla 30. Indicadores de actividad de la UDH de los últimos cinco años	42
Tabla 31. Indicadores de actividad de la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil en los últimos 5 años	43
Tabla 32. Indicadores de actividad de la Unidad de Hospitalización de Trastornos Alimentarios en los últimos 5 años.....	44
Tabla 33. Indicadores de actividad de la UME en los últimos 5 años	45
Tabla 34. Actividad de Hospitalización Parcial de la UME en los últimos 5 años	46
Tabla 35. Indicadores de actividad de la Unidad de Larga Estancia en los últimos 5 años.....	47
Tabla 36. Indicadores de Urgencias Psiquiátricas del CHPC en los últimos 5 años.....	48
Tabla 37. Indicadores de actividad de psicología de enlace en los últimos 5 años.....	49
Tabla 38. Indicadores de actividad del HDCS en los últimos 5 años	50

Tabla 39. Indicadores de actividad del HDVR en los últimos 5 años	51
Tabla 40. Indicadores de actividad del HDET en los últimos 5 años	52
Tabla 41. Indicadores de actividad del HDTA en los últimos 5 años	53
Tabla 42. Indicadores de actividad de la USM en los últimos 5 años	55
Tabla 43. Indicadores de actividad de la USMI en los últimos 5 años	56
Tabla 44. Indicadores de actividad de la UCA en los últimos 5 años	57
Tabla 45. Personal del Área de Salud Mental del CHPC	59
Tabla 46. Personal en formación sanitaria especializada de la UGC de Salud Mental	60
Tabla 47. Análisis DAFO de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del CHPC	68
Tabla 48. Estrategias a partir del análisis CAME	69
Tabla 49. Coste total del Área de Salud Mental del CHPC en el ejercicio 2019	78
Tabla 50. Perspectivas y objetivos estratégicos del cuadro de mando integral	104
Tabla 51. CMI. Perspectiva financiera (sostenibilidad)	106
Tabla 52. CMI. Perspectiva del cliente	107
Tabla 53. CMI. Perspectiva de los procesos internos	108
Tabla 54. CMI. Perspectiva del crecimiento y aprendizaje	109

Índice de gráficos

Gráfico 1. Comparación entre el presupuesto de la Generalitat y el presupuesto de Sanidad.....	12
Gráfico 2. Peso específico del presupuesto sanitario respecto al presupuesto global de la Generalitat	12
Gráfico 3. Evolución demográfica en la provincia de Castelló 2005-2019	17
Gráfico 4. Evolución de las urgencias del CHPC en los últimos 5 años	33
Gráfico 5. Evolución del número de hogares unipersonales a lo largo del tiempo en España y en la Comunitat Valenciana (en miles).....	62

Índice de figuras

Figura 1. Departamentos de salud de la Comunitat Valenciana	13
Figura 2. Comarcas de la provincia de Castelló.....	15
Figura 3. Población por municipio en la provincia de Castellón (2018)	15
Figura 4. Pirámide de población de la provincia de Castelló (datos de 2019).....	16
Figura 5. Plano de la planta baja del CHPC	29
Figura 6. Organigrama del Área de Salud Mental.....	61
Figura 7. Las oleadas previsibles de la pandemia	66
Figura 8. Mapa de procesos de la UGC de Salud Mental del CHPC.....	80
Figura 9. Círculo de transferencia del conocimiento	98
Figura 10. Mapa estratégico.....	110

Índice de abreviaturas

AP:	Atención Primaria
CDPD:	Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad
CEEM:	Centro Específico de Enfermos Mentales
CEUCH:	Centro de Estudios Universitarios Cardenal Herrera
CHPC:	Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló
CIPi:	Conselleria de Igualtat i Polítiques Inclusive
CRIS:	Centro de Rehabilitación e Integración Social
CSP:	Centros de Salud Pública
CSUiSP:	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
CM	Contención Mecánica
CT:	Comunidad Terapéutica
ESM:	Estrategia de Salud Mental
ETAC:	Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario
EVES:	Escuela Valenciana de Estudios de la Salud
FHPC:	Fundación del Hospital Provincial de Castelló
FOP:	Fuerzas del Orden Público
FSE:	Formación Sanitaria Especializada
GPC:	Guía de Práctica Clínica
HACLE:	Hospital de Atención a pacientes Crónicos y de Larga Estancia
HDCS:	Hospital de Día de Castelló
HdD:	Hospital de Día
HDET:	Hospital de Día Educativo-Terapéutico
HDTA:	Hospital de Día de Trastornos Alimentarios
HDVR:	Hospital de Día de Vila-real
LGS:	Ley General de Sanidad
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence
OASM:	Oficina Autonómica de Salud Mental
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
SAIP:	Servicio de Atención e Información al Paciente
SAMU:	Servicio de Atención Médica Urgente
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SU:	Servicio de Urgencias
SVS:	Sistema Valenciano de Salud
TCA:	Trastornos de la conducta alimentaria
TCAE:	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TEC:	Terapia electroconvulsiva
TLP:	Trastorno Límite de Personalidad
TMG	Trastorno Mental Grave
UCA:	Unidad de Conductas Adictivas
UDH:	Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
UGC:	Unidad de Gestión Clínica
UHB:	Unidad de Hospitalización Breve
UHIJ:	Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil
ULE:	Unidad de Larga Estancia
UME:	Unidad de Media Estancia
USM:	Unidad de Salud Mental
USMI:	Unidad de Salud Mental Infantil
USMIA:	Unidad de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia
UTA:	Unidad de Trastornos Alimentarios

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El presente documento constituye mi Trabajo de Fin del Máster Universitario de Dirección y Gestión Sanitaria de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR). En él he intentado verter todo lo que he aprendido a lo largo del curso.

Sin embargo, su verdadero propósito no es puramente académico ni el de cubrir un mero trámite administrativo para la obtención de un título.

Ni siquiera está concebido como un instrumento para alcanzar un hipotético puesto directivo ya que, desde febrero de 2019, tengo el honor de ser el Jefe de Servicio del Área de Salud Mental del Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló (CHPC).

Mi intención es convertir mi Servicio en una verdadera Unidad de Gestión Clínica. Para ello haré lo posible por llevar a la práctica real las líneas estratégicas, objetivos y procesos descritos en este trabajo y por monitorizar el plan de gestión utilizando el cuadro de mando.

Por ese motivo he procurado que todos los datos se ajusten lo máximo posible a la realidad de mi Servicio y que los planes y objetivos sean realistas y directamente aplicables a la práctica clínica. Debido a la complejidad del Servicio, este trabajo excede la extensión considerada habitual.

Debo añadir que la búsqueda de datos para la redacción del presente documento me ha permitido conocer más a fondo el Área de Salud Mental, el Hospital Provincial y su entorno. He descubierto carencias y áreas de mejora como, por ejemplo, la necesidad de conseguir unos sistemas de información más ágiles y fiables, que sean útiles para la gestión clínica.

2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS ESPAÑOL Y VALENCIANO

2.1. MARCO LEGISLATIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

La Constitución Española (CE) de 1978, base de nuestro ordenamiento jurídico, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y a la atención sanitaria e impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (Artículo 43 de la CE, 1978).

Al mismo tiempo, nuestra Carta Magna organiza el territorio nacional en comunidades autónomas (Artículo 2 y Título VIII de la CE) y les otorga competencias en sanidad e higiene (artículo 148), con la excepción de la sanidad exterior (artículo 149).

En desarrollo del mandato constitucional se promulgó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), que favoreció el paso de un modelo basado en seguros sociales (modelo Bismark) al actual Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge) financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal.

La LGS define al Sistema Nacional de Salud como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, enunciados como principios generales en la Ley General de Sanidad, fueron desarrollados a través de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (LAP).

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, sentó las bases para la coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el sistema nacional de salud.

2.2 EL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD

El estatuto de autonomía de la Comunitat Valenciana quedó aprobado mediante la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio. Las competencias sanitarias le fueron transferidas en 1987, a través del Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, *sobre traspaso a la Comunitat Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud*. El traspaso fue efectivo a partir del 1 de enero de 1988.

El Sistema Valenciano de Salud (SVS) es el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunitat Valenciana, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat y dirigidos a hacer efectivo el derecho constitucional a la salud. Quedó definido por la Ley 10/2014 de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana

Actualmente la gestión y administración del SVS es competencia de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP), que debe organizar y tutelar la salud individual y colectiva a través de las prestaciones, servicios y medidas preventivas necesarias.

2.2.1. Cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud

En el Sistema Nacional de Salud, la cartera de servicios básica viene recogida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La Ley 16/2003 define la cartera de servicios como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Dicha cartera fue modificada posteriormente por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En nuestro ámbito autonómico, el artículo 9 de la Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana establece que la cartera de servicios del SVS estará formada por:

- La **cartera común del Sistema Nacional de Salud**, que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente.
- La **cartera de servicios complementaria** que se pueda aprobar de conformidad con la normativa básica estatal y siempre que quede garantizada la suficiencia financiera en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

2.2.2. Asistencia sanitaria

El acceso inicial al sistema sanitario se realiza a través de los centros de salud y consultorios, donde se proveen las prestaciones asistenciales propias de la Atención Primaria (AP). En la Comunitat Valenciana se ubican 244 centros de salud y 569 consultorios de AP, distribuidos en los distintos departamentos y zonas de salud.

Como unidades de apoyo a los equipos de atención primaria se dispone de las unidades básicas de rehabilitación, unidades de odontología preventiva, unidades de salud mental, unidades de conductas adictivas, unidades de salud sexual y reproductiva y unidades de prevención de cáncer de mama.

La atención especializada, con carácter ambulatorio, se realiza a través de los centros sanitarios integrados, los centros de especialidades y la actividad ambulatoria hospitalaria.

Para la prestación de la atención sanitaria en régimen de internado, la Comunitat Valenciana cuenta con 28 hospitales generales y 6 hospitales de atención a pacientes crónicos y de larga estancia (HACLE). Además, como alternativa a la hospitalización convencional se han desarrollado las unidades de hospitalización a domicilio, que permiten prestar atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente, y las unidades médicas de corta estancia.

2.2.3. Docencia, investigación e innovación

Tal y como establece la Ley de Salud de la Comunitat Valenciana, *todo el Sistema Valenciano de Salud debe estar en disposición de poder ser utilizado para la docencia pregraduada, especializada, postgraduada y continuada de los profesionales.*

La Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) es la unidad administrativa de la CSUiSP para el apoyo científico-técnico en el ámbito de la formación, docencia e investigación. La formación permanente del personal sanitario y no sanitario del SVS se estructura a través de los distintos planes de formación, que se elaboran teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales y las líneas estratégicas de la CSUiSP.

La investigación sanitaria y la innovación en salud son elementos básicos del SVS, que se desarrollan tanto en centros de investigación como en centros asistenciales. La CSUiSP es la responsable de marcar las directrices y desarrollar la política de investigación e innovación en el ámbito de la salud.

Como estructuras de apoyo a la investigación desde los centros sanitarios se cuenta con un conjunto de entidades para la gestión de la actividad investigadora en los departamentos de salud:

- El Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA gestiona la investigación biomédica del Hospital Clínico Universitario de Valencia y su departamento de salud.
- El Instituto de Investigación Sanitaria La Fe ejerce estas funciones en el ámbito del Hospital Universitario y Politécnico de la Fe y su departamento de salud.
- La Fundación del Hospital Provincial de Castelló gestiona la investigación en el CHPC.
- La Fundación del Hospital General Universitario de Valencia hace lo propio en su ámbito.
- La Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) integra en la actualidad el anterior Centro Superior de Investigación en Salud Pública y las fundaciones del Hospital Universitario Doctor Peset, Hospital General Universitario de Alicante y el Hospital General Universitario de Elche, además de asumir la gestión

de la actividad científica de otros 17 departamentos de salud y de la Fundación Oftalmológica del Mediterráneo.

- Por último, el Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF) destaca como centro de excelencia de la investigación biomédica en la Comunitat Valenciana.

2.2.4. Recursos humanos

El Sistema Valenciano de Salud dispone de una plantilla de más de 65.000 profesionales. En el ámbito de la CSUiSP existen tres tipos de personal y puestos:

- Los gestionados por la Dirección General de Función Pública de la Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas, que no tienen la consideración de personal sanitario y se encuentran circunscritos a los servicios centrales y territoriales.
- Los de Salud Pública, Inspección de Servicios Sanitarios y los puestos traspasados a la Conselleria con requisito de licenciatura/diplomatura sanitaria, que son gestionados por la CSUiSP y tienen la consideración de personal sanitario.
- Los de instituciones sanitarias, desempeñados fundamentalmente por personal estatutario.

2.2.5. Recursos económicos

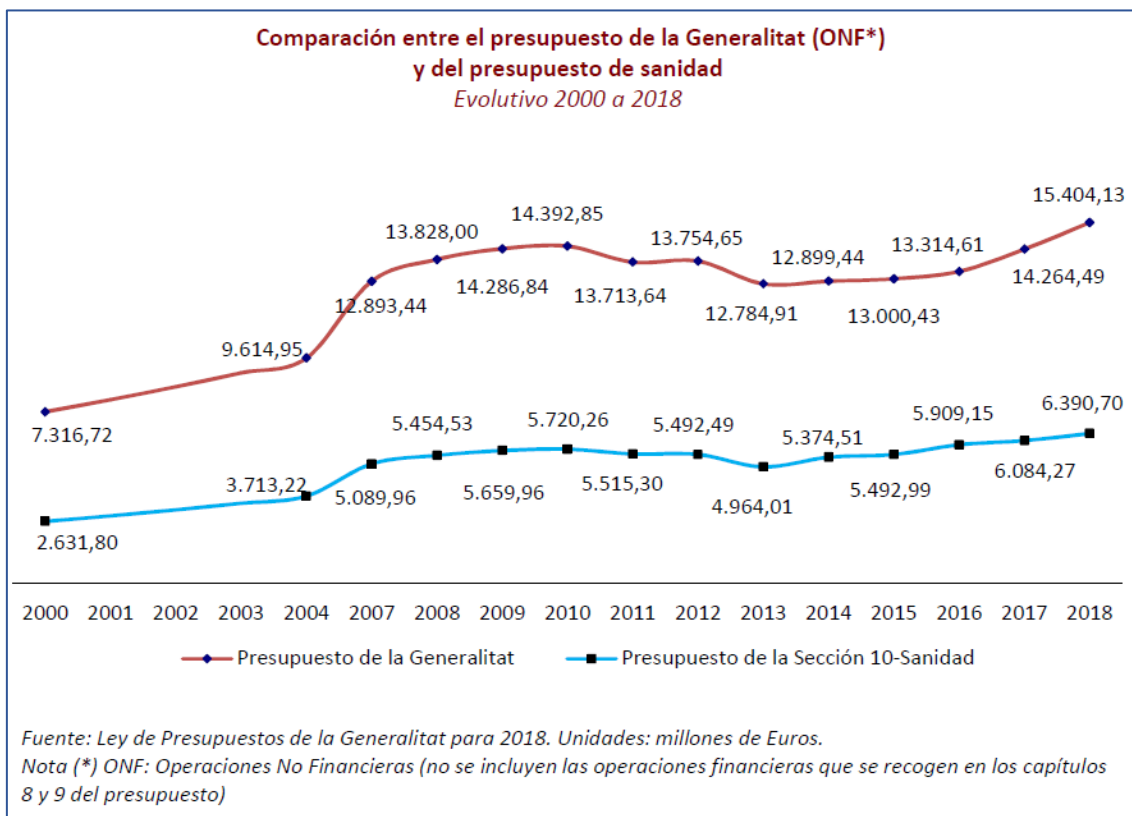
La Ley 22/2017, de Presupuestos de la Generalitat para el año 2018, asignó un presupuesto inicial a la CSUiSP de 6.390,70 millones de euros, lo que representa un crecimiento del 5,0% respecto al presupuesto inicialmente aprobado en el ejercicio 2017.

En términos per cápita, el presupuesto sanitario ascendió a 1.292,09 euros por habitante en 2018, un 4,8% más que en el año 2017.

En el ámbito de la Generalitat, esta dotación presupuestaria en 2018 se tradujo en que el 41,5% del conjunto de los presupuestos totales de la Generalitat fue destinado a la sanidad pública valenciana.

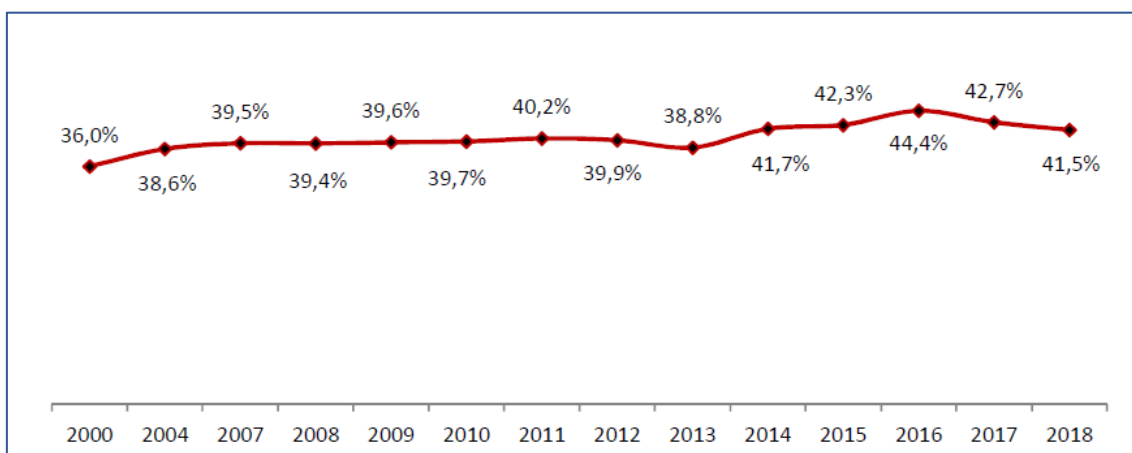
El **Gráfico 1** muestra la evolución en cifras absolutas del presupuesto en sanidad de la Generalitat Valenciana, comparada con su presupuesto general. El **Gráfico 2** representa la evolución del peso específico del presupuesto sanitario respecto al presupuesto global, entre 2000 y 2018.

Gráfico 1. Comparación entre el presupuesto de la Generalitat y el presupuesto de Sanidad



Fuente: Generalitat Valenciana, 2018a

Gráfico 2. Peso específico del presupuesto sanitario respecto al presupuesto global de la Generalitat



Fuente: Generalitat Valenciana, 2018a

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.1 ANÁLISIS EXTERNO

3.1.1. Datos demográficos

El artículo 13 de la Ley 10/2014 de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, ordena el SVS en Departamentos de Salud, que son sus estructuras fundamentales y equivalen a las áreas de salud previstas en la legislación básica estatal (Ley 14/1986, LGS). En la actualidad el territorio valenciano está estructurado en 24 departamentos de salud (**Figura 1**) y 241 zonas básicas de salud.

Figura 1. Departamentos de salud de la Comunitat Valenciana



Fuente: Generalitat Valenciana, 2018b

Cada uno de los departamentos de salud tiene un hospital de referencia. En el caso del Departamento de Castelló se trata del Hospital General de Castelló.

El Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló (CHPC) se ubica geográficamente en ese mismo Departamento como hospital complementario dotado de tres institutos clínicos (Instituto Oncológico, Instituto de Salud Mental e Instituto Oftalmológico) y con los servicios especiales de apoyo necesarios. En las especialidades que constituyen los institutos clínicos y particularmente en el área de Salud Mental, el CHPC funciona como un hospital de referencia para los departamentos de Vinaròs, de Castelló y de La Plana.

Esos tres departamentos cubren siete de las ocho comarcas de la provincia de Castelló (**Tabla 1, Figura 2**), lo que supone 105 de sus 135 municipios.

Tabla 1. Población de los Departamentos de Salud de la provincia de Castelló

Departamento	Comarcas	Habitantes por	
		Comarca	Departamento
Vinaròs	Baix Maestrat	81.871	86.271
	Ports de Morella	4.400	
Castelló	L'Alcalatén	15.585	275.070
	Alt maestrat	6.657	
	Plana Alta	252.828	
La Plana	Alto Mijares	3.853	185.358
	Plana Baixa*	181.505	
	TOTAL habitantes	546.699	546.699
*Excepto las poblaciones de Almenara, Xilxes y La Llosa			
Fuente: Wikipedia, 2020			

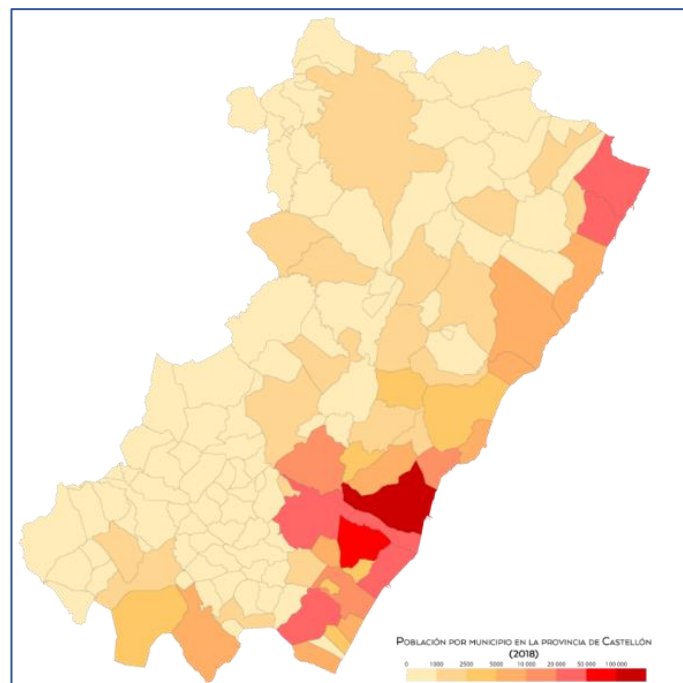
Según datos del Instituto Nacional de Estadística a fecha 1 de enero de 2019, la población de la provincia completa es de 579.962 habitantes. De ellos, 546.699 residen en los departamentos citados.

Con una extensión de 6.632 km², Castelló es una provincia relativamente poco poblada. Su densidad de población es de 87,25 hab/km² (INE 2019), ligeramente inferior a la media española (92,02 hab/km²) y la menor de las tres provincias de la Comunitat Valenciana.

La población se concentra principalmente en municipios de la costa (**Figura 3**). Los cinco municipios más poblados agrupan más de 314.000 habitantes (**Tabla 2**).

Figura 2. Comarcas de la provincia de Castelló

Fuente: Ferrer, 2020

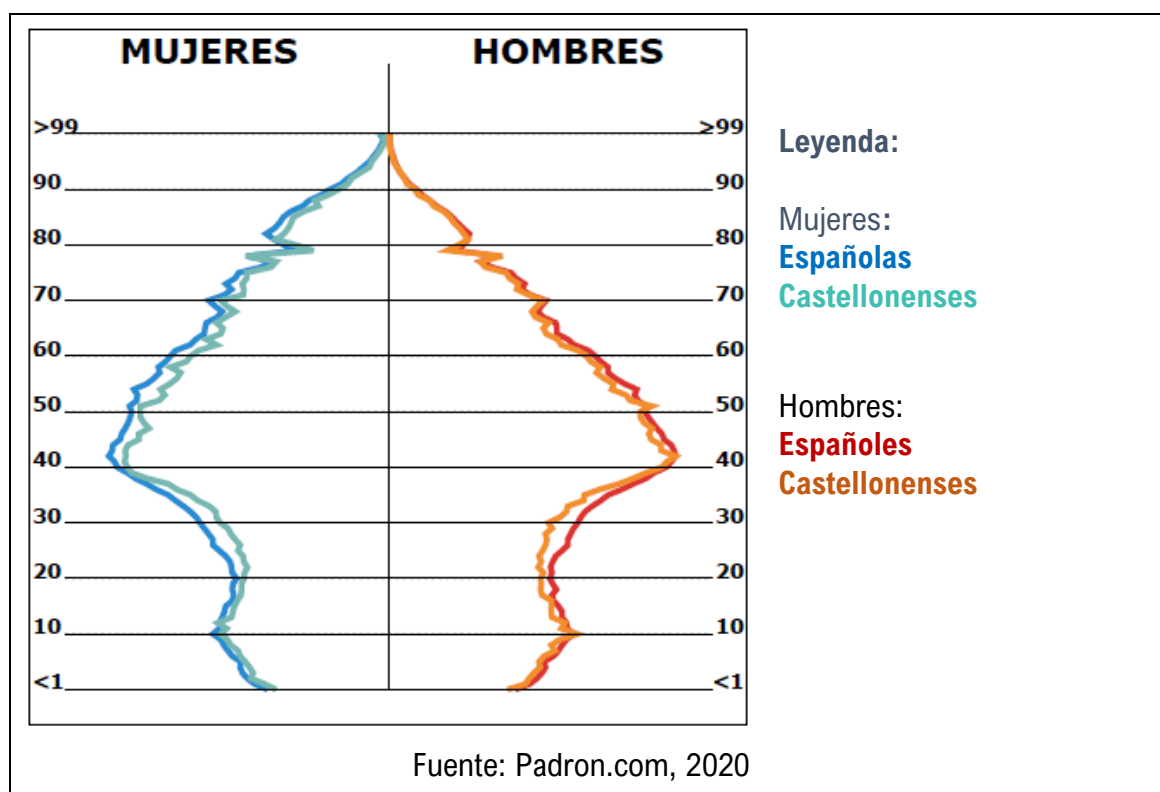
Figura 3. Población por municipio en la provincia de Castellón (2018)

Fuente: Lanoyta, 2020

Tabla 2. Municipios más poblados de la provincia de Castelló

Municipio	Población
Castelló de la Plana	169.498
Vila-real	50.334
Borriana	34.464
Vall d'Uixò	31.733
Vinaròs	28.292
TOTAL	314.321

Fuente: INE, 2020

Figura 4. Pirámide de población de la provincia de Castelló (datos de 2019)

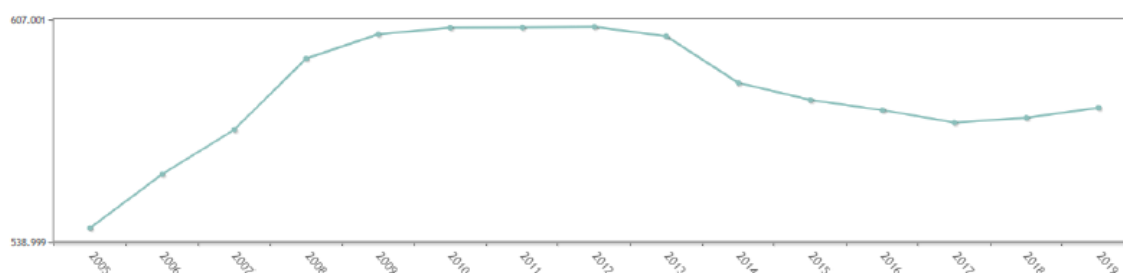
La pirámide de edad de la provincia no es diferente de la española, con un predominio de la población de edad media (entre 40-50 años) y una base estrecha, lo que indica una población con tendencia al envejecimiento y poco recambio generacional (**Figura 4, Tabla 3**).

Tabla 3. Distribución de la población de la provincia de Castelló por edad y sexo

Edad	Mujeres	Hombres	Total
>99	125	32	157
95-99	845	272	1.117
90-94	3.271	1.577	4.848
85-89	7.239	4.461	11.700
80-84	9.596	6.861	16.457
75-79	11.149	9.092	20.241
70-74	14.112	12.808	26.920
65-69	15.436	14.337	29.773
60-64	17.221	16.851	34.072
55-59	20.032	20.168	40.200
50-54	22.298	23.100	45.398
45-49	23.321	24.561	47.882
40-44	24.820	26.273	51.093
35-39	21.357	21.636	42.993
30-34	16.715	16.786	33.501
25-29	14.580	15.003	29.583
20-24	13.612	14.446	28.058
15-19	14.124	14.887	29.011
10-14	15.369	16.424	31.793
5-10	14.408	15.326	29.734
0-4	12.255	13.176	25.431

Fuente: Padron.com, 2020

El número de personas inscritas en el padrón de la provincia de Castelló aumentó rápidamente en la primera década del siglo XXI para bajar de los 604.564 habitantes censados en 2012 hasta los 575.470 de 2017. Posteriormente estamos asistiendo a cierta recuperación, hasta llegar a las 579.962 personas censadas en 2019 (**Gráfico 3**).

Gráfico 3. Evolución demográfica en la provincia de Castelló 2005-2019

Fuente: INE, 2020

En la provincia están empadronadas 84.111 personas cuya nacionalidad no es la española, lo que supone un 14,5% de la población. De las 149 nacionalidades que residen en Castelló, las mayoritarias son la rumana y la marroquí (**Tabla 4**).

Tabla 4. Número de habitantes extranjeros empadronados en Castelló de las nacionalidades más representadas.

Nacionalidad	Nº de personas
Rumana	38.260
Marroquí	15.784
Colombiana	2.974
Argelina	2.252
Italiana	1.905
Francesa	1.505
China	1.460
Ucraniana	1.390
Británica	1.209
Brasileña	1.183
Búlgara	1.146
Fuente: INE, 2020	

3.1.2. Recursos sanitarios en los departamentos de salud de la provincia de Castelló

Se describen en este apartado los diferentes dispositivos sanitarios con los que cuentan los departamentos de salud de Vinaròs, de Castelló y de La Plana. En primer lugar, se enumeran los centros públicos de atención primaria y especializada, así como los hospitales públicos y privados. A continuación, describiremos los dispositivos sanitarios específicos de salud mental, algunos de los cuales forman parte de nuestra Unidad de Gestión Clínica.

En la Comunitat Valenciana la red de drogodependencias está separada de la de salud mental. Sin embargo, debido a las interrelaciones cada vez más frecuentes entre ambas y al hecho de que el Área de Salud Mental dispone de la única Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) de la provincia y de una de las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), dedicaremos el último apartado de este epígrafe a los dispositivos de la red de drogodependencias disponibles en nuestra provincia

A) Dispositivos sanitarios generales

El territorio de los tres departamentos de la provincia está dividido en 33 zonas básicas de salud sobre las que asientan un total de 143 dispositivos entre centros de salud, centros de salud integrados y consultorios auxiliares ([Tabla 5](#)).

La provincia de Castelló cuenta con cuatro hospitales públicos de pacientes agudos y uno de media-larga estancia para pacientes somáticos ([Tabla 6](#)). Además, en la capital hay dos hospitales privados (uno general y otro especializado en traumatología).

Tabla 5. Centros públicos de Atención Primaria y Especializada

Departamento de salud	Atención Especializada			Atención Primaria				
	Hospitales de agudos	Centros de especialidades	Total	ZBS	CSI	Centros salud	Consultorios auxiliares	Total
Vinaròs	1	-	1	7	1	7	29	37
Castelló	2 *	1	3	17	2	21	41	64
La Plana	1	1	2	9	3	11	28	42
Total provincia	4	2	6	33	6	39	98	143

(*) Hospital General Universitario de Castelló y Consorcio Hospital Provincial de Castelló.
 Glosario: ZBS Zona Básica de Salud; CSI: Centros Sanitarios Integrados
 Fuente: Generalitat Valenciana, 2018

Todos los hospitales disponen de un área de consultas externas donde los médicos de las diferentes especialidades atienden a los pacientes de forma ambulatoria. La atención especializada se completa con dos centros de especialidades, uno en el Departamento de Castelló y otro en el de La Plana.

Tabla 6. Hospitales públicos y privados de los Departamentos de Castelló

	Nº camas	Localidad	Titular
Hospitales Generales			
H. General Universitario de Castelló	521	Castelló de la Plana	Generalitat Valenciana
Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló (CHPC)	257	Castelló de la Plana	CHPC
Hospital Universitario de la Plana	258	Vila-real	Generalitat Valenciana
Hospital Comarcal de Vinaròs	174	Vinaròs	Generalitat Valenciana
Hospital Rey D. Jaime	96	Castelló de la Plana	Sociedad Hospital Rey D. Jaime S.L.
Hospitales de media y larga estancia			
Hospital La Magdalena	204	Castelló de la Plana	Generalitat Valenciana
Hospitales especializados			
Instituto de Traumatología de Unión de Mutuas	28	Castelló de la Plana	Unión de Mutuas (MCSS N° 267)

Fuente: Generalitat Valenciana, 2020

B) Dispositivos de salud mental

En la red de salud mental de la provincia disponemos de:

- Dispositivos ambulatorios de adultos (Unidades de Salud Mental, USM) y de menores (Unidades de Salud Mental Infantil, USMI o Infantil y de la Adolescencia, USMIA).
- Hospitales de Día (HdD) de diferentes modalidades: HdD de adultos; HdD Educativo-Terapéutico; y HdD de Trastornos Alimentarios.
- Atención psiquiátrica urgente.

- Dispositivos hospitalarios: Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil (UHIJ), la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), la Unidad de Media Estancia (UME) y la Unidad de Larga Estancia (ULE).

Algunas de las USMs y USMIs, así como los HdD y todas las unidades de hospitalización forman parte de la estructura de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del CHPC.

En la descripción de los recursos se incluyen también algunos centros privados ambulatorios y un hospital de día relacionados con la salud mental. No hay unidades de hospitalización psiquiátrica privada en la provincia de Castelló.

1) Dispositivos ambulatorios de salud mental

Unidades de Salud Mental (USM)

Hay un total de ocho USM en los departamentos de referencia de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del CHPC ([Tabla 7](#)). Su ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud y actúan de forma integrada y coordinada con otros recursos especializados del departamento.

Las USM ofrecen un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como eje al paciente y cuidador principal, utilizando terapia psicofarmacológica y técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, basadas en la evidencia científica (se excluyen la hipnosis y el psicoanálisis).

Tabla 7. Unidades de Salud Mental de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana

USM	Localidad	Departamento	Titular
USM de Vinaròs	Vinaròs	Vinaròs	Generalitat Valenciana
USM Castelló I (Rafalafena)	Castelló de la Plana	Castelló	Generalitat Valenciana
USM de Castelló II (Cardenal Costa)	Castelló de la Plana	Castelló	CHPC
USM Castelló III (Illes Columbretes)	Castelló de la Plana	Castelló	Generalitat Valenciana
USM del Grao	Castelló de la Plana	Castelló	Generalitat Valenciana
USM de Vila-real	Vila-real	La Plana	Generalitat Valenciana
USM de Burriana	Borriana	La Plana	Generalitat Valenciana
USM de La Vall d'Uixó	Vall d'Uixó	La Plana	Generalitat Valenciana

Fuente: elaboración propia

Unidades de salud mental infantil y de la adolescencia (USMI o USMIA)

Las USMIs atienden a pacientes de menos de 15 años y las USMIAs, hasta los 18. Las características de esta población apoyan la necesidad de programas e intervenciones diferenciados y específicas. Las Unidades de Salud Mental Infantil (y de la Adolescencia) están coordinadas con la Unidad de Salud Mental, con los Equipos de Atención Primaria y otros para garantizar la correspondiente continuidad de cuidados.

Cada uno de los tres departamentos dispone de una de estas unidades ([Tabla 8](#)).

Tabla 8. Unidades de Salud Mental Infantil de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana

USMI	Localidad	Departamento	Titular
USMIA de Vinaròs	Vinaròs	Vinaròs	Generalitat Valenciana
USMI-1 (Gran Vía)	Castelló	Castelló	Generalitat Valenciana
USMI-2 (Calle Useres)	Castelló	La Plana	CHPC

Centros privados ambulatorios relacionados con la Salud Mental

Los datos sintetizados en la **Tabla 9** proceden del Registro de Centros Sanitarios de la Comunitat Valenciana.

Tabla 9. Centros privados ambulatorios de salud mental de la provincia de Castelló

Centro	Tipo	Localidad	Titular
Fundació dany cerebral Castelló de la Comunitat Valenciana	Otros centros especializados	Castelló de la Plana	Fundació dany cerebral Ateneu Castelló de la Comunitat Valenciana
Clinica Cedre	Centro de salud mental	Vila-real	Clinica Cedre Salut Mental SLU
Clinica de la memoria	Otros centros especializados	Vinaròs	Salvador Lopez Penalba
Clinica Arrels	Centro de salud mental	Castelló de la Plana	Pilar Ortolá Tur

Fuente: Generalitat Valenciana, 2020

2) Hospitales de Día de Salud Mental

Los departamentos de salud de Castellón cuentan con cuatro hospitales de día públicos y uno privado que tiene un acuerdo con la CSUiSP para la atención de algunos casos que cumplen ciertos requisitos (**Tabla 10**).

Todos los hospitales de día públicos son gestionados y financiados por el CHPC, por lo que se describirán en el apartado correspondiente al análisis interno de la Unidad de Gestió Clínica (página 39 y sucesivas).

Tabla 10. Hospitales de día de Salud Mental

Hospitales de Día de Salud Mental	Plazas	Departamento	Localidad	Titular
HdD de Adultos de Castelló	20	Castelló	Castelló de la Plana	CHPC
HdD de adultos de Vila-real	20	La Plana	Vila-real	CHPC
HdD Educativo-Terapéutico	9	Interdepartamental	Castelló de la Plana	CHPC
HdD de Trastornos Alimentarios	10	Interdepartamental	Castelló de la Plana	CHPC
Centro de día para trastornos alimentarios Previ*		Privado	Castelló de la Plana	Psicología y realidad virtual, SL

*Centro privado que atiende a pacientes con trastorno de personalidad y TCA de los tres departamentos previa autorización del gerente del hospital de referencia

3) Atención psiquiátrica urgente

Los dispositivos ambulatorios (USMs, USMI[A]s) y los hospitales de día atienden de forma urgente a sus propios pacientes, durante su horario laboral, cuando es necesario.

La atención hospitalaria a la urgencia psiquiátrica está incorporada dentro de los servicios de urgencia de los hospitales de la red asistencial de la Comunitat Valenciana.

Las urgencias psiquiátricas del Departamento de Vinaròs son atendidas por los psiquiatras de su USM, que se ubica físicamente dentro del recinto del hospital. Fuera del horario laboral habitual, los psiquiatras del Departamento hacen guardias localizadas con el fin de atender las urgencias que puedan surgir. El Hospital Comarcal de Vinaròs carece de una unidad de hospitalización psiquiátrica; por tanto, en caso de considerarse necesaria la hospitalización, los pacientes son trasladados al CHPC.

El Hospital General Universitario de Castelló cuenta con una psiquiatra de interconsulta y enlace, pero carece de unidad de hospitalización psiquiátrica y no atiende urgencias psiquiátricas, que son derivadas al CHPC.

El Hospital Universitario de La Plana, por su parte, carece de cualquier servicio de psiquiatría y sus urgencias psiquiátricas son derivadas al CHPC.

De este modo, el CHPC concentra las urgencias psiquiátricas de los tres Departamentos, a excepción de los casos que acuden al H. Comarcal de Vinaròs sin indicación de ingreso.

4) Atención hospitalaria en salud mental

El CHPC es el centro de referencia para los tres departamentos de la provincia. Dispone de (**Tabla 11**):

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHB).
- Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil (UHIJ).
- Unidad de media estancia (UME).
- Unidad de Larga Estancia (ULE).

Todas las Unidades de hospitalización forman parte del Área de Salud Mental del CHPC y se describen detalladamente en el apartado 3.2.1. Estructura funcional, dentro del capítulo dedicado al Análisis Interno (página 39).

Tabla 11. Dispositivos de hospitalización psiquiátrica del CHPC.

Dispositivo	Ubicación	Nº camas
UHB	Recinto del CHPC	40 camas (2 para la UDH)
UME	Recinto del CHPC	42 camas (+20 plazas de Hospital de día)
UHIJ	Recinto del CHPC	8 camas (2 de ellas para TCA)
ULE	Vall d'Alba	20 camas

C) Dispositivos de la red de drogodependencias

La red de drogodependencias de la provincia de Castelló está formada por las Unidades de Conductas Adictivas, la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria ubicada en el CHPC y dos comunidades terapéuticas privadas que disponen de un concierto con la CSUiSP para el tratamiento de pacientes derivados desde las UCAs.

Unidades de Conductas Adictivas (UCAs)

Las UCAs son los dispositivos de referencia para el tratamiento ambulatorio de las drogodependencias y otros trastornos adictivos. Son centros de apoyo a la Atención Primaria y se dispone de ellos en cada uno de los Departamentos de Salud. Todas pertenecen a la CSUiSP, excepto la UCA del CHPC. Para acceder a otros recursos de atención sanitaria o sociosanitaria al paciente drogodependiente es necesario ser derivado desde la UCA del Departamento de Salud correspondiente (**Tabla 12**).

Tabla 12. UCAs de los departamentos de la provincia de Castelló

UCA	Departamento	Titular
UCA de Vinarós	Vinaròs	Generalitat Valenciana
UCA del CHPC	Castelló	CHPC
UCA de Castelló de la Plana - Centro de Salud San Agustín	Castelló	Generalitat Valenciana
UCA de La Vall d'Uixó	La Plana	Generalitat Valenciana

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

La única UDH de la provincia forma parte de la UGC de Salud Mental del CHPC, por lo que se describe en el apartado de análisis interno. Véase página 41.

Comunidades terapéuticas (CT)

Se trata de centros de régimen residencial o semirresidencial cuya función es la deshabitación y rehabilitación de los enfermos drogodependientes, así como el aprendizaje de habilidades, actitudes y valores para su incorporación social.

Las dos CT de la provincia se ubican en la ciudad de Castelló de la Plana y sus titulares son, respectivamente, una fundación y una asociación sin ánimo de lucro. Admiten pacientes de la sanidad pública derivados desde las UCAs, mediante un concierto con la CSUiSP (**Tabla 13**).

Tabla 13. Comunidades terapéuticas de la provincia de Castelló

Comunidad Terapéutica	Localidad	Titular
CT Proyecto Amigó	Castelló	Fundación Amigó
CT Los Granados	Castelló	Asociación PATIM
Fuente: Generalitat Valenciana, 2020		

3.1.3. Recursos sociales y comunitarios de los departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana

A) Asociaciones de familiares y usuarios de salud mental

Contamos con varias asociaciones de familiares y usuarios relacionadas con la salud mental en los departamentos de referencia del CHPC, que se resumen en la **Tabla 14**.

El Área de Salud Mental del CHPC mantiene una relación fluida y cordial con todas estas asociaciones y con las personas que las representan.

Tabla 14. Asociaciones de familiares y usuarios de salud mental de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana

Asociación	Localidad	Contacto
Asociación de Familiares para los derechos del Enfermo Mental (AFDEM)	Castelló de la Plana	www.afdem.com
Familiares Asociados de Enfermos Mentales (FADEM)	Vall d'Uixó	www.fademvall.com
Asociación de familiares de enfermos mentales (AFEM) l'Alt Maestrat	Albocasser	Tel. 964 42 82 59 Correo: afemaltmaestre@gmail.es
Asociación levantina de ayuda e investigación de los trastornos de personalidad (ALAI-TP)	Castelló de la Plana	www.alai-tp.com
Realment. Asociación de salud mental en primera persona	Castelló de la Plana	https://comunitatrealment.com/agenda.html

Fuente: Janssen, 2020

B) Dispositivos y recursos sociosanitarios o de rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental grave

En la Comunitat Valenciana la sanidad y las áreas relacionadas con la atención sociosanitaria están separadas en dos consellerías distintas.

A continuación, se describen los dispositivos sociosanitarios relacionados con la salud mental en los departamentos de referencia. En la mayoría de los dispositivos la financiación es pública (por parte de la Conselleria de Igualtat i Polítiques Inclusives, CIPI) y la gestión es privada. Muchos de los datos se han obtenido de: CIPI, 2020.

1) Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS)

Los CRIS son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de su actividad social y laboral y de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y usuarias.

Se ubican en áreas urbanas, con fácil acceso y contacto con la comunidad y sus recursos. Ofrecen entre 50 y 70 plazas (**Tabla 15**).

Tabla 15. CRIS de los Departamentos de Vinaròs, Castelló y La Plana

CRIS	Plazas	Gestión
CRIS de Vinaròs	70	Ayuntamiento de Vinaròs
CRIS de Gran Vía (Castelló de la Plana)	70	El Castillo Atención a la Dependencia S.A.
CRIS de Cruz Roja (Castelló de la Plana)	55	Asamblea Provincial de la Cruz Roja en Castelló
CRIS de Vall d'Uixò	60	Ayuntamiento de Vall d'Uixò
CRIS de Vila-real	70	Fundación Manantial

2) Viviendas supervisadas

Se trata de viviendas configuradas como hogares funcionales de dimensiones reducidas en las que convive un grupo homogéneo de personas con enfermedad mental crónica, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado. Están situadas en suelo urbano y disponen de fácil acceso a equipamientos y servicios comunitarios. Su capacidad asistencial no puede ser inferior a cuatro plazas ni superior a siete plazas, en función de las condiciones, características y superficie de la Vivienda.

Todas las de nuestro ámbito son viviendas supervisadas (**Tabla 16**). Por razones históricas el CHPC dispone de tres de tales viviendas en la ciudad de Castelló de la Plana, una de ellas financiada por el propio hospital, que se gestionan desde el Área de Salud Mental (véase página 57).

Tabla 16. Viviendas supervisadas de salud mental de los departamentos de referencia del CHPC

Vivienda	Localidad	Plazas	Gestión
Integument Vinaròs	Vinaròs	7 mixta	Fundació Privada Integument
Cruz Roja	Castelló	6 varones	Asamblea Provincial de Cruz Roja
Gobernador	Castelló	5 varones	CHPC*
Quevedo	Castelló	4 mujeres	CHPC
Ulloa	Castelló	4 mujeres	CHPC
Cervantes	Castelló	7, mixta	Fundación Manantial
Integument Castelló	Castelló	7 mixta	Fundació Privada Integument
Ana Nebot	Vila-real	6, mixta	Fundación Manantial
* Vivienda financiada y gestionada por el CHPC			
Fuente: Generalitat Valenciana, 2020			

3) Centro Específico de Enfermos Mentales (CEEM)

Son centros residenciales comunitarios, abiertos y flexibles, destinados a personas afectadas por enfermedades mentales crónicas con déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte y que no requieran hospitalización. Les prestan un

servicio de alojamiento y rehabilitación enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social. Se ubican en áreas urbanas o muy próximas a ellas, de fácil acceso y contacto con la comunidad y con sus recursos. Cuentan con entre 20 y 40 plazas.

Actualmente disponemos de cuatro CEEMs en los tres departamentos de referencia (**Tabla 17**).

Tabla 17. CEEMs de los departamentos de referencia del CHPC

CEEM	Localidad	Plazas	Gestión
Albocàsser	Albocàsser	29	El Castillo Atención a la Dependencia, S.A.
La Bartola	Benicàssim	26	El Castillo Atención a la Dependencia S.A.
Gran Vía	Castelló de la Plana	40	El Castillo Atención a la Dependencia, S.A.
Santa Ana	Vila-real	28	Fundación Manantial

Fuente: Generalitat Valenciana, 2020

4) Centros de Día

Son centros especializados y específicos destinados a personas con enfermedad mental crónica con gran deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, donde se desarrollarán programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.

Se sitúan en núcleos urbanos con fácil acceso y contacto con la comunidad y recursos existentes. Cuentan con un mínimo de 15 y un máximo de 20 plazas (**Tabla 18**).

Tabla 18. Centros de día de los departamentos de referencia del CHPC

Centro de día	Localidad	Plazas	Gestión
CEEM Albocàsser	Albocàsser	20	El Castillo Atención a la Dependencia, S.A.
AFDEM	Castelló	20	Asociación de Familiares para los Derechos del Enfermo Mental

3.1.4. La Red de Salud Mental de Castelló

La Red de Salud Mental de Castelló se constituyó en septiembre de 2016 al amparo del proyecto de Instrucción de Redes Asistenciales.

Su misión es ofrecer a los ciudadanos de los Departamentos de Salud de Vinarós, Castelló y La Plana, desde los servicios públicos implicados, las máximas oportunidades para recuperar los más altos niveles de salud mental.

La Red tiene un carácter interdepartamental, horizontal y colaborativo. En ella se encuentran representados los diferentes colectivos, entidades y dispositivos que actúan en el campo de la salud mental (**Tabla 19**). Mantiene la distribución geográfica regional

Tabla 19. Dispositivos de la Red de Salud Mental de Castelló

Departamento	Dispositivo	Financiación	Gestión
Vinaròs	USM de Vinaròs	CSUiSP	CSUiSP
	USMIA Vinaròs	CSUiSP	CSUiSP
	UCA Vinaròs	CSUiSP	CSUiSP
	Urgencias psiquiátricas en el H. Comarcal de Vinaròs	CSUiSP	CSUiSP
	CRIS Vinaròs	CIPI	Ayto. de Vinaròs
	Vivienda tutelada Integrament	CIPI	Fundació Integrament
Castelló	USM Illes Columbretes ^B	CSUiSP	CSUiSP
	USM Cardenal Costa^A	CHPC	CHPC
	USM Grao	CSUiSP	CSUiSP
	USM Rafalafena ^B	CSUiSP / CHPC	CSUiSP
	USMI Gran Vía	CSUiSP	CSUiSP
	UCA San Agustín	CSUiSP	CSUiSP
	UCA CHPC^A	CHPC	CHPC
	Interconsulta del H. U. General de Castelló y H. de la Magdalena	CSUiSP	CSUiSP
	Hospital de Día de Castelló^A	CHPC	CHPC
	CRIS Cruz Roja	CIPI	Cruz Roja
	CRIS Gran Vía	CIPI	El Castillo, SA
	Vivienda tutelada Cruz Roja	CIPI	Cruz Roja
	Vivienda tutelada Gobernador^A	CHPC	CHPC
	Vivienda tutelada Quevedo^A	CHPC	CHPC
	Vivienda tutelada Ulloa^A	CHPC	CHPC
	Vivienda tutelada Cervantes	CIPI	Fundación Manantial
	Vivienda tutelada Integrament Castelló	CIPI	Fundació Integrament
	CEEM Albocàsser	CIPI	El Castillo, SA
	CEEM La Bartola	CIPI	El Castillo, SA
	CEEM Gran Vía	CIPI	El Castillo, SA
La Plana	USM Vila-real ^B	CSUiSP / CHPC	CSUiSP
	USM Borriana ^B	CSUiSP / CHPC	CSUiSP
	USM Vall d'Uixò ^B	CSUiSP / CHPC	CSUiSP
	USMI calle Useres^A	CHPC	CHPC
	UCA de Vall d'Uixò	CSUiSP	CSUiSP
	Hospital de Día de Vila-real^A	CHPC	CHPC
	CRIS de Vall d'Uixò	CIPI	Ayto. de Vall d'Uixò
	Vivienda tutelada Ana Nebot	CIPI	Fundación Manantial
	CEEM Santa Ana	CIPI	Fundación Manantial
Dispositivos multidepartamentales ^A	Unidad de Hospitalización Breve	CHPC	CHPC
	U. de Desintoxicación Hospitalaria		
	U. Hospitalización Infanto-Juvenil		
	U. de Hospitalización de TCA		
	Urgencias psiquiátricas hospitalarias		
	Hospital de Día de TCA		
	HdD Educativo-Terapéutico		
	Unidad de Media Estancia		
	U. de Larga Estancia (Vall d'Alba)		

(A) Dispositivos que constituyen el Área de Salud Mental del CHPC. (B) Estos dispositivos son financiados y gestionados por la CSUiSP, pero parte de su personal facultativo pertenece a la plantilla del CHPC.

Dispositivos sombreados en verde: Recursos sanitarios.

Dispositivos sombreados en azul: Recursos de rehabilitación psicosocial con mayor o menor componente sanitario.

de la CSUiSP y se adapta a la organización administrativa de la atención pública a la Salud Mental de Castelló, que depende del CHPC, de los Departamentos de salud de Vinarós, de Castelló y de La Plana y de la CIPI.

Además, la Red tiene en cuenta al movimiento asociativo de familiares o usuarios y establece programas de colaboración con otras administraciones involucradas como Justicia, Educación, Trabajo, Vivienda o Instituciones Penitenciarias.

Cada una de las entidades implicadas tiene diferentes estatutos y diferentes formas de gestión, financiación y relación con sus profesionales. La red no afecta a la estructura administrativa o a la propiedad de los servicios, sino que es una reorganización exclusivamente funcional, basada en la comunidad e independiente de la adscripción administrativa.

Los dispositivos de la CIPI no tienen una sectorización estricta, sino que están adscritos a los departamentos de salud donde se asientan y donde reciben a la mayoría de sus usuarios. Los dispositivos interdepartamentales, que atienden a ciudadanos de todos los departamentos, se mantienen vinculados al CHPC. El resto de los dispositivos se reparten en cada departamento de salud.

Es interesante mencionar que los departamentos de Castelló y de la Plana carecen de un jefe de servicio o de sección de Psiquiatría o salud mental, y cuentan con sendos profesionales designados como coordinadores de los respectivos departamentos. El Departamento de Vinarós, en cambio, sí cuenta con un Jefe de Sección de Psiquiatría.

La **Tabla 19** muestra la complejidad de la red debido a la variada dependencia funcional de los dispositivos que la forman y, por otra parte, permite apreciar cómo el Área de Salud Mental del CHPC contribuye a la red con multitud de recursos y dispositivos, tanto sanitarios como de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales, y tanto dentro como fuera del recinto del hospital.

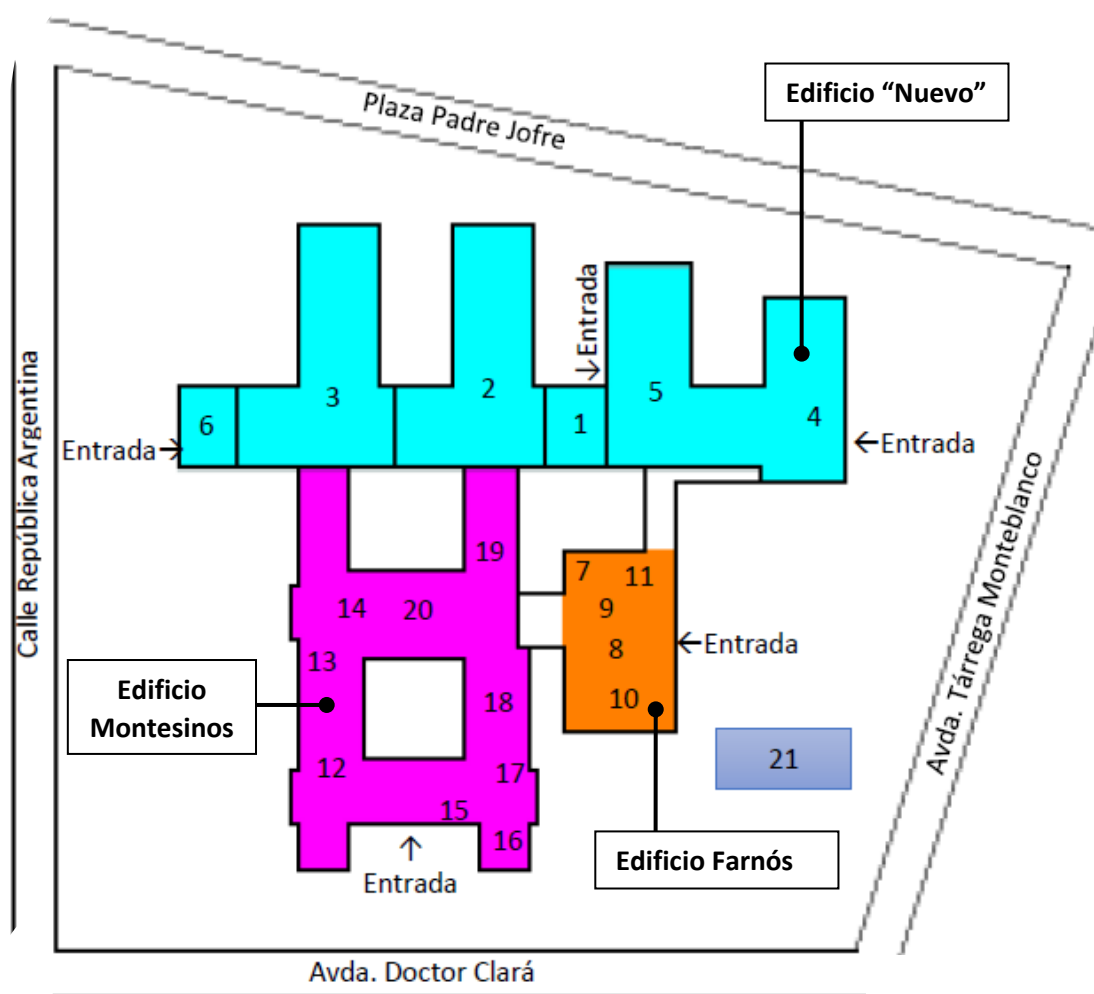
3.1.5. Recursos estructurales. El CHPC

A) Estructura arquitectónica

El edificio original, proyectado por Manuel Montesinos Arlandis, se abrió al público en 1907. Desde entonces, el Hospital ha ido creciendo en tamaño y en servicios y se ha modernizado. Anexo al original *Edificio Montesinos*, en 1983 se construyó el *Edificio Farnós*. En 1997 la Diputación de Castelló presentó el proyecto *Hospital 2000* para renovar integralmente el centro y se añadió a su estructura el *Edificio Nuevo* (**Figura 5**). El edificio actual cuenta con un sótano, planta baja y tres plantas.

1) Sótano

El sótano alberga las instalaciones de Radiodiagnóstico, los aceleradores de Medicina Nuclear, el tanatorio del Instituto de Medicina Legal de la provincia, la Farmacia del hospital, así como diferentes almacenes y el ropero. Como curiosidad de este hospital, de tradición religiosa, una zona del sótano está dedicada a mantener un belén que los escolares de la ciudad y alrededores suelen visitar en la época navideña.

Figura 5. Plano de la planta baja del CHPC

Elaboración: Sofía Mora, basado en: <http://hospitalprovincial.es/es/contacto/planos>

Leyenda: véase texto

2) Planta baja

En la planta baja (**Figura 5**) se sitúan las unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil (1 en el plano), de agudos (2) y de Media Estancia (3).

Además, en el edificio nuevo se encuentra el Servicio de Urgencias (4), el Servicio de Rehabilitación (5) y el Instituto de Medicina Legal (6).

El edificio Farnós, en su planta baja, aloja la zona de Admisiones (7), SAIP (8), el Registro (9) y la cafetería (10). Además, contiene el dispositivo de Extracciones (11).

La planta baja del Edificio Montesinos alberga, en el ala izquierda, las consultas externas (12), el hospital de día (13) y la Unidad de Consejo Genético (14) del Servicio de Oncología. En el ala derecha se encuentra la Gerencia (15) y las unidades de Medicina Deportiva (16) y Logopedia (17), así como las consultas externas de Traumatología (18) y las instalaciones de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (19). Una gran capilla (20), símbolo de la historia religiosa del hospital, preside el patio interior.

La Unidad de Conductas Adictivas (21) se encuentra provisionalmente en un edificio prefabricado dentro del recinto del hospital. Se está construyendo, además, otro edificio dentro del recinto hospitalario destinado al Servicio de Oncología.

3) Primera planta

En la primera planta del Edificio Nuevo encontramos las unidades de hospitalización de Cirugía y de Traumatología, así como el Servicio de Oftalmología, la biblioteca y la sala multimedia. En la del Edificio Farnós está la UCI, Esterilización y los laboratorios de Hematología, Microbiología, Análisis Clínicos y Anatomía Patológica.

El Edificio Montesinos no tiene una correspondencia con esta planta.

4) Segunda planta

En la segunda planta del hospital, el Edificio Nuevo contiene las unidades de hospitalización de Oncología y Medicina Interna, así como Braquiterapia y el hospital de día médico. Además, cuenta con una consulta de psicooncología.

La segunda planta del Edificio Farnós está ocupada enteramente por los quirófanos y la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).

En el Edificio Montesinos, además de la Dirección Médica y Económica, se encuentran, en el ala derecha, dispositivos y consultas externas de Urología y litotricia, Hematología, Dietética, Digestivo, Logopedia, Unidad del Dolor, consulta de Anestesia. Y, en el ala izquierda, las consultas externas de Ginecología, Dermatología, Alergología, Neurología y Neuropsicología, Neumología, Medicina Interna, Cardiología, Rehabilitación y Estomatología.

5) Tercera planta

Finalmente, sólo el Edificio Montesinos dispone de una tercera planta, que alberga el laboratorio de Biopatología Molecular, así como los departamentos de Recursos Humanos, los Servicios Jurídicos y las instalaciones de la Fundación Hospital Provincial.

B) Estructura administrativa

Tradicionalmente, hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad y de la transferencia de la sanidad a la Generalitat Valenciana, el Hospital Provincial fue un hospital de beneficencia financiado y gestionado por la Diputación de Castelló. Después se convirtió en un Organismo Autónomo Local y en 2004 pasó a denominarse Consorcio Hospitalario Provincial. El Consorcio está integrado por representantes de la Generalitat Valenciana y de la Diputación de Castelló.

Según los Estatutos del CHPC, constituyen finalidades específicas del Consorcio:

a) La atención especializada en régimen extrahospitalario y en régimen hospitalario, y en particular la gestión del Hospital Provincial de Castelló, vertebrado como hospital complementario dotado de tres institutos clínicos, Instituto Oncológico de Castelló,

Instituto de Salud Mental de Castelló e Instituto Oftalmológico J. M. Menezo, y con los servicios especiales de apoyo necesarios.

- b) La educación sanitaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- c) La atención de rehabilitación.
- d) La atención primaria de salud.
- e) La atención sociosanitaria y de salud mental.
- f) La prestación de servicios sociales: de prevención, de rehabilitación y de asistencia a domicilio, etc.
- g) Las actividades de conocimiento en los ámbitos de la sanidad y de las ciencias de la salud: la docencia, la investigación, la formación, la bioética, los sistemas de información y el impulso al desarrollo de las tecnologías y de los recursos para mejorar la calidad de los centros hospitalarios.

En 2016 la CSUiSP presentó el proyecto de integración del Provincial en el Departamento de salud de Castelló, proceso que continúa en marcha.

3.1.6. Actividad asistencial del CHPC

De las 257 camas de que dispone el Hospital Provincial, 112 (el 43%) pertenecen al Área de Salud Mental. La actividad asistencial de dicho Área se describe en el apartado 3.2 (Análisis interno). Respecto a la actividad asistencial no psiquiátrica ([Tabla 20](#)), el CHPC

Tabla 20. Actividad asistencial del CHPH en los últimos 5 años

		2015	2016	2017	2018	2019
Hospitalización convencional	Ingresos	5.674	5.160	5.404	5.198	5.234
	Estancias	43.662	44.796	41.322	42.590	42.500
	Estancia media	7,7	8,7	7,6	8,2	8,1
	I. Ocupación (%)	63,9	65,6	61	62,4	61,9
	I. Rotación	30,3	27,6	29,1	20,7	20,9
	I. Mortalidad	9,1	8,9	7,7	10,7	10,4
Hospital de Día Oncología Médica	Puestos	30	30	30	30	30
	Sesiones Quimioterapia	13.733	12.933	13.739	14.056	15.796
Hospital de Día Médico	Puestos	6	6	6	6	6
	Técnicas	3.362	3.320	3.712	3.657	4.013
Consultas Externas	Primeras Visitas	41.542	40.260	38.373	37.347	35.698
	Consultas Sucesivas	156.749	150.017	140.929	140.777	135.009
	Totales	198.291	190.277	179.302	178.124	170.707
Actividad de Quirófanos	Intervenciones Quirúrgicas	6.944	5.581	5.603	6.450	6.163
	Intervencionismo (Técnicas en Quirófano)	6.473	6.815	4.339	4.379	3.815

es el centro de referencia en oncología para toda la provincia y gran parte del resto de los servicios del centro se han organizado alrededor de dicha especialidad.

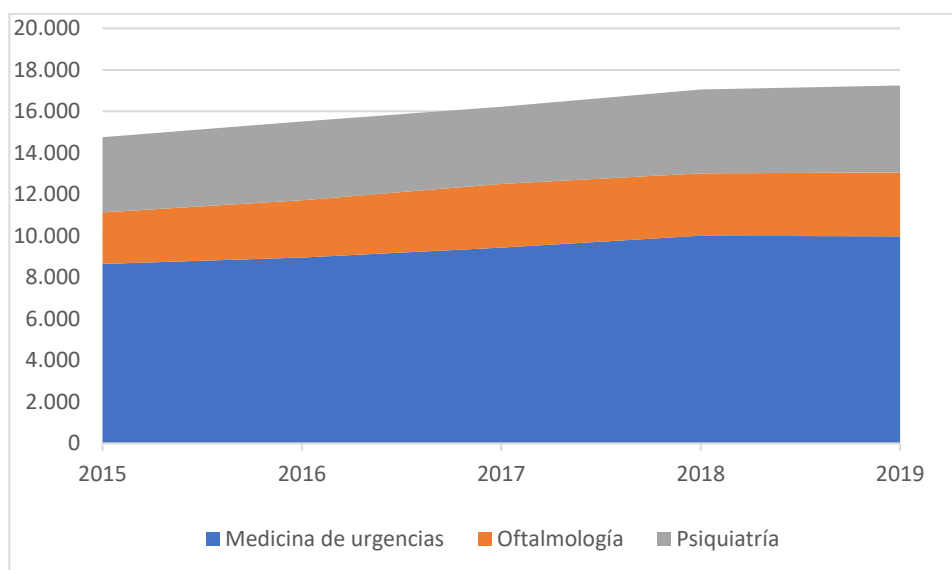
También los servicios centrales del CHPC se han ido orientando en función de las necesidades del Instituto de Oncología. Por ejemplo, en septiembre de 2018 se puso en funcionamiento un PET-TAC que da servicio a los tres Departamentos de salud de la provincia. El resultado fue un incremento sustancial de las exploraciones de Medicina Nuclear a lo largo de 2019 respecto a los años previos (**Tabla 21**).

Tabla 21. Actividad de los servicios centrales del CHPC en los últimos 5 años

		2015	2016	2017	2018	2019
Diagnóstico por la imagen (número de exploraciones)	Densitometrías	4.045	3.704	3.384	3.619	2.940
	Ecografías	8.497	9.005	9.039	8.939	8.962
	Mamografías	3.117	3.214	3.332	3.749	3.866
	Medicina Nuclear	4.657	4.647	4.731	4.631	7.078
	Radiología	21.680	22.006	20.748	21.831	19.261
	Radiología intervencionista	378	395	332	275	318
	Resonancias magnéticas	6.364	6.788	6.212	7.024	7.343
	TAC	9.665	9.612	9.079	9.776	10.016
	TOTAL	58.403	59.371	56.857	59.844	59.784
Laboratorios (nº de determinaciones)	Biopatología Molecular	6.338	5.609	5.651	5.865	6.427
	Bioquímica	925.911	983.444	1.020.007	1.089.931	923.094
	Hematología	168.517	171.997	178.450	194.392	424.301
	Microbiología	26.561	24.587	26.122	28.651	26.782
	RIA	39.598	48.208	41.774	53.179	32.981
	TOTAL	1.166.925	1.233.845	1.272.004	1.372.018	1.413.585

El Servicio de Urgencias del CHPC no está sectorizado. Los pacientes de la provincia cuentan con otros hospitales de referencia (Vinaròs, General y La Plana) para atender sus urgencias. Sin embargo, acuden o son derivados a nuestro Servicio de Urgencias los pacientes de toda la provincia que se encuentran en tratamiento en el CHPC. Generalmente se trata de procesos oncológicos o quirúrgicos (mayoritariamente oftalmológicos). Por otra parte, el CHPC es el referente para las urgencias psiquiátricas en los departamentos de Castelló y de La Plana, además de ser la puerta de entrada al hospital de los pacientes derivados desde el Hospital de Vinaròs para ingreso.

El número de visitas al Servicio de Urgencias del CHPC se ha ido incrementando en los últimos años. Ese crecimiento ha sido similar en las tres especialidades: Medicina de Urgencias, Oftalmología y Psiquiatría (**Gráfico 4**). Casi un 60 % de ellas fueron asignadas al médico de urgencias, la mayor parte relacionadas con procesos oncológicos. Las urgencias psiquiátricas suponen casi el 25% del total (**Tabla 22**).

Gráfico 4. Evolución de las urgencias del CHPC en los últimos 5 años**Tabla 22. Número de atenciones en el Servicio de Urgencias del CHPC en los últimos 5 años**

	2015		2016		2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Medicina de urgencias	8.648	58,59	8.947	57,66	9.427	58,11	10.006	58,68	9.975	57,83
Oftalmología	2.485	16,84	2.774	17,88	3.069	18,92	3.011	17,66	3.078	17,85
Psiquiatría	3.626	24,57	3.795	24,46	3.727	22,97	4.034	23,66	4.195	24,32
TOTAL	14.759	100,00	15.516	100,00	16.223	100,00	17.051	100,00	17.248	100,00

3.1.7. Plan estratégico del CHPC

Tabla 23. Misión, visión y valores del CHPC

Misión	Valores	Visión
Nuestra misión es ofrecer una asistencia sanitaria de calidad. Somos un hospital de primera línea asistencial e investigadora en el ámbito de la actividad oncológica, oftalmológica y salud mental. Innovamos permanentemente para ofrecer servicios cada vez más competitivos.	La profesionalidad, el trato humano y la tecnología son los tres pilares en los que nos sustentamos. Nuestros profesionales trabajan día a día para convertir el Hospital en un centro donde la solidaridad, la atención personalizada y la dedicación están presentes en todo momento	Deseamos convertirnos en un centro de vanguardia y en un referente de la sanidad pública española. Para ello, seguiremos fomentando la labor investigadora de los profesionales, cuyo reto es avanzar y mejorar para dar respuestas a los problemas sanitarios de los ciudadanos.
Fuente: (CHPC, 2020)		

En la página web del CHPC (CHPC, 2020) figura un apartado sobre Misión, Visión y Valores (**Tabla 23**). Sin embargo, esa declaración de intenciones no cristaliza en objetivos estratégicos, indicadores o acciones concretas. Por ese motivo, dada la finalidad del presente documento, se ha considerado más adecuado analizar el plan estratégico del Servicio Valenciano de Salud y, principalmente, los aspectos más directamente relacionados con la salud mental.

3.1.8. Plan Estratégico del Servicio Valenciano de Salud

A) IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana

Haciendo uso de sus competencias sanitarias, la Generalitat Valenciana, a través de la Conselleria con competencias en Sanidad, ha diseñado a lo largo del tiempo cuatro planes autonómicos de salud. El IV Plan de Salud, 2016-2020, adopta el lema “Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas” (Generalitat Valenciana, 2016).

1) Misión, Visión y Valores del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana

Misión

Servir a la mejora de la salud y del bienestar de la población valenciana de una manera sostenible, eficiente y continuada desde la consideración de la salud como realidad determinada por el entorno físico y social donde vivimos.

Visión

Mejorar la salud de la población valenciana en base a los principios de equidad, sostenibilidad, solidaridad y respuesta a nuevos retos.

Valores-Principios

- Equidad como eje transversal.
- Sostenibilidad.
- Solidaridad.
- Respuesta a nuevos retos.
- Horizontalidad de la acción de gobierno.
- Gobernanza y descentralización.
- Coordinación y sinergia entre las actuaciones que se definan.
- Participación e implicación de profesionales y ciudadanía en las políticas de salud.
- Proactividad del sistema sanitario para conseguir una atención temprana, ágil, adecuada y eficiente a los problemas de salud.
- Calidad, excelencia, innovación. Consideración de la mejor evidencia científica disponible.
- Responsabilidad institucional.
- Transparencia en la gestión de recursos y en la gestión clínica.

2) Marco Conceptual para el IV Plan de Salud

Una de las aportaciones del nuevo Plan de Salud es la definición explícita de un marco conceptual que se constituye en el principio rector en el que se inspiran tanto las líneas estratégicas como los objetivos y actuaciones a desarrollar.

La salud es valorada como un gran recurso de la sociedad y como un activo para el desarrollo económico y social de la Comunitat. Por ello, el Gobierno Valenciano considera la salud y el bienestar como un derecho elemental que hay que garantizar para todas las personas.

El marco conceptual se asienta sobre los siguientes modelos:

- Modelo de determinantes de las desigualdades en Salud
- Modelo de Atención a la Cronicidad
- Modelo de mejora continua de la calidad: La Triple Meta
- Modelo de Salud Positiva y Activos en salud

3) Líneas estratégicas IV Plan de Salud

El Plan se configura en torno a cinco grandes líneas estratégicas. Vinculadas a estas líneas estratégicas, define 33 objetivos y 291 acciones concretas (**Tabla 24**).

Tabla 24. Líneas estratégicas del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana

Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes
Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud → 2.7. Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental
Línea 3. Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación
Línea 4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida
Línea 5. Promover la salud en todos los entornos de la vida → 5.1. Favorecer el bienestar emocional

En el terreno de nuestra UGC, el IV Plan de Salud propone desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental (Objetivo 2.7) mediante la implementación de programas transversales e interdisciplinarios que garanticen la continuidad de cuidados y disminuyan la variabilidad entre los departamentos de salud (**Tabla 25**).

De forma indirecta, también el Objetivo 5.1. (Favorecer el bienestar emocional en los distintos entornos de la vida) está dirigido a la mejora de la salud mental de la población general (**Tabla 26**).

Tabla 25. Acciones propuestas para alcanzar el Objetivo 2.7. Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana

2.7.1. Desarrollar un plan intersectorial de actuaciones y proporcionar a través de las TICs y los medios de comunicación una visión más positiva de la enfermedad mental que favorezca la inclusión y elimine el estigma.
2.7.2. Desarrollar intervenciones para la prevención del suicidio y difundir guías clínicas al respecto, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado mayor riesgo.
2.7.3. Diseñar e implementar programas específicos, protocolos y circuitos asistenciales por patologías relevantes (Programa Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave, Protocolo de Atención a Personas con Trastorno de la Personalidad, Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos) y en entornos especiales como el penitenciario.
2.7.4. Elaborar e incluir en la Historia de Salud Electrónica el Plan de Atención Individualizado de cada paciente con Trastorno Mental Grave y el Contrato Terapéutico para los Trastornos Mentales Comunes.
2.7.5. Proporcionar atención integral a los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, elaborando protocolos de actuación entre las Unidades de Salud Mental Infantil, pediatría, neuropsiquiatría, atención primaria y neurología, así como en colaboración con instituciones educativas y servicios sociales de base.
2.7.6. Desarrollar programas colaborativos entre Atención Primaria y las Unidades de Apoyo para la prevención y abordaje de los problemas de salud mental (por ejemplo, intervención grupal en autocuidados, abordaje del malestar emocional).
2.7.7. Crear una Comisión Sociosanitaria en cada Departamento de Salud para mejorar la atención integral a las personas con Trastorno Mental Grave y sus familias y garantizar la continuidad de sus cuidados.
2.7.8. Coordinar las intervenciones de prevención, atención y rehabilitación de las personas con patología dual.
2.7.9. Incluir en el Plan de Formación de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES), oferta específica para los profesionales en competencias y habilidades específicas en el ámbito de la salud mental.
2.7.10. Promover la participación de personas usuarias y familiares y fomentar el asociacionismo, dentro del marco de la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.
2.7.11. Promover estudios de desigualdades en el cuidado y la atención del paciente con trastorno de la salud mental, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.
2.7.12. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para reducir las desigualdades detectadas.

Las directrices de la Conselleria de Sanitat en materia de Salud Mental esbozadas en el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, se concretaron en la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 (ESM), que se describe a continuación.

Tabla 26. Acciones propuestas para alcanzar el Objetivo 5.1. Favorecer el bienestar emocional

5.1.1. Desarrollar programas para capacitar a padres y madres, desde el embarazo hasta los 14 años, en el fomento de modelos parentales positivos y promoción del buen trato que contribuyan a garantizar un buen comienzo en la vida y el desarrollo del máximo potencial de salud de todos los niños y niñas.
5.1.2. Promover intervenciones que fomenten la educación emocional y valores para la vida, así como la autoestima y la aceptación de la imagen corporal, especialmente en la población infantil y adolescente, con el fin de facilitar la transición a la vida adulta.
5.1.3. Impulsar acciones para la promoción de la salud y el bienestar en el trabajo, orientadas a la mejora de la organización y condiciones de trabajo, el fomento del desarrollo personal y la participación activa de los trabajadores.
5.1.4. Promover la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad y fomentar intervenciones que faciliten la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
5.1.5. Realizar intervenciones comunitarias en colectivos en situación de especial vulnerabilidad emocional, incluyendo el desempleo de larga duración y otras situaciones derivadas de relaciones de empleo injustas.

B) Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020

La Conselleria de Sanitat Pública i Salut Universal, a través de la Oficina Autonómica de Salud Mental (OASM), ha publicado la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. La Estrategia propone un modelo de atención que emana principalmente de 4 documentos:

- Plan de Acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020.
- Estrategia Nacional en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
- IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2016-2020.
- Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006.

La misión de la ESM es mejorar la salud mental de los ciudadanos de la Comunitat Valenciana, promoviendo una salud mental positiva y prestando una atención de calidad a las personas con problemas de salud mental.

Los Principios de la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 son:

- **Modelo comunitario.** La ESM implica un cambio del modelo hospitalocentrista a un modelo comunitario, centrado en las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias. El ingreso hospitalario es un incidente puntual y debería ser lo más breve posible, lo imprescindible para la recuperación funcional. El centro del tratamiento del paciente es la Unidad de Salud Mental (USM).
- **Modelo orientado a la recuperación y defensa de los derechos** humanos de las personas con trastorno mental. La recuperación, más allá de la propia enfermedad,

los síntomas o la discapacidad, se ha convertido en el elemento clave de la organización de los servicios de salud mental.

- **Atención transversal y multisectorial.** Para dar una respuesta integral y coordinada a las necesidades de las personas con problemas de salud mental, debe establecerse una atención transversal y multisectorial sobre el eje de la USM en estrecha coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación, Servicios de Empleo, Sistema Judicial y redes vertebradoras de la comunidad. Los distintos dispositivos de hospitalización de nuestro Servicio forman parte de la Red de Salud Mental coordinada desde la USM.

La ESM de la Comunitat Valenciana 2016-2020 se estructura en torno a 5 Líneas Estratégicas orientadas a la consecución de 11 Objetivos Generales (**Tabla 27**). Para estos Objetivos Generales se han establecido 60 Objetivos Específicos, 147 Acciones y 209 Indicadores.

Tabla 27. Líneas estratégicas y objetivos generales de la ESM de la Comunitat Valenciana

Líneas estratégicas	Objetivos generales
1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales	1. Promover la salud mental de la población general y de colectivos vulnerables 2. Prevenir los trastornos mentales en la población general y grupos específicos.
2. Atención a las personas con problemas de salud mental	3. Mejorar la calidad de la atención a la salud mental: salud en todas las edades
3. Organización de la red de salud mental y coordinación sociosanitaria e intersectorial	4. Reorganizar y optimizar red de salud mental 5. Garantizar la atención integral e integrada a las personas con problemas de salud mental
4. Las personas: personas usuarias, familiares y profesionales.	6. Promover los derechos y la participación de las personas con problemas de salud mental 7. Promover la participación y el apoyo a las familias y cuidadores informales 8. Eliminar la discriminación y el estigma en salud mental 9. Potenciar la participación activa de las asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ongs y sociedades científicas y profesionales
5. Formación e investigación	10. Potenciar la formación en salud mental de los sectores implicados, para proporcionar una atención de calidad de acuerdo a las necesidades 11. Potenciar la investigación en salud mental

Las estrategias y objetivos de la UGC de Salud Mental del Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló deben estar alineados con los de la Estrategia Autonómica.

3.2. ANÁLISIS INTERNO

3.2.1. Estructura funcional

El antiguo manicomio de Castelló se encontraba ubicado en el recinto del Hospital Provincial, que fue tradicionalmente un hospital de beneficencia vinculado a la Diputación Provincial y con escasa relación con el resto del sistema sanitario.

La reforma psiquiátrica que tuvo lugar en el último cuarto del siglo XX transformó el manicomio: se crearon modernas unidades de hospitalización psiquiátrica; las personas con trastornos del espectro autista y con discapacidad intelectual salieron del circuito de la salud mental y se crearon centros específicos para ellos; y, finalmente, se abrieron unidades de salud mental y hospitales de día con el fin de atender a los ciudadanos en la comunidad, evitando el ingreso hospitalario en la medida de lo posible.

En la provincia de Castelló la mayor parte del peso de la reforma psiquiátrica recayó sobre el manicomio. Los profesionales de salud mental del Hospital Provincial se hicieron cargo de diseñar y poner en marcha muchos de los dispositivos de la red de salud mental que todavía persisten, dentro y fuera del hospital. El despliegue fue amplio y no siempre tuvo en cuenta los planes de las consellerías que en cada momento se ocuparon de la sanidad y de los servicios sociales.

Esta independencia en la toma de decisiones por parte del que ahora es Consorcio Hospitalario Provincial nos ha llevado a una intrincada estructura funcional del Área de Salud Mental y una compleja interrelación con el resto de la red de salud mental. Por ejemplo, disponemos de algunos recursos de carácter sociosanitario que en otros departamentos de salud de la Comunitat Valenciana serían gestionados por los servicios sociales y no por un centro sanitario (véase [Tabla 19](#). Dispositivos de la Red de Salud Mental de Castelló).

Algunos de nuestros dispositivos se consideran interdepartamentales porque ofrecen servicio a los tres departamentos de la provincia. Una parte de ellos están ubicados dentro del recinto arquitectónico del hospital y otros, fuera. El resto de los dispositivos atiende a pacientes de un departamento u otro y están situados fuera del hospital. Varios profesionales de salud mental del CHPC trabajan en unidades de salud mental gestionadas por la CSUiSP.

En el caso de los dispositivos departamentalizados, se ha acordado con la CSUiSP y con la Red de Salud Mental una gestión compartida. Las decisiones importantes son tomadas por consenso entre el Jefe de Servicio del Área de Salud Mental, el coordinador de salud mental del departamento correspondiente y el coordinador de la Red.

Mención aparte merece la Unidad de Conductas Adictivas. La UCA depende funcionalmente de la Dirección General de Salud Pública y Drogodependencias, pero está ubicada dentro del recinto del hospital y sus trabajadores forman parte de la plantilla adscrita al Área de Salud Mental.

En los próximos apartados se describe las características de cada uno de los dispositivos de nuestra Unidad de Gestión Clínica ([Tabla 28](#)), su estructura física,

cartera de servicios, recursos humanos y análisis de los indicadores de actividad de los últimos cinco años.

Tabla 28. Dispositivos de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del CHPC

	Dispositivos interdepartamentales		Dispositivos sectorizados en departamentos	
	Dentro del recinto hospitalario	Fuera del recinto hospitalario	Dispositivo	Departamento
Dispositivos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Hospitalización Breve (UHB) • Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil (UHIJ) • Atención a las Urgencias Psiquiátricas 24 horas/365 días • Interconsulta y enlace 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Día educativo-terapéutico (HDET) • Hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria (HDTCA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Salud Mental de adultos (USM Cardenal Costa) • Unidad de Conductas Adictivas (UCA) • 2 Psiquiatras en USM Rafalafena • 1 Psicólogo en USM Illes Columbretes 	Castelló
			<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Salud Mental Infantil (USMI calle Useres) • 1 psiquiatra en USM Vila-real • 1 psiquiatra en USM Borriana • 1 psiquiatra en USM Vall d'Uixò 	La Plana
Dispositivos de rehabilitación Psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Hospitalización de Larga Estancia (ULE) de Vall d'Alba • Viviendas tuteladas: <ul style="list-style-type: none"> - C/. Gobernador - C/. Quevedo - C/. Ulloa 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital De Día De Salud Mental Cardenal Costa 	Castelló
			<ul style="list-style-type: none"> • Hospital De Día De Salud Mental Vila-real 	La Plana

1. Unidad de Hospitalización Breve

Es un dispositivo asistencial que se ocupa del tratamiento intensivo en régimen de ingreso y atención continuada (24 horas) de pacientes que, por la gravedad de la sintomatología psiquiátrica aguda, no pueden continuar recibiendo la atención en su entorno comunitario. La estancia media adecuada para su estabilización suele oscilar entre días y semanas.

Estructura física

La UHB del CHPC dispone de:

- 40 camas en habitaciones dobles,
- Despachos para los facultativos, control de enfermería, sala de curas, entre otros.
- Amplios espacios comunes: comedor, sala de televisión, taller ocupacional y un jardín de más de 500 m².

Cartera de Servicios

- Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, derivación con informe de alta y cita a la Unidad de Salud Mental correspondiente.
- Prevención y promoción de la salud mental.
- Terapia electroconvulsiva (TEC).
- Docencia, Formación e investigación.

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UHD)

Las UDHS realizan tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas en pacientes drogodependientes, en régimen de internamiento hospitalario. Se trata de ingresos programados de pacientes derivados por sus Unidades de Conductas Adictivas de referencia.

En nuestro caso la UDH de la provincia de Castellón es una unidad funcional que ocupa dos de las 40 camas dentro de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve.

Recursos Humanos

El equipo de la UHB está formado por (**Tabla 45**):

- Cinco psiquiatras (uno de ellos, Jefe de Sección).
- Una psicóloga.
- Un supervisor de enfermería (compartido con la UCA).
- Una enfermera especialista en salud mental en turno fijo de mañana.
- Doce enfermeros no especialistas, en turnos de mañana, tarde y noche.
- Catorce técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en turnos de mañana, tarde y noche.
- Una trabajadora social
- Una monitora-educadora

Indicadores de Actividad

Los indicadores de actividad de los últimos cinco años de la UHB y de la UDH se resumen, respectivamente, en la **Tabla 29** y en la **Tabla 30**.

Tabla 29. Indicadores de actividad de la UHB de los últimos cinco años

	2015	2016	2017	2018	2019
Camas	38	38	38	38	38
Ingresos	673	624	658	647	562
Estancias	13.594	13.900	13.398	13480	12612
Altas	663	628	661	646	573
Exitus (incluidas en altas)	2	0	4	1	0
Estancia media	20,20	22,28	20,36	20,83	22,44
Índice de ocupación	98,01%	100,22%	96,60%	97,19%	90,93%
Índice de rotación	17,71	16,42	17,32	17,03	14,79

Tabla 30. Indicadores de actividad de la UDH de los últimos cinco años

	2015	2016	2017	2018	2019
Camas	2	2	2	2	2
Ingresos	71	56	46	46	61
Estancias	709	694	510	503	264
Altas	709	14	46	46	61
Exitus (incluidas en altas)	0	0	0	0	0
Estancia media	9,98	12,39	11,08	10,93	8,7
Índice de ocupación	97,12%	95,07%	69,86%	68,90%	72,47%
Índice de rotación	35,5	28	23	23	30,5

2. Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil (UHIJ)

La UHIJ cuenta con ocho camas en las que pueden ingresar pacientes menores de edad que sufren algún tipo de patología mental y en los que ha fracasado otro tipo de tratamiento en el ámbito ambulatorio. Tiene características, criterios de ingreso y cartera de servicios similares a la UHB.

Estructura física

La UHIJ dispone de:

- 8 camas distribuidas en tres habitaciones dobles y dos individuales.
- Una sala multifuncional con sofás, televisor y con dos mesas para comer o realizar actividades
- Un control de enfermería
- Una pequeña zona exterior, cerrada, para realizar actividades al aire libre.

Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dos de las camas de la UHIJ están reservadas (en función de la demanda) para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que lo requieren. Constituyen la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Recursos Humanos

Forman parte del equipo terapéutico de la UHIJ (**Tabla 45**):

- Un psiquiatra.
- Una supervisora de enfermería compartida con la Unidad de Media Estancia.
- Seis enfermeras especialistas en salud mental repartidas en turnos de mañana, tarde y noche.
- Seis TCAE.

Además de la administrativa común para todas las Unidades de Hospitalización del Área de Salud Mental y un celador compartido con otros Servicios

Indicadores de actividad

La **Tabla 31** muestra los indicadores de actividad de la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil en los últimos 5 años.

Tabla 31. Indicadores de actividad de la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Camas	6	6	6	6	6
Ingresos	54	67	63	66	68
Estancias	1.411	1.645	1.256	1439	1899
Altas	49	68	64	63	73
Exitus (incluidas en altas)	0	0	0	0	0
Estancia media	26,13	24,55	19,94	21,80	27,93
Índice ocupación	64,40%	75,10%	57,50%	72,00%	86,70%
Índice de rotación	9	11,2	10,5	11	11,3

La **Tabla 32** recoge los indicadores de la Unidad de Hospitalización de Trastornos Alimentarios en el mismo periodo.

Tabla 32. Indicadores de actividad de la Unidad de Hospitalización de Trastornos Alimentarios en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Camas	2	2	2	2	2
Ingresos	4	12	8	7	7
Estancias	278	605	498	390	264
Altas	5	12	7	6	7
Exitus (incluidas en altas externas)	0	0	0	0	0
Estancia media	69,50	50,42	62,25	55,71	37,71
Índice ocupación	38,10%	82,90%	68,40%	53,42%	72,5%
Índice de rotación	2,00	6,00	4,00	3,50	3,50

3. Unidad de Media Estancia (UME)

Es un recurso sanitario orientado al tratamiento de pacientes que no se encuentran en una fase francamente aguda de su enfermedad, pero requieren de un periodo de rehabilitación psicosocial intensiva en régimen de internamiento.

Los pacientes pueden ingresar:

- directamente desde la comunidad tras ser derivados por sus terapeutas de referencia de forma programada
- Desde la UHB, tras un periodo de ingreso y estabilización de la clínica aguda.

La duración del ingreso oscila normalmente entre cuatro y seis meses. En algún caso, pacientes con una patología psiquiátrica refractaria al tratamiento de larga evolución, con fuerte desestructuración personal, familiar y social, pueden requerir ingresos superiores a seis meses. En todo caso, el tratamiento tendrá una duración delimitada.

Estructura física

La distribución de estancias y espacios de la UME son similares a las de la UHB:

- 44 camas en habitaciones dobles.
- Despachos para los facultativos, control de enfermería, sala de curas, etc.
- Amplios espacios comunes: comedor, sala de televisión, taller ocupacional y un jardín de más de 500 m².

Cartera de Servicios

- Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación.
- Prevención y promoción de la salud mental.
- Asistencia psicoterapéutica integral con un plan de atención integral (PAI) con tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico cuyo objetivo es facilitar la máxima autonomía de los pacientes y su reinserción en la comunidad.
- Programa de atención a las familias.

- En su momento, derivación con informe de alta y cita a la USM correspondiente.
- Docencia pregrado, formación sanitaria especializada e investigación.

Programa de Hospitalización Parcial

Además de los pacientes hospitalizados en el régimen tradicional, la UME atiende a una veintena de pacientes ambulatorios como paso intermedio entre el ingreso hospitalario y el alta completa, en el que se denomina Programa de Hospitalización Parcial.

Recursos Humanos

La UME dispone del siguiente personal (**Tabla 45**):

- Dos psiquiatras. Uno de ellos es el Jefe de Sección. El otro reparte su tiempo en un 80% para la UME y un 20% para la Unidad de Larga Estancia (ULE).
- Una psicóloga. Reparte su tiempo entre UME, ULE y viviendas tuteladas.
- Una supervisora de enfermería compartida con la UHIJ.
- Nueve enfermeras (no especialistas) repartidas en turnos de mañana, tarde y noche.
- Catorce TCAE repartidas en turnos de mañana, tarde y noche.
- Una trabajadora social compartida con la Unidad de Larga Estancia y con el resto de los servicios del hospital.
- Un monitor-educador.

Además, cuenta con la administrativa común para todas las Unidades de Hospitalización del Área de Salud Mental y un celador compartido con otros Servicios.

Indicadores de actividad

La UME ha estado funcionando aproximadamente al 50% de su capacidad en los últimos cinco años (**Tabla 33**). Se añade la actividad del programa de Hospitalización Parcial (**Tabla 34**).

Tabla 33. Indicadores de actividad de la UME en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Camas	44	44	44	44	44
Ingresos	63	77	62	95	78
Estancias	7.815	8.770	8.680	9.306	9111
Altas	65	70	65	93	96
Exitus (incluidas en altas)	0	0	0	0	0
Índice ocupación	48,66%	54,61%	54,05%	57,95%	56,73%

Tabla 34. Actividad de Hospitalización Parcial de la UME en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Nº Plazas	20	20	20	20	20
Estancias	5064	5248	4843	4748	3152
% Ocupación	100,9%	107,0%	96,1%	94,20%	62,50%

4. Unidad de Larga Estancia (ULE)

Se trata de un dispositivo de carácter socio-sanitario dedicado a la asistencia y atención de personas con trastorno mental grave de curso crónico.

Estructura física

El centro se sitúa en un edificio independiente de una sola planta, en la localidad de Vall d'Alba, a unos 30 km de Castelló.

Dispone de 10 habitaciones dobles, sala de estar, cocina, despacho médico y enfermería, entre otras estancias.

Cartera de Servicios

- Rehabilitación en la medida de lo posible de capacidades y hábitos personales y sociales de los pacientes.
- Prevención del deterioro gradual y progresivo que conlleva la enfermedad.
- Tratamiento farmacológico, psicológico y social.
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares.

Recursos Humanos

- Un psiquiatra a tiempo parcial (20% de su jornada, que comparte con UME).
- Una psicóloga a tiempo parcial (compartida con UME y pisos tutelados).
- Una supervisora de enfermería (compartida con USM y Hospitales de Día).
- Seis enfermeros no especialistas en turnos de mañana, tarde y noche.
- Siete TCAE en turnos de mañana, tarde y noche.
- Una trabajadora social compartida con UME y otros Servicios del CHPC.

Indicadores de actividad

Las estancias de la ULE se suelen prolongar más allá del año. Algunos de los pacientes se encuentran ingresados en el dispositivo desde su inauguración en 2014 ([Tabla 35](#)).

Tabla 35. Indicadores de actividad de la Unidad de Larga Estancia en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Camas	20	20	20	20	20
Ingresos	10	4	9	9	9
Estancias	6.258	6.264	6.359	6224	6444
Altas	9	4	9	8	14
Exitus (incluidas en altas externas)	0	0	0	0	0
Índice ocupación	85,70%	85,80%	83,70%	85,26%	88,30%

5. Atención a las urgencias psiquiátricas hospitalarias

Tal como se ha indicado en el apartado sobre Atención psiquiátrica urgente (página 22) el CHPC recibe urgencias psiquiátricas de los tres Departamentos.

Estructura física

El Área de Urgencias del CHPC dispone de:

- Una consulta donde el psiquiatra de guardia puede realizar las entrevistas en condiciones de intimidad y seguridad adecuadas.
- Un box específico con una cama dotada de correas homologadas donde proceder a la contención mecánica de los pacientes que lo requieran debido a su estado de agitación o desorganización.

También podemos utilizar otras camas de boxes cuando es necesario mantener al paciente unas horas en observación.

Cartera de servicios

- Acogida, valoración, observación, diagnóstico
- Tratamiento
- Alta con derivación a su USM o ingreso, si procede, en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHB).
- Se garantizará la atención en la situación de crisis desde un punto de vista ético y de respeto a la dignidad del paciente (traslado involuntario, contención mecánica, etc.).
- Formación de médicos especialistas en psiquiatría.

Recursos Humanos

Un psiquiatra se hace cargo de las urgencias en horario de 08:00 a 15:00 de lunes a viernes. A partir de las 15:00 los días laborables y de las 08:00 los festivos, las urgencias son atendidas por el psiquiatra de guardia y, generalmente, uno o dos residentes de psiquiatría.

Un total de 17 psiquiatras componen el turno de guardia. De ellos, 11 son miembros de la plantilla del CHPC y el resto, de la CSUiSP (cinco del Departamento de Castellón y una, de La Plana).

Indicadores de actividad

Debido a que el CHPC centraliza la asistencia psiquiátrica de la provincia de Castelló, prácticamente una cuarta parte de las Urgencias que atiende el hospital corresponde a nuestra especialidad. Véase **Gráfico 4** (Evolución de las urgencias del CHPC en los últimos 5 años) y **Tabla 22** (Número de atenciones en el Servicio de Urgencias del CHPC en los últimos 5 años, página 33). La mayor parte de los ingresos psiquiátricos se producen a través del Servicio de Urgencias (**Tabla 36**).

Tabla 36. Indicadores de Urgencias Psiquiátricas del CHPC en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Nº urgencias de Psiquiatría	3.626	3.795	3.727	4.034	4.195
Promedio Urgencias/día	9,93	10,37	10,21	11,05	11,49
Total ingresos urgentes	556	577	596	586	628
% ingresos por urgencias	15,33%	15,20%	15,99%	14,53%	14,97%
Total ingresos	875	840	846	870	785
Presión de urgencias	63,54%	71,93%	76,00%	71,63%	80,00%
Promedio de ingresos por urgencias	1,52	1,58	1,63	1,61	1,72

6. Interconsulta y psicología de enlace

La interconsulta psiquiátrica tiene el cometido de tratar toda la patología psiquiátrica que aparece en pacientes hospitalizados en plantas de diversas especialidades médicas o quirúrgicas del Hospital. Un psiquiatra se encarga de realizar esta función.

Unidad de psicooncología

La Unidad de Psicooncología presta atención psicológica a pacientes oncológicos ingresados o ambulatorios y a sus familias.

Además, participa en los grupos de deshabituación tabáquica en colaboración con la Unidad de Tabaquismo del hospital, cuya función es prevenir el cáncer de pulmón y otras enfermedades relacionadas con el tabaco.

Dispone de dos consultas para atender a pacientes ambulatorios o familiares. Las psicólogas también asisten a pacientes ingresados, en sus propias habitaciones.

La Unidad de Psicooncología está compuesta por dos psicólogas.

Además de sus funciones asistenciales, participan en la docencia pregrado y posgrado en psicología y desarrollan proyectos de investigación.

Neuropsicología

Una neuropsicóloga adscrita al Área de Salud Mental colabora a tiempo completo con la consulta de Neurología. Realiza valoraciones e intervenciones de estimulación cognitiva en pacientes con demencia y dirige grupos de terapia de apoyo a pacientes con ELA.

Indicadores de actividad

No disponemos de indicadores de actividad de la interconsulta psiquiátrica. Respecto a la actividad de la psicología de enlace (psicooncología y neuropsicología), el número de primeras, sucesivas y porcentaje de revisiones se resumen en la **Tabla 37**.

Tabla 37. Indicadores de actividad de psicología de enlace en los últimos 5 años

Unidad	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019
Psicooncología	Primera	533	472	500	467	436
	sucesiva	1907	922	1379	1759	1537
	Total	2440	1394	1879	2226	1973
	% revisiones	78,16%	66,14%	73,39%	79,02%	77,90%
Neuropsicología	Primera	34	81,00	77	81	85
	sucesiva	79	294	658	628	705
	Total	113	375	735	709	790
	% revisiones	69,91%	78,40%	89,52%	88,58%	89,24%

7. Hospitales de día de adultos

El hospital de Día (HdD) es un recurso sanitario, terapéutico y rehabilitador, de carácter temporal, con indicación específica para pacientes con trastorno mental grave, en régimen de hospitalización parcial, sin pernoctación. El periodo terapéutico será variable según el proceso, pero generalmente del orden de meses. En ningún momento el paciente perderá el vínculo con el equipo terapéutico de la unidad de salud mental.

El horario laboral es de 8:00 a 15:00 y el de atención a los pacientes, de 9:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

Disponemos de un HdD en cada uno de los departamentos de Castelló y de La Plana, ambos con capacidad para 20 pacientes (**Tabla 10**, página 21).

Carta de servicios

- Valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Aplicación de diferentes programas según necesidades:
 - adherencia al tratamiento,
 - habilidades sociales,
 - rehabilitación cognitiva,
 - afrontamiento al estrés, etc.

- Programa de familias
- Los pacientes comen en el dispositivo como forma de poner en práctica las habilidades sociales y, al mismo tiempo, asegurar la toma de la medicación.
- Docencia pregrado, formación sanitaria especializada e investigación.

Hospital de Día de Castelló (HDCS)

El HDCS presta asistencia sanitaria intensiva a pacientes con trastorno mental grave del Departamento de salud de Castellón.

Estructura física

Se encuentra situado en el bajo del nº 10 de la Avda. Cardenal Costa de Castellón, en un amplio local que donde también se ubica la Unidad de Salud Mental. Ambos dispositivos se comunican a través de un pasillo, pero sus estancias están claramente separadas y delimitadas.

Cuenta con taller ocupacional, sala de reuniones, sala de terapias, comedor, despachos para la psicóloga y para la trabajadora social.

Recursos Humanos

La plantilla del HDCS está formada por:

- Una psicóloga clínica.
- Una enfermera especialista en salud mental.
- Una TCAE.
- Un monitor educador.
- Una trabajadora social a tiempo parcial (compartida con el HdD de Vila-real).

Indicadores de actividad

La **Tabla 38** muestra el número de estancias y el porcentaje de ocupación del HDCS en los últimos 5 años.

Tabla 38. Indicadores de actividad del HDCS en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Nº Plazas	20	20	20	20	20
Estancias	6634	6210	6838	6527	5843
% Ocupación	132,2%	123,2%	135,7%	129,5%	115,9%

Hospital de Día de Vila-real (HDVR)

Atiende a pacientes del Departamento de salud de La Plana.

Estructura física

Se ubica en la localidad de Vila-real, en un local compuesto de bajo y entresuelo.

Aunque de dimensiones más reducidas que el HDCS, dispone de estancias similares a éste: taller ocupacional, sala de reuniones, sala de terapias, comedor, despachos para la psicóloga y para la trabajadora social.

Recursos Humanos

La plantilla del HDVR está formada por:

- Una psicóloga clínica.
- Una enfermera especialista en salud mental.
- Dos TCAE.
- Dos monitores educadores.
- Una trabajadora social a tiempo parcial (compartida con el HDCS).

Indicadores de actividad

El número de estancias y porcentaje de ocupación del HDVR se resumen en la **Tabla 39**.

Tabla 39. Indicadores de actividad del HDVR en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Nº Plazas	20	20	20	20	20
Estancias	6667	7599	6872	6785	6010
% Ocupación	132,8%	150,7%	136,4%	141,4%	125,2%

8. Hospital de día Educativo-Terapéutico (HDET)

Es un dispositivo dirigido a pacientes de entre 11 y 18 años con trastornos mentales que asisten en régimen de hospitalización parcial, de 9:30 a 15:00 horas.

Cuenta con 14 plazas y atiende a pacientes de los Departamentos de salud de Castelló y La Plana.

Se trata de un proyecto de colaboración entre el CHPC y la Conselleria de Educación, que aporta el personal educativo, el espacio físico, el servicio de comedor y el transporte escolar.

Cartera de servicios

Ofrece atención integral psicológica y psiquiátrica junto con apoyo educativo con el fin de promover un cambio psicológico y de conducta en el menor que permita mantener un adecuado funcionamiento personal y social para llevar una vida normalizada.

Docencia pregrado, formación sanitaria especializada e investigación.

Estructura física

El HDET se encuentra ubicado en el edificio del Centro de Educación Especial Castell Vell de Castelló, pero funciona de forma completamente independiente del colegio.

Consta de aula, taller ocupacional, despachos para los distintos profesionales y un patio.

Recursos Humanos

El CHPC aporta:

- Personal sanitario:
 - Una psiquiatra a tiempo parcial.
 - Una psicóloga clínica.
 - Dos enfermeras especialistas en salud mental.
- Un guarda de seguridad (de una empresa externa).

La Conselleria de Educación aporta el personal docente:

- Tres profesores.
- Un orientador educativo.

Indicadores de actividad

El número de estancias y porcentaje de ocupación del HDET constan en la [Tabla 40](#).

Tabla 40. Indicadores de actividad del HDET en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Nº Plazas	10	10	10	10	10
Estancias	2845	2845	2544	2879	3141
% Ocupación	113,30%	112,7	115,6	125,2	136,60%

9. Hospital de Día de Trastornos Alimentarios (HDTA)

Dispositivo dirigido al tratamiento de personas afectadas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como anorexia y bulimia nerviosas. Incluye:

- El HDTA, donde los pacientes permanecen en hospitalización parcial, de lunes a viernes entre las 9:00 y las 15:30 horas. Durante ese periodo desayunan, comen, participan en actividades y se les proporciona terapia. El HDTA tiene capacidad de atender a un máximo de 10 pacientes.
- La Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA), que atiende a pacientes ambulatorios con TCA.

Cartera de servicios

- Desayuno y comida bajo la tutela de los especialistas con dietas completas y equilibradas.
- Actividades educativas y manuales.
- Psicoterapia personal, grupal y familiar.
- Medidas destinadas a solucionar posibles complicaciones orgánicas.
- Planes de recuperación de peso en caso necesario
- Farmacoterapia.
- Docencia pregrado, formación sanitaria especializada e investigación.

Estructura física

El centro se encuentra en el entresuelo del mismo edificio en cuya planta baja se ubica la USMI de la calle Useres de Castelló.

La UTA dispone de una sala de espera y despachos para los terapeutas. El HDTA cuenta con cocina, comedor y una sala de actividades.

Recursos Humanos

La plantilla común para el HDTA y la UTA está formada por:

- Una psiquiatra a tiempo parcial.
- Dos psicólogos clínicos.
- Una enfermera especialista.
- Dos TCAE.
- Un informador compartido con la USMI.

Indicadores de actividad

La actividad del HDTA en los últimos 5 años queda reflejada en la **Tabla 41**.

Tabla 41. Indicadores de actividad del HDTA en los últimos 5 años

	2015	2016	2017	2018	2019
Nº Plazas	10	10	10	10	10
Estancias	2031	1953	2033	1751	1621
% Ocupación	80,9	77,5	92,4	76,10%	70,50%

10. Unidad de Salud Mental (USM) Cardenal Costa

Es la única de las ocho USM de los Departamentos de referencia (**Tabla 7**, página 20) gestionada y financiada por el CHPC

Cartera de Servicios

Como todas las USM cuenta con diferentes programas psicoterapéuticos:

- Programa de atención para personas con Trastornos Comunes: Contrato terapéutico
- Programa de atención para persona con Trastorno Mental Grave: Plan de Atención Integral.
- Programa de atención a la familia/cuidador principal
- Programa de coordinación: equipo de atención primaria y unidad de salud mental

Prestaciones:

- Valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, orientación, y atención domiciliaria.
- Atención de urgencia
- Interconsulta con otras especialidades médicas
- Coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales.
- Prevención y sensibilización, psicoeducación y promoción de la salud mental.
- Docencia pregrado y formación sanitaria especializada.

Estructura física

La USM de Cardenal Costa se encuentra ubicada en el bajo del nº 10 de la Avda. Cardenal Costa de Castelló, en un amplio local que comparte con el Hospital de Día de Salud Mental de Castelló.

Dispone de sala de espera, mostrador de recepción, consultas para los diferentes profesionales, una sala para reuniones o terapias de grupo.

Recursos Humanos

La USM cuenta con la siguiente plantilla:

- Dos psiquiatras.
- Dos psicólogos.
- Una enfermera especialista en Salud Mental.
- Una TCAE.

Indicadores de actividad

Como indicadores de actividad de los últimos 5 años, la Unidad de Estadística facilita el número de primeras visitas y sucesivas separados por grupo de profesionales (psiquiatras o psicólogos, [Tabla 42](#)).

Tabla 42. Indicadores de actividad de la USM en los últimos 5 años

Profesional	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019
Psiquiatra	Primera	411	338	438	397	369
	Sucesiva	4646	4369	4380	4800	4502
	Total	5057	4707	4818	5197	4871
	% revisiones	91,87%	92,82%	90,91%	92,36%	92,42%
Psicólogo	Primera	406	398	398	472	386
	Sucesiva	1967	2080	2405	2620	2141
	Total	2373	2478	2803	3092	2527
	% revisiones	82,89%	83,94%	85,80%	84,73%	84,72%

11. Unidad de Salud Mental Infantil (USMI)

Una de las tres USMIs de la provincia ([Tabla 8](#), página 21) está gestionada y financiada por el CHPC. A pesar de estar ubicada en la ciudad de Castelló, atiende a pacientes del Departamento de La Plana.

Cartera de servicios

- Valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación.
- Atención domiciliaria.
- Atención de urgencia.
- Interconsulta con otras especialidades, coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales (Bienestar Social, Educación, Justicia y otros).
- Prevención, psicoeducación y promoción de la salud mental.
- Docencia pregrado, formación sanitaria especializada, investigación.

Estructura física

La USMI se sitúa en la planta baja del nº 1 de la calle Useres de Castelló. En el entresuelo del mismo local se sitúa el HDTA.

Cuenta con sala de espera, despachos para todos los profesionales, así como una pequeña sala de reuniones.

Recursos humanos

Forman la plantilla de la USMI:

- Una psiquiatra.
- Dos psicólogas
- Una trabajadora social.
- Una TCAE.
- Un informador compartido con el HDTA/UTA.

Indicadores de actividad

Del mismo modo que ocurre con la USM, la Unidad de Estadística facilita el número de primeras visitas y sucesivas separados por grupo de profesionales (psiquiatras o psicólogos) para los últimos 5 años (**Tabla 43**).

Tabla 43. Indicadores de actividad de la USMI en los últimos 5 años

Profesional	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019
Psiquiatra	Primera	100	116	130	139	112
	sucesiva	732	678	650	666	658
	Total	832	794	780	805	770
	% revisiones	87,98%	85,39%	83,33%	82,73%	85,45%
Psicólogo	Primera	207	227	237	232	176
	sucesiva	1165	1130	1069	1073	952
	Total	1372	1357	1306	1305	1128
	% revisiones	84,91%	83,27%	81,85%	82,22%	84,40%

12. Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del CHPC

Es la única de las cuatro UCAs de la provincia (**Tabla 12**, página 23) gestionada y financiada por el CHPC.

La UCA del CHPC atiende de forma ambulatoria a pacientes drogodependientes del Departamento de Castellón, incluidos aquellos que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona.

Cartera de servicios

- Diagnóstico y tratamiento de los pacientes drogodependientes
- Derivación y seguimiento del usuario a otros recursos cuando se precise de una atención más especializada.
- Formación sanitaria especializada.

Estructura física

Actualmente la UCA del CHPC se encuentra situada en un módulo prefabricado en el interior del recinto del Hospital Provincial, a la espera de que pueda ser ubicada dentro del edificio. Cuenta con una pequeña sala de espera, la recepción y despacho para cada uno de los profesionales.

Recursos humanos

Prestan servicios en la UCA:

- Una médica de conductas adictivas, jefa del dispositivo.
- Una psicóloga clínica.
- Una trabajadora social.
- Un enfermero.
- Una TCAE.
- Una auxiliar administrativa.
- Un guardia de seguridad (perteneciente a una empresa externa).

Indicadores de actividad

Incluyen el número de primeras visitas y sucesivas de la médica de conductas adictivas y de la psicóloga (**Tabla 44**), pero a partir de 2015 estos datos se transmiten directamente a la CSUiSP sin que el hospital tenga acceso directo a los datos. Tampoco son accesibles a través de la web de la Conselleria.

Tabla 44. Indicadores de actividad de la UCA en los últimos 5 años

Profesional	Tipo	2015
Médico de conductas adictivas	Primera	151
	Sucesiva	2438
	Total	2589
	% revisiones	94,17%
Psicólogo	Primera	175
	Sucesiva	1218
	Total	1393
	% revisiones	87,44%

13. Viviendas supervisadas

Como ya se ha dicho (página 25), el CHPC dispone de tres viviendas supervisadas, todas ellas en la ciudad de Castelló de la Plana. El hospital es arrendatario de las tres viviendas y sus monitoras forman parte de la plantilla del Área de Salud Mental.

Cartera de servicios

En todas las Viviendas Tuteladas se prestan los siguientes servicios básicos:

- Asistencia, apoyo o supervisión
- Alojamiento y manutención
- Actividades de convivencia, cooperación y autoayuda

- Colaboración para la búsqueda de otros recursos específicos
- Actividades de integración en el entorno comunitario

Estructura física

Las viviendas son pisos alquilados en bloques de viviendas de la comunidad, con habitaciones individuales o dobles, cocina, baños, comedor y demás estancias habituales en cualquier domicilio.

La vivienda de la calle Gobernador alberga a cinco varones y las de la calle Quevedo y calle Ulloa, a cuatro mujeres cada una.

Recursos Humanos

- Vivienda calle Quevedo: Un monitor a tiempo completo y dos a media jornada.
- Vivienda calle Gobernador: Dos monitores a tiempo completo y uno a media jornada.
- Vivienda calle Ulloa: Dos monitores a tiempo completo y uno a media jornada.

Indicadores de actividad

No disponemos de indicadores de actividad de las viviendas tuteladas. Todas las plazas están ocupadas y hay una lista de espera, por lo que las altas son inmediatamente sustituidas por nuevos ingresos.

3.2.2. Recursos Humanos de la UGC de Salud Mental

Personal asistencial

El personal asistencial de plantilla se ha ido describiendo en el apartado correspondiente a cada dispositivo y se resume en la [Tabla 45](#). En el caso de profesionales compartidos por varios dispositivos, se ha asignado a cada uno de éstos un número decimal (entre 0 y 1) cuya suma es 1. El total es de 146 trabajadores en el área de salud mental

Personal no asistencial

Los distintos dispositivos del Área de Salud Mental del CHPC cuentan con la colaboración de profesionales no asistenciales:

- Una administrativa común para todos los dispositivos.
- Celadores en las unidades de hospitalización, compartidos con otros servicios.
- Servicio externalizado de Seguridad. La UHB dispone durante las 24 horas del día de un guardia de seguridad. La UCA y el HDET cuentan con este servicio durante su horario de apertura.
- Un informador en el edificio de la calle Useres común para USMI y HDTA.
- Personal educativo del HDET (tres profesoras y un orientador)

Tabla 45. Personal del Área de Salud Mental del CHPC

	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermera especialista	Enfermera no especialista	Supervisor	TCAE	Trabajador social	Monitor-educador
UHB	5	1	1	12	0,8	14	1	1
UHIJ	1	0	6	0	0,3	6	0	0
Urgencias	1	0	0	0	0	0	0	0
Interconsulta	1	3	0	0	0	0	0	0
UME	1.8	0,5	0	9	0,7	14	0,5	1
ULE	0.2	0,2	0	6	0,2	7	0,5	0
HDCS	0	1	1	0	0,1	1	0,5	1
HDVR	0	1	1	0	0,1	2	0,5	2
HDET	0.5	1	2	0	0,1	0	0	0
UTCA	0.5	2	1	0	0,1	2	0	0
USM C.Costa	2	2	1	0	0,2	1	0	0
USMI	1	2	0	0	0,2	1	1	0
UCA	1*	1	0	1	0,2	1	1	0
USM CSUiSP	5	1	0	0	0	0	0	0
Piso C/. Quevedo	0	0,1	0	0	0	0	0	2
Piso C/. Gobernador	0	0,1	0	0	0	0	0	2,5
Piso C/. Ulloa	0	0,1	0	0	0	0	0	2,5
Total por categoría profesional	20	16	13	28	3	49	5	12
TOTAL	146							

*Médico de conductas adictivas (no psiquiatra)

Profesionales en formación sanitaria especializada

La Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del CHPC da formación sanitaria especializada a tres médicos internos residentes de la especialidad de psiquiatría, dos psicólogos internos residentes y dos enfermeros internos residentes de la especialidad de salud mental por cada promoción, lo que suma un total de 24 residentes de forma simultánea (Tabla 46).

Tabla 46. Personal en formación sanitaria especializada de la UGC de Salud Mental

Especialidad	Nº de residentes por año	Nº de años de residencia	Nº de residentes
Psiquiatría	3	4	12
Psicología clínica	2	4	8
Enfermería especializada en Salud Mental	2	2	4
TOTAL	7 residentes nuevos cada año		24 residentes simultáneos

Organigrama

El Jefe de Servicio depende directamente de la Dirección Médica y tiene a su cargo cuatro jefes de sección:

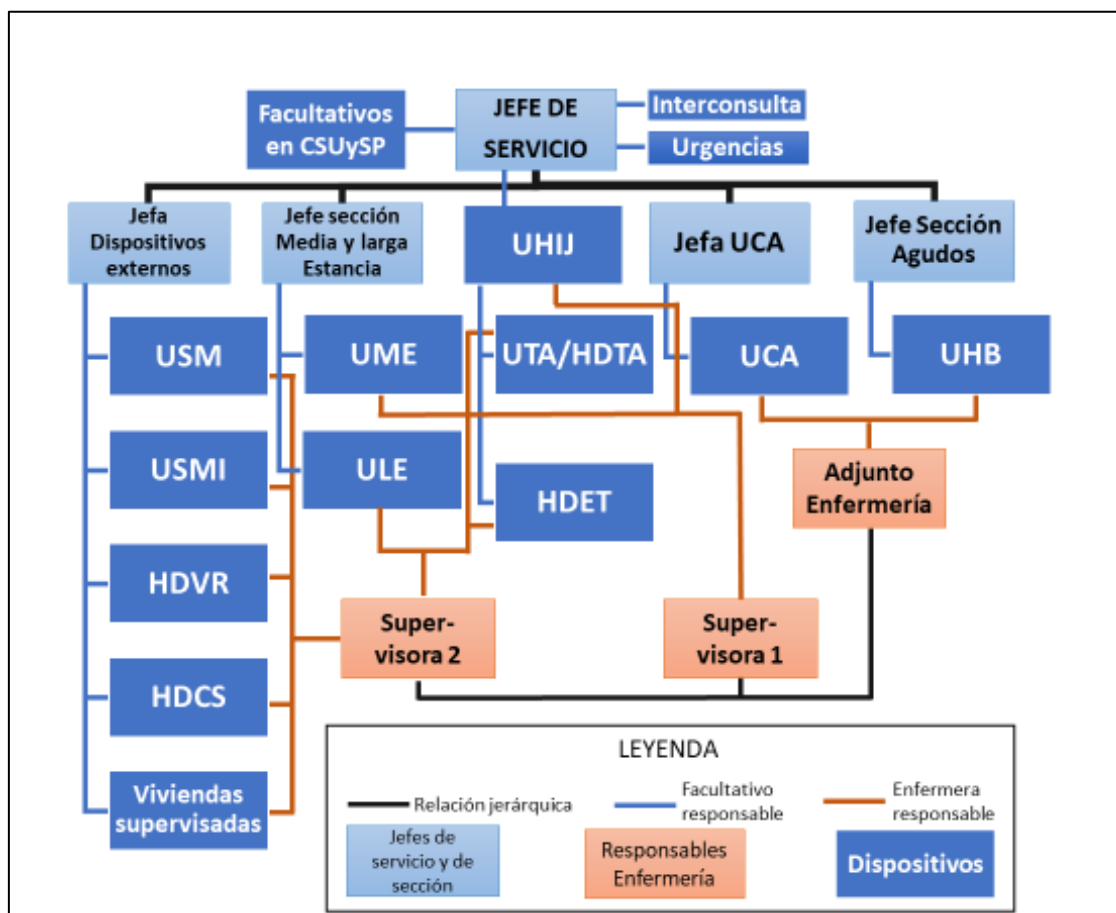
- Jefe de Sección de Agudos: se encarga de la UHB.
- Jefe de sección de Media y Larga Estancia, responsable de la UME y la ULE
- Jefa de los dispositivos extrahospitalarios: se hace cargo de:
 - USM Cardenal Costa.
 - USMI Useres.
 - Hospitales de día de Vila-real y Castelló
 - Viviendas Supervisadas
- Jefa de la UCA

El jefe de servicio se hace cargo directamente de la interconsulta, las urgencias hospitalarias, de los facultativos que prestan servicios en USMs dependientes de la CSUiSP, y de los dispositivos de hospitalización infantil, incluyendo HDET y HDTA (**Figura 6**).

Los enfermeros y TCAEs dependen de la Dirección de Enfermería. El Servicio cuenta con tres supervisores, uno de ellos adjunto a la Dirección. Entre los tres se reparten la supervisión de los distintos dispositivos en los que disponemos de personal de enfermería:

- El Adjunto a Dirección de Enfermería supervisa la UHB y la UCA.
- Una de las supervisoras se encarga de la UME y la UHIJ.
- La otra supervisora se hace cargo de los dispositivos extrahospitalarios: USM, USMI, hospitales de día de salud mental, HDTA, HDET, viviendas supervisadas y ULE.

Figura 6. Organigrama del Área de Salud Mental



3.2.3. Previsión de la demanda

Según datos de la OCDE (OCDE, 2020), los trastornos mentales representan una de las categorías más importantes y de mayor crecimiento de carga de enfermedad en todo el mundo y nuestro medio no es una excepción.

Algunos de los factores que han contribuido al aumento de la demanda de asistencia sanitaria en salud mental en los últimos años y que, probablemente, seguirán influyendo en su ascenso en un futuro próximo son los siguientes:

- El envejecimiento de la población
- La fragmentación del apoyo social
- Crisis económica y altas tasas de desempleo
- La inmigración
- La crisis de valores
- La comorbilidad de los trastornos mentales
- Las consecuencias de la pandemia de covid-19

El envejecimiento de la población

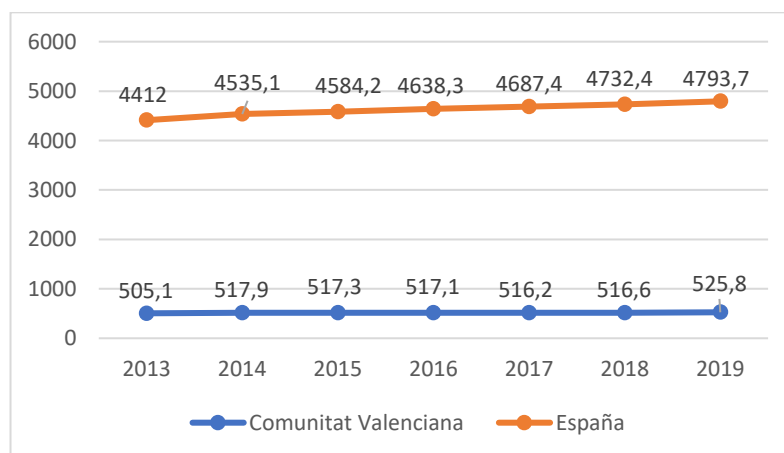
Los trastornos mentales graves suelen debutar en el adulto joven. En muchas ocasiones, antes de los 40 años pueden ser considerados pacientes crónicos. Cuando envejecen, al deterioro físico y cognitivo propio de la edad, se añaden los déficits preexistentes, lo que les convierte en personas más dependientes y que requieren mayor soporte por parte del sistema sanitario.

Por otra parte, con el incremento de la esperanza de vida de la población se espera un aumento de los pacientes que deberán ser atendidos por presentar trastornos de conducta asociados a deterioro cognitivo.

Fragmentación del apoyo social

Las personas que carecen de una buena red de apoyo social son más proclives a sufrir trastornos mentales y, cuando los sufren, requieren de más apoyo por parte del sistema sanitario (por ejemplo, tratamiento en régimen internamiento en lugar de ambulatorio). La soledad condiciona riesgos importantes para la salud de las personas, especialmente para los grupos más vulnerables como los niños, los ancianos, o los enfermos mermados en sus capacidades de adaptación. La soledad puede ser deseada y productiva o puede convertirse en una fuente de ansiedad (de la Gándara Martín & Álvarez Álvarez-Monteserín, 2004).

Gráfico 5. Evolución del número de hogares unipersonales a lo largo del tiempo en España y en la Comunitat Valenciana (en miles).



Fuente: (INE, 2020)

El hecho de vivir solo no es necesariamente sinónimo de soledad ni de falta de apoyo social, pero muchas personas que carecen de una adecuada red de apoyo social viven solas. El número de hogares unipersonales ha sido en aumento en los últimos años. Así, se pasó de unos 4,4 millones de personas que vivían solas en España y 505.000 en la Comunitat Valenciana en 2013, hasta casi 4,8 millones y 525.000, respectivamente, en 2019 (**Gráfico 5**).

Crisis económica y altas tasas de desempleo.

Los trabajos publicados antes de la crisis financiera del año 2008 sugieren que las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental. El estudio IMPACT, realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. También se observan diferencias de género, con un aumento de la dependencia de alcohol en mujeres durante el periodo de crisis. El desempleo constituye el factor de riesgo más importante para este aumento. Paralelamente se observa, durante esos años, un incremento del consumo de fármacos antidepresivos, aunque no hay una significativa variación al alza del número de suicidios (Gili, García Campayo, & Roca, 2014).

Cuando apenas empezaban a notarse los efectos de la recuperación de esa crisis, la pandemia de covid-19 amenaza con otra crisis económica todavía peor (véase más adelante).

Inmigración

Los trastornos mentales son la segunda causa de consulta sanitaria entre la población inmigrante en nuestro país. Su prevalencia es de alrededor de un 20% en los demandantes españoles de atención sanitaria y aumenta hasta el 50% entre los inmigrantes. Las causas del exceso de patología mental entre este colectivo son múltiples:

- Estrés provocado por el cambio radical de cultura y de hogar.
- Dificultades de comunicación.
- Falta de soporte familiar y psicosocial que, como se ha dicho más arriba, es un factor de riesgo de trastorno mental.
- Condiciones de vida precarias: malas condiciones de vivienda y habitabilidad, precariedad laboral, irregularidad legal, marginación social, problemas económicos.
- Vivencias de discriminación étnica, xenofobia.

Los trastornos más frecuentes entre los inmigrantes son la depresión y los trastornos de ansiedad, con mayores tasas de ambos trastornos que la población autóctona. Una forma específica de enfermar es el denominado *síndrome de estrés crónico del inmigrante* o *síndrome de Ulises*, que se ha convertido en una de las patologías psiquiátricas más frecuentes entre los inmigrantes extracomunitarios no regularizados en España. Ha sido fundamentalmente descrito en inmigrantes ilegales o con riesgo de serlo (se estima que el 2% en España), es decir, que entran de forma clandestina o que pasan a ser ilegales al finalizar su permiso de residencia o visado (Achotegui Loiztea, y otros, 2009).

Por otra parte, los inmigrantes que padecen trastornos mentales graves requieren de mayor apoyo por parte del sistema sanitario que los ciudadanos autóctonos con la

misma patología debido, por un lado, a la ausencia de una red de apoyo sociofamiliar adecuada; y, por otro, a que en muchas ocasiones les resulta muy difícil comprender la naturaleza de ese tipo de enfermedad, tanto a causa de la barrera idiomática como de la cultural.

Crisis de valores

Una de las posibles razones del aumento del malestar psíquico es el cambio en los estándares de enfermedad o sufrimiento mental que la sociedad está dispuesta a asumir en cada momento. La disminución del umbral de tolerancia aumentaría el número de personas consideradas “enfermas” sin que exista un incremento real de la patología mental.

En relación con ello aparece el fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana, por el cual un problema humano pasa a ser definido y tratado como un problema médico en función, fundamentalmente, de un cambio de valores sociales y personales.

En la actual sociedad postmoderna los individuos han dejado de preocuparse por la competencia personal y la búsqueda de la moral y se ha instalado un individualismo hedonista y narcisista donde rige la compulsión de autorrealización, además de la obsesión por mantenerse actualizado ante los rápidos cambios que se producen. Este cambio de las motivaciones desde lo trascendente y durable a lo inmediato es especialmente relevante para la salud mental.

Están surgiendo trastornos relacionados con el narcisismo y la autoimagen, tales como dismorfofobia, anorexia, bulimia, vigorexia u ortorexia.

Los problemas motivacionales pueden estar en la base del malestar psicológico y llevar, por ejemplo, a diferentes tipos de adicciones comportamentales: el juego patológico, la adicción a la comida, a los videojuegos, a la pornografía, a las redes sociales etc. Los individuos son tan dependientes de esas fuentes de gratificación accesibles, fiables e inmediatas, que pierden la motivación para perseguir objetivos vitales más elevados pero que ofrecen recompensas menos intensas o más diferidas en el tiempo (Iglesias García, 2017; de la Gándara Martín & Álvarez Álvarez-Monteserín, 2004).

Comorbilidad psiquiátrica

Los dispositivos de hospitalización y rehabilitación de salud mental han atendido tradicionalmente a los pacientes que sufren trastorno mental grave (TMG) como esquizofrenia o trastorno bipolar. Pero estamos asistiendo a un incremento de casos de comorbilidad psiquiátrica de difícil manejo con los dispositivos actuales, lo que podríamos denominar *trastorno mental complejo*. Suele tratarse de alguna combinación entre dos o más de los siguientes:

- Un TMG, como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar.
- Un trastorno por uso de sustancias, desde cannabis a opiáceos, pasando por cocaína u otros estimulantes. En este caso, muchas veces los pacientes sufren episodios psicóticos inducidos por la intoxicación o por abstinencia, de difícil diagnóstico diferencial con psicosis primarias.

- Un trastorno de personalidad, generalmente trastorno límite de personalidad (TLP).
- Una capacidad intelectual límite o discapacidad intelectual leve-moderada.

Estos pacientes suponen un reto tanto desde el punto de vista sanitario como sociosanitario. Consumen todo tipo de recursos ambulatorios (UCA, USM, HdD, CRIS...) y de hospitalización, incluyendo UHB, donde muchas veces se definen como pacientes de “puerta giratoria”, y UME. Suelen ser hiperfrecuentadores de urgencias.

No acaban de encajar en los dispositivos clásicos y no se han creado otros más adecuados para ellos.

Por ejemplo, en la Comunitat Valenciana no hay recursos públicos específicos para el tratamiento de pacientes con TLP, a pesar de que constan como una prioridad en la Estrategia de Salud Mental. Muchas de las pacientes se derivan a centros privados, pero allí no son aceptados los casos complejos, con comorbilidad o con riesgo de suicidio.

Consecuencias de la pandemia de covid-19 sobre la salud mental

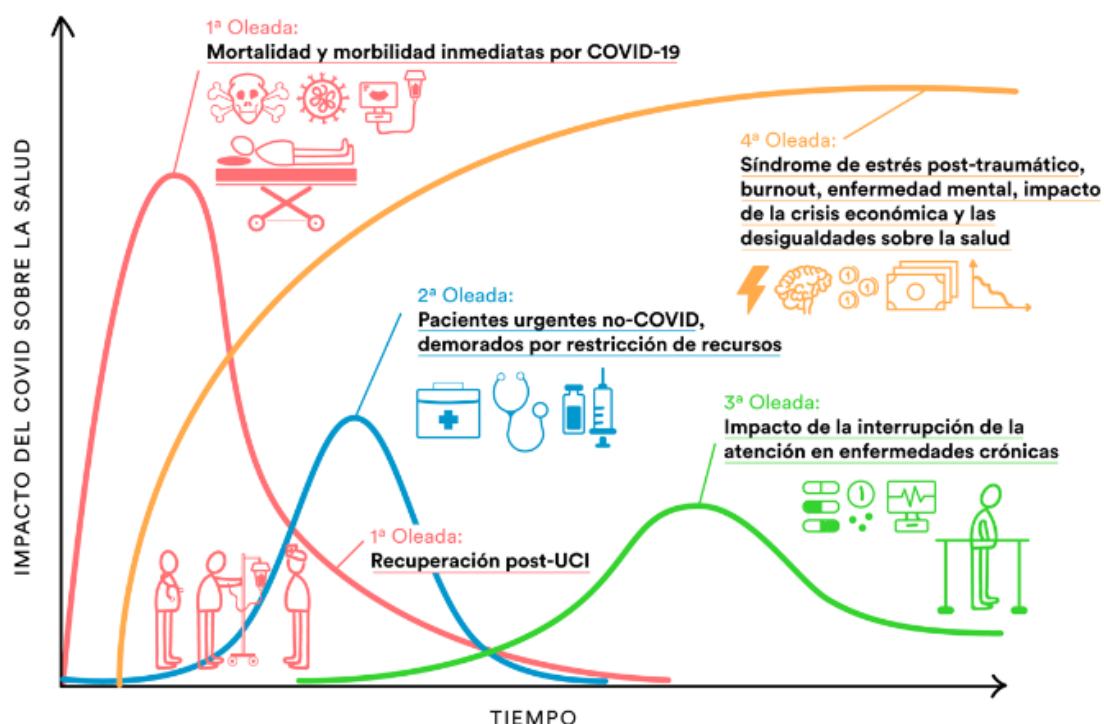
La salud mental y el bienestar de la sociedad se han visto gravemente afectados por la pandemia de covid-19 y la ONU (ONU, 2020) considera probable un aumento a largo plazo en el número y la gravedad de los trastornos mentales.

Durante la fase más aguda de la pandemia, muchas personas se han sentido angustiadas debido al impacto inmediato del virus en la salud y las consecuencias del aislamiento físico. Otros temían la infección, la muerte y la pérdida de familiares. La desinformación y la profunda incertidumbre sobre el futuro han sido otras fuentes comunes de angustia. Los parientes y allegados de los pacientes infectados por el virus han sido físicamente alejados de ellos en situaciones de gran carga emocional, como el ingreso o la muerte. Los propios pacientes que han sufrido cuadros graves se han visto privados del apoyo emocional de familiares y amigos durante sus ingresos hospitalarios.

Los problemas de salud mental se sitúan a lo largo de un continuo que va desde angustia leve y limitada en el tiempo a trastornos graves de salud mental. La pandemia covid-19 influye en el lugar donde las personas están situadas en ese continuo. Muchas personas que antes tenían una buena capacidad de afrontamiento ahora son menos capaces de hacer frente a los múltiples factores estresantes generados por la pandemia. Aquellos que anteriormente tenían pocas experiencias de ansiedad y angustia, pueden experimentar un aumento en su número e intensidad y algunas de estas personas han llegado a desarrollar un trastorno mental. Y quienes anteriormente ya sufrían un trastorno mental, pueden experimentar un empeoramiento. Consecuentemente, se han registrado niveles más altos de lo habitual de síntomas de depresión y ansiedad en varios países. Es lo que se ha denominado la *cuarta oleada* de la pandemia (**Figura 7**).

Las personas pueden recurrir a diferentes formas negativas de afrontamiento de los factores estresantes, incluyendo el consumo de alcohol, drogas, tabaco o dedicar más tiempo a comportamientos potencialmente adictivos como los juegos en línea. En muchos casos los problemas persistirán más allá de la pandemia.

Es probable que el estrés, el aislamiento social y la violencia en la familia afecten la salud y el desarrollo cerebral en niños pequeños y adolescentes.

Figura 7. Las oleadas previsibles de la pandemia

Reproducido de: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud, 2020.

La pandemia ha interrumpido los servicios de salud mental en todo el mundo debido al riesgo de infección. La demanda de servicios de salud mental presenciales ha disminuido significativamente debido al miedo a la infección, especialmente entre las personas mayores. Se ha recurrido a la atención de salud mental no presencial. La telemedicina puede ser un enfoque eficaz y escalable, aunque su limitación es que muchos de los pacientes tienen escaso acceso a Internet o telecomunicaciones. Además, no es una respuesta para todas las necesidades de salud mental.

La salud mental y el apoyo psicosocial prestado a nivel comunitario y sociosanitario también se han visto afectados críticamente. Por ejemplo, centros de día, hospitales de día, CRIS, grupos de ayuda mutua para la dependencia del alcohol y las drogas, etc., que solían reunir a las personas regularmente antes de la pandemia no han podido reunirse durante varios meses.

Sin embargo, el verdadero riesgo para la salud mental será, probablemente, la profunda crisis económica que se avecina. Millones de personas han perdido o corren el riesgo de perder sus ingresos y sus medios de vida, con las consecuencias que ello puede tener sobre la salud mental, como se ha dicho más arriba. Aparte de las consecuencias sobre cada una de las personas, existe el riesgo de que parte de los recursos económicos que se hubieran podido destinar a la salud mental se desvíen a otras áreas sanitarias más directamente relacionadas con la infección por covid-19.

3.2.4. Matriz DAFO/CAME

Análisis DAFO

El análisis DAFO (iniciales de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) es una herramienta que permite analizar la realidad de una empresa, marca o producto (en este caso, la UGC de Salud Mental del CHPC) para poder tomar decisiones de futuro.

Tiene en cuenta las debilidades y fortalezas internas de la organización, así como los factores externos que suponen una amenaza para su supervivencia o bien una oportunidad de crecimiento. Generalmente el DAFO se representa en forma de una tabla de 2x2 (análisis interno/externo x puntos débiles/fuertes).

En la **Tabla 47** se expone el análisis DAFO para la UGC de Salud Mental del CHPC. El DAFO debería ser resultado del trabajo de un equipo compuesto por personas de diferentes categorías profesionales y de los diferentes dispositivos, pero esa tarea supera las posibilidades del presente documento y queda pendiente para un futuro próximo.

Análisis CAME

El análisis DAFO no es un fin en sí mismo, sino una herramienta para detectar problemas y solucionarlos mediante el análisis CAME, que de forma muy sencilla se puede definir como:

- Corregir las Debilidades
- Afrontar las Amenazas
- Mantener las Fortalezas
- Explotar las Oportunidades

Una forma más completa del análisis CAME consiste en combinar los factores externos e internos detectados en el DAFO. Cuatro tipos de estrategias surgen de la interacción de estos factores en una tabla 2x2 (**Tabla 48**). De cada una de estas estrategias deriva uno o más objetivos estratégicos.

Tabla 47. Análisis DAFO de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del CHPC

	Análisis interno	
	Fortalezas	Debilidades
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facultativos con sólida formación y experiencia. 2. Los supervisores de enfermería son líderes naturales de sus respectivos equipos. 3. Participación de los profesionales en la toma de decisiones. 4. Instalaciones amplias y confortables para los pacientes hospitalizados. 5. Posibilidad de administrar tratamientos biológicos novedosos. 6. Clara voluntad de mejorar en el respeto a los derechos de los pacientes y en su seguridad. 7. Profesores asistenciales y colaboradores docentes motivados en la docencia pregrado. 8. Potentes programas de formación de residentes (MIR, PIR, EIR). 9. La nueva Unidad Docente Multiprofesional. 10. Algunos de los profesionales tienen un importante currículum en investigación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de un plan estratégico. Escasa cultura de gestión y evaluación de los programas, dispositivos y del Servicio. 2. Escasos protocolos, guías clínicas y procesos definidos. 3. Ausencia de un presupuesto propio de la UGC o de un acuerdo de gestión con la Dirección que tenga en cuenta aspectos económicos. 4. Elevado porcentaje de personal de enfermería sin formación específica en Salud Mental. 5. Deficiente coordinación intra/extrahospitalaria. 6. Deficiente coordinación entre la atención especializada ambulatoria y la atención primaria. 7. Ausencia de planes individualizados de tratamiento. 8. Tratamientos farmacológicos y psicológicos heterogéneos, no siempre basados en la evidencia científica. 9. Falta de tradición sólida en investigación.
	Análisis externo	
	Oportunidades	Amenazas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existen tratamientos psicológicos y farmacológicos de eficacia probada. 2. Definición y organización de la Red de Salud Mental. 3. La UGC participa en la docencia de las dos universidades de Castellón. 4. La existencia de una Estrategia de Salud Mental (ESM) y de la Oficina Autónoma de Salud Mental (OASM). 5. La Fundación Hospital Provincial apoya la investigación facilitando y patrocinando la puesta en marcha de los proyectos de investigación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eclósión de nuevos perfiles de pacientes. 2. Incremento de factores de riesgo para la salud mental. 3. Estigma de la enfermedad mental grave. 4. Falta de reconocimiento de la importancia de la salud mental por parte de la población. 5. Priorización insuficiente de la salud mental en las agendas políticas. 6. Escasez de recursos residenciales y de otros recursos sociales. 7. Escasas alternativas laborales y formativas para personas con TMG. 8. Situación administrativa del CHPC y restricciones generales impuestas por la Conselleria de Hacienda. 9. Deficiente ratio de personal en relación con otros servicios similares.

Tabla 48. Estrategias a partir del análisis CAME

	Oportunidades	Amenazas
Debilidades	Estrategias de reorientación Corregir las debilidades	Estrategias de supervivencia Afrontar las amenazas
	Tratan de aprovechar una situación positiva del entorno para corregir carencias o debilidades internas de la institución.	Destinadas a eludir los efectos que las situaciones del entorno puedan tener sobre aspectos internos.
Fortalezas	Estrategias ofensivas Explotar las oportunidades	Estrategias defensivas Mantener las fortalezas
	Tratan de obtener el máximo provecho de una situación favorable del entorno.	Pretenden dar respuestas a situaciones del entorno no favorables apoyándose para ello en puntos fuertes de la organización

Estrategias de reorientación: Corregir las Debilidades

- *Debilidad 1* - Ausencia de un plan estratégico. Escasa cultura de gestión y evaluación de los programas, dispositivos y del Servicio.
- *Oportunidad 4* - La existencia de una Estrategia de Salud Mental (ESM) y de la Oficina Autonómica de Salud Mental (OASM).
→ **Objetivo Estratégico 1:** Diseñar un plan estratégico teniendo en cuenta las líneas de la ESM.
- *Debilidad 2* - Escasos protocolos guías clínicas y procesos definidos.
- *Debilidad 8* - Tratamientos farmacológicos y psicológicos heterogéneos, no siempre basados en la evidencia científica.
- *Oportunidad 1* - Existen tratamientos psicológicos y farmacológicos de eficacia probada.
→ **Objetivo Estratégico 2:** Definir protocolos, guías clínicas y procesos basados en la evidencia científica.
- *Debilidad 5* - Deficiente coordinación intra/extrahospitalaria.
- *Debilidad 7* - Ausencia de planes individualizados de tratamiento.
- *Oportunidad 2* - Definición y organización de la Red de Salud Mental.
→ **Objetivo Estratégico 3:** Mejorar la coordinación intra-extrahospitalaria apoyándose en la Red de salud mental.
- *Debilidad 6* - Deficiente coordinación entre la atención especializada ambulatoria y la atención primaria.
- *Oportunidad 2* - Definición y organización de la Red de Salud Mental.
→ **Objetivo Estratégico 4:** Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada ambulatoria apoyándose en la red de salud mental.

- *Debilidad 9* - Falta de tradición sólida en investigación.
- *Oportunidad 3* - La UGC participa en la docencia de las universidades de Castelló.
- *Oportunidad 5* - La Fundación Hospital Provincial apoya la investigación facilitando y patrocinando la puesta en marcha de los proyectos de investigación.

→ **Objetivo Estratégico 5:** Fomentar la investigación en salud mental con el apoyo de la Fundación y buscando la colaboración de las universidades.

Estrategias de supervivencia: Afrontar las Amenazas

- *Debilidad 3:* Ausencia de un presupuesto propio de la UGC o de un acuerdo de gestión con la Dirección que tenga en cuenta aspectos económicos
- *Amenaza 8* - La situación administrativa del CHPC y las restricciones generales impuestas por la Conselleria de Hacienda.

→ **Objetivo Estratégico 6:** Contener los costes de la UGC para que sea sostenible

- *Debilidad 4* - Elevado porcentaje de personal de enfermería sin formación específica en Salud Mental.
- *Amenaza 8* - La situación administrativa del CHPC y las restricciones generales impuestas por la Conselleria de Hacienda.
- *Amenaza 9* - Deficiente ratio de personal en relación con otros servicios similares.

→ **Objetivo Estratégico 7:** Fomentar la participación del personal de enfermería no especialista en actividades de formación ajenas o propias del servicio.

- *Amenaza 3* - Estigma de la enfermedad mental grave.
- *Amenaza 4* - Falta de reconocimiento de la importancia de la salud mental por parte de la población.
- *Amenaza 5* - Priorización insuficiente de la salud mental en las agendas políticas.

→ **Objetivo Estratégico 8:** Realizar intervenciones para erradicar el estigma dirigidas a población general, personas usuarias, familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios, sistema educativo y medios de comunicación.

- *Amenaza 1* - Eclosión de nuevos perfiles de pacientes.
- *Amenaza 2* - Incremento de factores de riesgo para la salud mental: envejecimiento de la población, fragmentación del apoyo social, crisis económica y altas tasas de desempleo, inmigración, crisis de valores o la pandemia de covid-19.

→ **Objetivo Estratégico 9:** Adaptar los procesos de la UGC de Salud Mental a las nuevas necesidades de la población.

- *Amenaza 6* - Escasez de recursos residenciales y de otros recursos sociales.
- *Amenaza 7* - Escasas alternativas laborales y formativas para personas con TMG.

→ **Objetivo Estratégico 10:** Colaborar con los servicios sociales, asociaciones de familiares y usuarios, y ONGs que trabajen en el campo de la salud mental.

Estrategias defensivas: Mantener las Fortalezas

- *Fortaleza 1* - Facultativos con sólida formación y experiencia.
- *Fortaleza 2* - Los supervisores de enfermería son líderes naturales de sus respectivos equipos.
 - **Objetivo Estratégico 11:** Reconocer el esfuerzo y los logros obtenidos por los trabajadores de modo formal e informal.
- *Fortaleza 6* - Clara voluntad de mejorar en el respeto a los derechos de los pacientes y en su seguridad.
 - **Objetivo Estratégico 12:** Promover el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.
 - **Objetivo Estratégico 13:** Mejorar la seguridad de los pacientes.
- *Fortaleza 8* - Potentes programas de formación de residentes (MIR, PIR, EIR).
- *Fortaleza 9* - La nueva Unidad Docente Multiprofesional.
 - **Objetivo Estratégico 14:** Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la formación sanitaria especializada.

Estrategias ofensivas: Explotar las Oportunidades

- *Oportunidad 1:* Existen tratamientos psicológicos y farmacológicos de eficacia probada.
- *Fortaleza 1:* Facultativos con sólida formación y experiencia.
- *Fortaleza 5:* Posibilidad de administrar tratamientos biológicos novedosos.
 - **Objetivo Estratégico 15:** Innovar en el uso de tratamientos psicológicos y farmacológicos.
- *Oportunidad 5:* La Fundación Hospital Provincial apoya la investigación facilitando y patrocinando la puesta en marcha de los proyectos de investigación.
- *Fortaleza 10:* Algunos de los profesionales tienen un importante currículo en investigación.
 - **Objetivo Estratégico 16:** Promocionar a los profesionales con experiencia en este campo como líderes de equipos de investigación.
- *Oportunidad 3:* La UGC participa en la docencia de las dos universidades de Castelló
- *Fortaleza 7* - Profesores asistenciales y colaboradores docentes motivados en la docencia pregrado.
 - **Objetivo Estratégico 17:** Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la docencia universitaria.

4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

4.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

4.1.1. Misión

En línea con la misión del CHPC (página 33), del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (página 34) y de la Estrategia Autonómica de Salud Mental (página 37), la misión de nuestra Unidad de Gestión Clínica es:

1. Mejorar la salud mental de los adultos y niños de nuestras áreas de referencia, promoviendo una salud mental positiva y prestando una atención multidisciplinar, integral y de calidad a las personas que padecen trastornos mentales para lograr su recuperación, su máxima autonomía y su reintegración social.
2. Promover el desarrollo personal y profesional del equipo humano mediante la implicación, satisfacción y asunción de responsabilidades de todos los trabajadores de la Unidad de Gestión Clínica.
3. Coordinar las actuaciones de nuestro Servicio con el resto de la red de Salud Mental, la Atención Primaria, otros servicios de Atención Especializada y los Servicios Sociales para facilitar la prevención, la atención integral, la rehabilitación y la continuidad asistencial.
4. Colaborar con las asociaciones de pacientes y familiares de personas con problemas de salud mental para potenciar su participación en la consecución del mejor tratamiento, la rehabilitación y la integración social.
5. Innovar, desarrollar investigación y proporcionar docencia de calidad pre y posgrado que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental, sus familiares y la sociedad.

4.1.2. Visión

Aspiramos a dar respuesta a las necesidades de las personas que sufren enfermedad mental en tanto que individuos que forman parte de la comunidad y deben reintegrarse en ella en las mejores condiciones.

Queremos transformar la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental en una entidad moderna, eficaz, dinámica y cohesionada, que permita una relación fluida de personas, ideas y procesos entre los distintos programas y dispositivos de la propia UGC y entre ésta y los demás Servicios del Hospital y de la Red de Salud Mental.

Pretendemos orientar a la UGC hacia la calidad, la seguridad y la eficiencia, dotándola de procesos de mejora continua en la asistencia clínica, la docencia y la investigación.

4.1.3. Valores

Alianza terapéutica: Los pacientes del Área de Salud Mental se encuentran en una situación especialmente frágil y vulnerable, por lo que resulta imprescindible proporcionarles ayuda incluso, a veces, en contra de su propia voluntad. En este sentido, la alianza terapéutica es nuestra principal herramienta de trabajo..

Recuperación personal. Más allá de la recuperación clínica, la recuperación personal basada en la esperanza, la autonomía y la afiliación, es un proceso de cambio y crecimiento personal, orientado a retomar el propio curso vital y recuperar el rol de ciudadano.

Lucha contra el estigma y respeto a la independencia, la autonomía y la dignidad de las personas.

Compromiso profesional: Somos efectivos en nuestra UGC mediante el rigor profesional, el trabajo en equipos multidisciplinares, la adaptación de dispositivos, la permanente actualización de los profesionales, la utilización de la mejor evidencia científica posible y el uso eficiente de los recursos disponibles.

Calidad. La búsqueda de la mejora en todos los ámbitos de la UGC requiere implementar intervenciones que cuenten con el mayor grado de evidencia disponible, así como mecanismos de evaluación continuada, asegurando que los criterios de calidad se apliquen al proceso asistencial, a la docencia y a la investigación.

Ética en toda actuación, según los criterios de la bioética.

Formación, Investigación e Innovación constantes. Es imprescindible el empleo de la mejor evidencia científica disponible en el proceso asistencial, así como el uso de la metodología de gestión del conocimiento y la promoción de la investigación.

Humanización de la asistencia. Humanizar la asistencia sanitaria implica atender a las personas más allá de los aspectos puramente físicos. Nuestros pacientes y usuarios son personas que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas.

4.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, FACTORES CLAVE DE ÉXITO

Las líneas estratégicas clave de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del CHPC deben alinearse con las líneas de la ESM (página 37) y sus objetivos generales ([Tabla 27](#)); y, al mismo tiempo, tener en cuenta los objetivos estratégicos surgidos del análisis DAFO-CAME de la propia UGC (página 67).

Con estas premisas, las líneas estratégicas clave de nuestra UGC son las siguientes:

1. Calidad asistencial. Estandarización de la práctica asistencial para reducir la variabilidad de los cuidados.
2. Humanización de la asistencia, empoderamiento del paciente y lucha contra el estigma.

3. Coordinación sanitaria, sociosanitaria e intersectorial.
4. Clima laboral.
5. Gestión del conocimiento; y
6. Sostenibilidad económica.

Calidad asistencial. Estandarización de la práctica asistencial para reducir la variabilidad de los cuidados.

Esta Línea asienta sobre los siguientes objetivos estratégicos:

- a) **Objetivo Estratégico 1:** Diseñar un plan estratégico teniendo en cuenta las líneas de la ESM.
- b) **Objetivo Estratégico 2:** Definir protocolos, guías clínicas y procesos basados en la evidencia científica.
- c) **Objetivo Estratégico 13:** Mejorar la seguridad de los pacientes.

La principal función de la UGC de Salud Mental es la asistencia sanitaria. Los trastornos mentales siguen estando sujetos a múltiples visiones profesionales, algunas de ellas con escasa evidencia científica, lo que tiene como consecuencia una excesiva variabilidad de la práctica clínica en relación con otras áreas sanitarias. Esta línea estratégica se describe con mayor detalle en el apartado 4.6. *Calidad y seguridad del paciente* (página 86).

Humanización de la asistencia, empoderamiento del paciente y lucha contra el estigma

Línea basada en los siguientes objetivos estratégicos:

- a) **Objetivo Estratégico 8:** Realizar intervenciones para erradicar el estigma dirigidas a población general, personas usuarias, familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios, sistema educativo y medios de comunicación.
- b) **Objetivo Estratégico 12:** Promover el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.

La Psiquiatría ofrece una amplia visión sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano, lo que la convierte, sin duda, en la más humanista de las especialidades médicas. Sin embargo, la asistencia psiquiátrica con frecuencia cae en la des-humanización de la persona enferma. Humanizar la asistencia es centrar la atención en el paciente, tal como se indica en el apartado 4.7 (página 89).

Coordinación sanitaria, sociosanitaria e intersectorial

Esta Línea Estratégica tiene que ver con objetivos estratégicos como:

- a) **Objetivo Estratégico 3:** Mejorar la coordinación intra-extrahospitalaria apoyándose en la red de salud mental.

- b) **Objetivo Estratégico 4:** Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada ambulatoria apoyándose en la red de salud mental.
- c) **Objetivo Estratégico 10:** Colaborar con los servicios sociales, asociaciones de familiares y usuarios, y ONGs que trabajen en el campo de la salud mental.

El objeto de esta línea es la coordinación entre los distintos dispositivos y Unidades de la UGC de Salud Mental del CHPC entre sí, con el resto del hospital, con la Red de Salud Mental de la Provincia y con otras instituciones implicadas en la atención y cuidados de nuestros pacientes.

Clima laboral

Los objetivos estratégicos en las que se apoya esta Línea Estratégica son:

- a) **Objetivo Estratégico 7:** Fomentar la participación del personal de enfermería no especialista en actividades de formación ajenas o propias del servicio.
- b) **Objetivo Estratégico 11:** Reconocer el esfuerzo y los logros obtenidos por los trabajadores de modo formal e informal.
- c) **Objetivo Estratégico 16:** Promocionar a los profesionales con experiencia en este campo como líderes de equipos de investigación.

Se intenta conseguir en la UGC un clima laboral cálido, que incentive a los trabajadores y les haga sentirse parte de un equipo, lo que puede implicar otras acciones difícilmente cuantificables; por ejemplo, los líderes deberían mantener el espíritu de equipo y transmitir su ilusión por el trabajo.

Gestión del conocimiento

Los objetivos implicados en esta Línea Estratégica son:

- a) **Objetivo Estratégico 5:** Fomentar la investigación en salud mental con el apoyo de la Fundación y buscando la colaboración de las universidades.
- b) **Objetivo Estratégico 14:** Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la formación sanitaria especializada.
- c) **Objetivo Estratégico 15:** Innovar en el uso de tratamientos psicológicos y farmacológicos.
- d) **Objetivo Estratégico 17:** Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la docencia universitaria.

Una de las misiones que hemos propuesto para nuestra UGC es desarrollar investigación y proporcionar docencia pre y posgrado de calidad que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental, sus familiares y la sociedad. Véase los apartados 4.9 (Gestión del conocimiento e innovación, página 97) y 4.10 (Docencia y formación, página 101).

Sostenibilidad Económica

Esta Línea Estratégica tiene que ver con los siguientes objetivos estratégicos:

- a) **Objetivo Estratégico 9:** Adaptar los procesos de la UGC de Salud Mental a las nuevas necesidades de la población.
- b) **Objetivo Estratégico 6:** Contener los costes de la UGC para que sea sostenible.

Es necesario que la UGC sea sostenible desde el punto de vista económico. No sólo se trata de contener los costes, sino de ajustar los procesos para que sean más eficientes. Estos aspectos se tratan en el apartado siguiente (4.3. Objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad).

4.3. OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD

Desde el punto de vista asistencial, el principal objetivo de la UGC de Salud Mental del CHPH es dar respuesta a la demanda de tratamiento especializado de la población de los Departamentos de Salud de Vinaròs, Castelló y La Plana. Este objetivo debe lograrse ofreciendo a cada paciente la mejor experiencia posible en atención a la salud y hacerlo al menor coste posible, de forma que la UGC sea sostenible desde el punto de vista económico y cumpla los acuerdos de gestión que firme con la Dirección del Hospital.

La búsqueda simultánea de la mejor salud posible de la población (en este caso, salud mental), ofreciendo la mejor experiencia en atención en salud, al costo per cápita más justo, se conoce como *triple meta* (Delgado, 2012). Al mismo tiempo, la triple meta contribuirá al alineamiento de los objetivos de nuestra UGC con los del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (Generalitat Valenciana, 2016), que incluye este modelo en su marco conceptual.

La Línea Estratégica denominada Sostenibilidad Económica, descrita en el apartado anterior, conjuga las necesidades de la población con la necesidad de contener los costes. Los dos objetivos estratégicos de esa línea son:

Objetivo Estratégico 9: Adaptar los procesos de la UGC de Salud Mental a las nuevas necesidades de la población.

Objetivo Estratégico 6: Contener los costes de la UGC para que sea sostenible.

Proporcionar la mejor experiencia para el paciente tiene que ver con otros objetivos estratégicos.

4.3.1. Adaptar los procesos de la UGC a las nuevas necesidades de la población

La actividad asistencial de los últimos años en cada uno de los dispositivos de la UGC se ha descrito en el punto 3.2, Análisis interno (página 39). Una serie de factores hacen

prever un incremento de la demanda (apartado 3.2.3. Previsión de la demanda, página 61):

- Envejecimiento de la población
- Fragmentación del apoyo social
- Crisis económica y altas tasas de desempleo.
- Inmigración
- Crisis de valores
- Comorbilidad psiquiátrica
- Consecuencias de la pandemia de covid-19 sobre la salud mental

Los procesos de la UGC deben adaptarse para poder reducir o, al menos no incrementar, el número de visitas ambulatorias y de estancias hospitalarias.

Por ejemplo, siguiendo el modelo de la pirámide de Kaiser Permanente (Nuño, 2015), muchos de los pacientes situados en la base podrían ser tratados en formato de terapia de grupo, que puede resultar más eficiente que la terapia individual al ofrecer resultados clínicos similares con menor coste. Por otra parte, los pacientes situados en la cúspide de la pirámide, que padecen un trastorno mental grave más complejo, pueden ser incluidos en programas de gestión de casos que les sirvan como apoyo para su funcionamiento ambulatorio evitando el ingreso en la medida de lo posible.

Un método adicional que puede incrementar la eficiencia de la UGC es el uso de la telemedicina. Durante la pandemia por covid-19 se ha adquirido experiencia en esta modalidad terapéutica y puede resultar útil para atender a un mayor número de pacientes estables por unidad de tiempo.

Por otra parte, mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada ambulatoria (**Objetivo Estratégico 4**) puede disminuir la presión sobre las unidades ambulatorias (USM y USMI) sin desatender a los pacientes.

La reducción del número de estancias hospitalarias se conseguirá disminuyendo el número de ingresos y acelerando las altas. Mejorar la coordinación intra-extrahospitalaria (**Objetivo Estratégico 3**) puede contribuir a ambos fines.

En muchas ocasiones la posibilidad de anticipar las altas de pacientes ingresados en cualquiera de las cuatro unidades de hospitalización (UHIJ, UHB, UME y ULE) dependerá de una adecuada coordinación con los servicios sociales, asociaciones de familiares y ONGs que trabajen en el campo de la salud mental (**Objetivo Estratégico 10**).

4.3.2. Contener los costes

No ha sido posible obtener información sobre los costes de la UGC más detallada que la que figura en la Tabla 49. Probablemente el mayor gasto de la UGC es el correspondiente al capítulo de personal, que difícilmente podrá reducirse. Tampoco será posible disminuir los costes indirectos y estructurales.

Tabla 49. Coste total del Área de Salud Mental del CHPC en el ejercicio 2019

Concepto		Coste
HOSPITAL	Hospitalización	3.475.136,39 €
	Hospitales de Día	1.972.058,53 €
	Consultas Externas hospitalarias	728.440,20 €
	TOTAL HOSPITAL	6.175.635,12 €
USM/USMI	Enfermería	183.099,57 €
	Psicología	362.764,99 €
	Psiquiatría	970.836,85 €
	TOTAL USM/USMI	1.516.701,41 €
Total Área Salud Mental		7.692.336,54 €

Entre los gastos que sí se podrán controlar están los correspondientes al gasto farmacéutico y las técnicas diagnósticas, además de intentar mejorar la eficiencia en el ámbito de la hospitalización.

Reducción del gasto en farmacia

Un objetivo del Servicio de Farmacia del CHPC es que el gasto en farmacia no aumente más de un 5% respecto al ejercicio anterior. La UGC de Salud Mental adoptará ese mismo estándar.

Para conseguirlo, se pueden llevar a cabo algunas acciones, como:

- Tener en cuenta los estudios de coste-efectividad de los nuevos medicamentos antes de introducirlos en la guía farmacoterapéutica del hospital.
- Utilización preferente de medicamentos genéricos.
- Utilizar fármacos de eficacia comprobada y a las dosis establecidas en las guías de práctica clínica, en consonancia con el **Objetivo Estratégico 2** (*Definir protocolos, guías clínicas y procesos basados en la evidencia científica*. Véase punto 4.8, página 94).

Optimización de recursos diagnósticos

Es necesario ajustar la solicitud de exploraciones complementarias a las indicaciones reconocidas por la literatura científica (por ejemplo, en protocolos o guías clínicas, **Objetivo Estratégico 2**). Un ejemplo es la solicitud de TAC en lugar de RMN como técnica de screening para descartar una posible lesión encefálica como causa de los síntomas psiquiátricos que presenta el paciente.

Mejora de la eficiencia en el ámbito de la hospitalización

Los líderes de cada unidad de hospitalización y todo el personal de la UGC deben implicarse en el cumplimiento de los objetivos de gestión. La reducción de gastos corrientes aparentemente intrascendentes (material sanitario, material fungible, etc.) puede llevar, al cabo del año, al éxito en esta misión.

4.4. MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD

La **Figura 8** refleja el mapa de procesos de la Unidad de Gestión Clínica del CHPC. Los pacientes pueden ingresar a la UGC a través de:

- El Servicio de Urgencias (SU) del CHPC.
- La USMI.
- La USM.
- La UCA.
- La interconsulta hospitalaria.

La entrada en el sistema se puede producir:

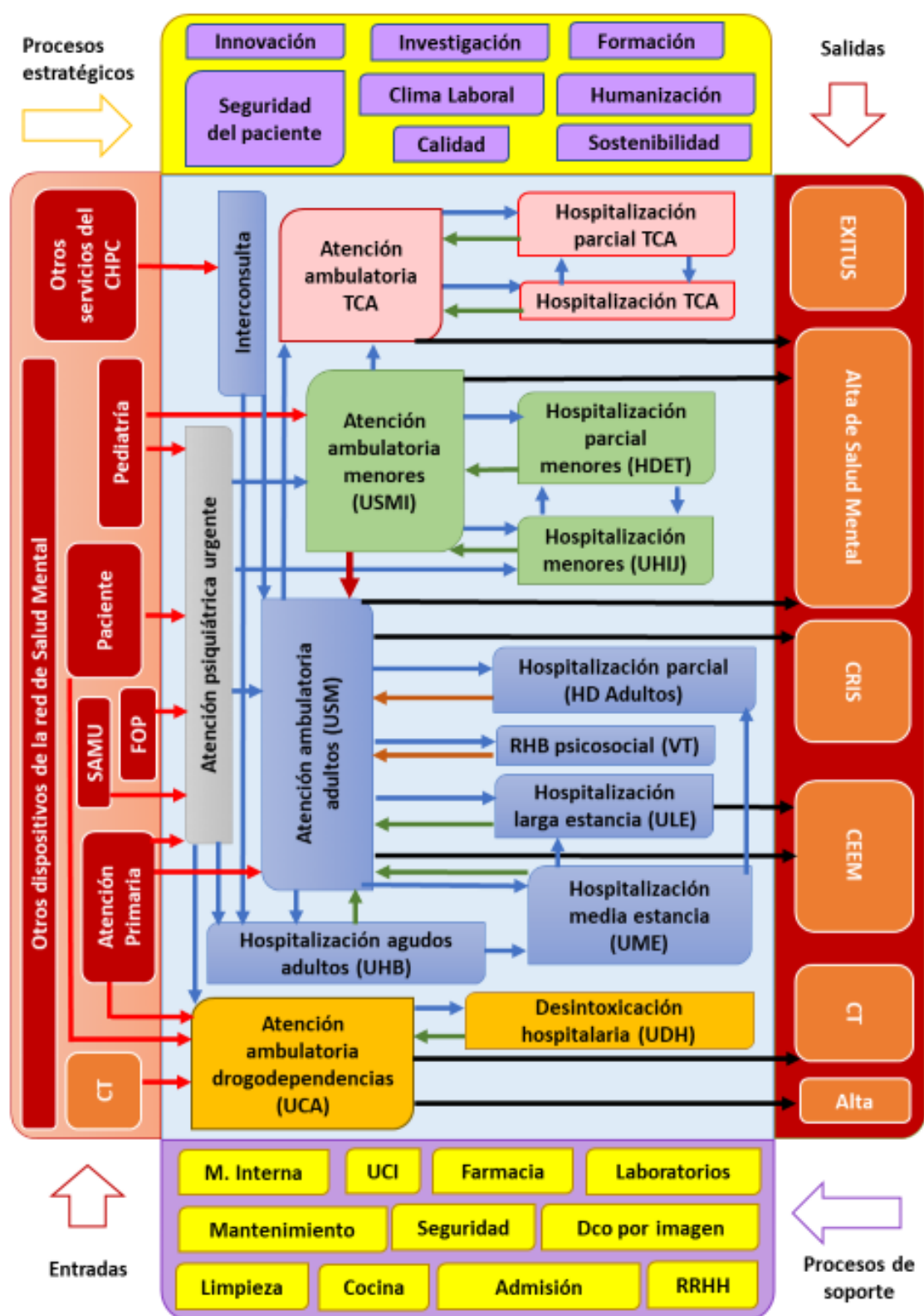
- Desde otros Servicios del Hospital, a través de la interconsulta.
- En el caso de menores, derivados desde Pediatría (a la USMI o bien al SU).
- Por propia iniciativa del paciente, accediendo al SU del CHPC o bien, en el caso de drogodependencias, a la UCA.
- Pacientes conducidos por las fuerzas del orden público (FOP) y/o el Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU) que llegan al SU del CHPC.
- Desde Atención Primaria, por derivación a la USM de referencia o bien al SU del CHPC.
- Pacientes dados de alta de comunidades terapéuticas (CT) de rehabilitación de drogodependencias derivados a la UCA para continuar su tratamiento.
- Otros dispositivos de la Red de Salud Mental. Por ejemplo, los pacientes de la USMI de Gran Vía (que no pertenece a nuestra UGC) ingresan, cuando es necesario, en nuestra UHIJ o en nuestro HDET. Del mismo modo, los pacientes adultos pueden ingresar en la UHB, UME, etc.

La salida del sistema puede ocurrir por:

- Alta médica de salud mental de adultos o menores, o del circuito de las drogodependencias.
- Ingreso en un CRIS, aunque en este caso mantiene el vínculo con la USM de referencia.
- Ingreso en un CEEM.
- Ingreso en una CT en el caso de drogodependencias
- Éxitus, teniendo en cuenta que se trata de enfermedades crónicas, con el consiguiente envejecimiento de los pacientes. Además, se calcula que un porcentaje significativo de las personas con trastorno mental muere por suicidio (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010).

En la **Figura 8**, las vías de acceso a los diferentes procesos están señaladas mediante flechas rojas y las vías de salida mediante flechas negras.

Figura 8. Mapa de procesos de la UGC de Salud Mental del CHPC



4.5. PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, DE SOPORTE

4.5.1. Procesos estratégicos

Procesos estratégicos son aquellos mediante los cuales la organización -en este caso, nuestra UGC- desarrolla sus estrategias y define los objetivos.

Los procesos estratégicos definidos (**Figura 8**) tienen que ver con los aspectos que guían nuestra estrategia:

- La calidad asistencial:
 - o Calidad: Estandarización de los procesos y práctica basada en la evidencia científica
 - o Seguridad para el paciente
 - o Humanización de la asistencia
- La gestión del conocimiento
 - o Innovación
 - o Investigación
 - o Formación y docencia
- El clima laboral
- La sostenibilidad del sistema

4.5.2. Procesos operativos o clave

Se consideran procesos clave o procesos operativos a los que constituyen la actividad de la organización, en este caso la asistencia sanitaria a personas que sufren algún tipo de problema de salud mental.

Hemos considerado cinco grandes grupos de procesos operativos o *macroprocesos* (representados por diferentes colores en la **Figura 8**), que son los siguientes:

- 1) Atención psiquiátrica urgente
- 2) Asistencia a adultos con problemas de salud mental
- 3) Asistencia a menores con problemas de salud mental
- 4) Asistencia a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria
- 5) Asistencia a pacientes con trastornos por uso de sustancias

1. Asistencia psiquiátrica de urgencias

Es una de las vías de entrada en la UGC. Los pacientes pueden acceder a este proceso derivados por su médico de atención primaria o, en el caso de niños, por su pediatra.

También pueden proceder de otro dispositivo de la Red de Salud Mental, ser conducidos por el SAMU o las FOP o acudir por propia iniciativa.

La salida del proceso puede ser hacia el alta, la derivación a los procesos de atención ambulatoria (USM, USMI o UCA), o la hospitalización (UHB o UHIJ).

2. Asistencia a adultos con problemas de salud mental

Incluye los siguientes procesos:

a) Proceso de atención ambulatoria de adultos.

Es el proceso central de este grupo. Todos los pacientes adultos de la UGC deben pasar por él. Incluye la coordinación con el resto de los procesos del grupo y con los de los otros grupos.

Vías de acceso a este proceso:

- Atención Primaria.
- Urgencias psiquiátricas hospitalarias.
- Interconsulta, una vez el paciente es dado de alta del Servicio correspondiente.
- UHB, tras el alta hospitalaria. Las flechas verdes de la **Figura 8** señalan el camino de retorno a su proceso principal de los pacientes sometidos a otros procesos.
- UME, tras el alta.
- ULE.
- USMI. Una vez los pacientes menores alcanzan la mayoría de edad, pasan a los procesos de adultos (flecha granate).

El proceso de atención ambulatoria de adultos también puede ser el origen de los pacientes para otros procesos:

- Procesos de hospitalización de breve, media y larga estancia
- Hospitalización parcial (Hospitales de día). En este caso, se mantiene el vínculo con la atención ambulatoria (flecha anaranjada), desde donde se controla el tratamiento farmacológico y se toman otras decisiones respecto al paciente.
- Rehabilitación psicosocial en viviendas tuteladas. Los pacientes siguen vinculados al proceso de atención ambulatoria (flecha anaranjada). El paciente es compartido por ambos procesos.
- Salidas de la UGC hacia CRIS o hacia CEEM.
- Proceso de asistencia a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

b) Proceso de hospitalización psiquiátrica de adultos en fase aguda

Los pacientes ingresan generalmente a través del Servicio de Urgencias, muchas veces derivados desde las USM. Raramente se producen ingresos internos, desde el proceso de interconsulta y psiquiatría de enlace.

Los destinos de los pacientes al alta son:

- Regresar al dispositivo ambulatorio correspondiente (flecha verde).
- O ingresar en la UME.

c) Proceso de hospitalización psiquiátrica de media estancia

Las vías de ingreso son la UHB y los procesos de atención ambulatoria.

Tras el alta, los pacientes:

- Regresan a su dispositivo de referencia directamente (flecha verde).
- Pasan a un dispositivo de hospitalización parcial.
- O bien son derivados a la ULE.

d) Proceso de hospitalización psiquiátrica de larga estancia

Se accede a este proceso a través de los procesos de atención ambulatoria o de hospitalización de media estancia.

La salida de este proceso es hacia la atención ambulatoria o bien, fuera de la UGC, hacia un CEEM.

e) Proceso de rehabilitación psicosocial (vivienda tutelada)

Los pacientes son derivados desde el proceso de atención ambulatoria, sin perder su relación con éste (flecha anaranjada).

f) Proceso de hospitalización parcial

Se realiza tanto en los hospitales de día como en la UME.

Los pacientes de los HdD proceden de los procesos de atención ambulatoria y mantienen su vínculo con éstos (flecha anaranjada).

g) Interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace.

La entrada a este proceso se produce exclusivamente desde otros Servicios del CHPC. Puede enlazar con el ingreso en la UHB, con la derivación a los procesos de atención ambulatoria o bien con el alta de salud mental.

3. Asistencia a menores con problemas de salud mental

Este macroproceso está compuesto por los siguientes procesos operativos:

a) Atención ambulatoria a menores

Es el proceso central de este grupo. Coordina e integra al resto.

Las vías habituales de entrada al proceso son la consulta del pediatra o bien la puerta de Urgencias. También los pacientes dados de alta de la hospitalización total o parcial de menores son incluidos en este proceso.

Las salidas del proceso se producen por alta médica o bien por derivación a:

- Atención ambulatoria a adultos cuando cumplen la mayoría de edad.
- Procesos de trastornos alimentarios.
- Proceso de hospitalización parcial infanto-juvenil
- Proceso de hospitalización completa infanto-juvenil

b) Hospitalización parcial de menores

Los pacientes pueden proceder de los otros dos procesos de este grupo y, en distintos momentos, pueden ser también derivados a cualquiera de ellos.

c) Hospitalización completa de menores

La entrada de los pacientes en este proceso puede producirse a través de las Urgencias hospitalarias, del proceso de atención ambulatoria a menores o del de Hospitalización parcial.

Las salidas pueden darse hacia la hospitalización parcial o la atención ambulatoria en su dispositivo de referencia.

4. Asistencia a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Macroproceso compuesto por tres procesos operativos atención ambulatoria, hospitalización parcial y hospitalización completa de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

a) Atención ambulatoria a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

La entrada al proceso se produce desde los procesos de atención ambulatoria a adultos o a menores, según la edad del paciente.

Las salidas pueden deberse al alta del sistema, al retorno del paciente a sus dispositivos ambulatorios de referencia, o bien a su derivación a los procesos de hospitalización parcial o completa de trastornos alimentarios. En este último caso, los pacientes siempre regresan al proceso de atención ambulatoria hasta completarlo.

b) Hospitalización parcial de trastornos alimentarios

Los pacientes proceden de cualquiera de los otros dos procesos del grupo y pueden ser derivados a cualquiera de ellos.

c) Hospitalización completa de trastornos alimentarios

Del mismo modo que en el caso de la hospitalización parcial, en la completa los pacientes pueden proceder de cualquiera de los otros dos procesos del grupo y ser derivados a cualquiera de ellos.

5. Asistencia a pacientes con trastornos por uso de sustancias

En este caso sólo hay dos procesos operativos relacionados:

a) Atención ambulatoria a las drogodependencias

Los pacientes pueden acudir directamente a la UCA por propia iniciativa, pero también ser derivados desde Atención Primaria o desde las Urgencias Hospitalarias. Otros pacientes acceden tras ser dados de alta de un dispositivo externo, como una comunidad terapéutica (CT), tras un periodo de deshabituación y con el fin de mantener la abstinencia y prevenir recaídas.

Las salidas del proceso ocurren por la entrada en el proceso de desintoxicación hospitalaria (del que después regresan a la atención ambulatoria), por ingreso en una CT u otro dispositivo de deshabituación o bien por alta definitiva.

b) Desintoxicación hospitalaria

Las entradas y salidas de pacientes en este proceso ocurren exclusivamente desde y hacia el proceso de atención ambulatoria.

4.5.3. Procesos de soporte

Procesos de soporte clínico-asistenciales:

- Medicina Interna. Colabora en el tratamiento de las enfermedades *somáticas* de los pacientes.
- UCI. Además de tratar a los pacientes que requieren ingreso en este dispositivo, la UCI colabora en la aplicación de la terapia electroconvulsiva (TEC).
- Farmacia.
- Laboratorios.
- Diagnóstico por imagen.

Procesos de soporte no asistenciales:

- Admisión.
- Recursos Humanos.
- Seguridad.
- Mantenimiento.
- Cocina.
- Limpieza.

4.6. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La primera de las líneas estratégicas consideradas factores clave para el éxito (apartado 4.2, página 73) es la que he denominado *Calidad asistencial. Estandarización de la práctica asistencial para reducir la variabilidad de los cuidados y mejorar su gestión*.

El desarrollo o adaptación de protocolos, guías clínicas y programas asistenciales mejorará la calidad y seguridad del paciente. El punto 4.8 (página 94) trata específicamente de ese tema.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes de la UGC de Salud Mental del CHPC son los siguientes:

- Aplicar tratamientos basados en la evidencia.
- Elaborar planes de cuidados de enfermería.
- Atender a los problemas de salud física de las personas ingresadas por problemas de salud mental.
- Utilizar métodos de contención lo menos restrictivos posible.
- Prevenir el suicidio.

4.6.1. Aplicar tratamientos basados en la evidencia

En las últimas décadas se ha desarrollado en todo el mundo una activa investigación en neurociencias y en genética, epidemiología, etc., de los trastornos mentales que han dado como resultado el desarrollo de tratamientos farmacológicos y psicológicos que han demostrado ser eficaces, mejorado el manejo y el pronóstico de nuestros pacientes. Como resultado, se han publicado diversas guías y recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia científica. Sólo los tratamientos con ese apoyo científico demostrado deberían ser aplicados a los usuarios de la UGC de Salud Mental del CHPC.

Los tratamientos biológicos (farmacológicos, TEC u otros que puedan surgir en el futuro) deben basarse en guías terapéuticas nacionales o internacionales. Es necesario consensuar con los equipos terapéuticos de cada dispositivo las guías terapéuticas más adecuadas en función de las necesidades y usos habituales.

Por otra parte, se deben aplicar psicoterapias validadas siempre que sea posible y fomentar la formación en terapias validadas por parte de los psicoterapeutas de cada dispositivo.

4.6.2. Elaborar planes de cuidados de enfermería

Es fundamental que la enfermera comprenda y participe, junto con los facultativos (psiquiatras y psicólogos), en las decisiones técnicas dirigidas a solucionar la demanda de asistencia. En este sentido, se potenciará la elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería de los procesos psiquiátricos más frecuentes. La existencia de estos planes facilita la realización posterior de los Planes de Cuidados Personalizados y la unificación de criterios de trabajo (Comisión consultiva de cuidados de enfermería, 2010-2011).

Los planes de cuidados personalizados se basarán en el correspondiente Plan de Cuidados Estandarizado, pero adaptándolo a las características de cada paciente. Estarán orientados fundamentalmente a los problemas de salud mental de los pacientes, pero sin olvidar el resto de los problemas que deben ser objeto de atención. Este plan de cuidados debe basarse en los criterios diagnósticos de enfermería (NANDA).

Con la estandarización de los cuidados de Salud Mental se persiguen los siguientes objetivos:

- a) Prestar la asistencia sanitaria adecuada a la circunstancia personal y única de cada paciente.
- b) Fomentar la capacitación profesional y posibilitar la adquisición de una metodología útil para la autoevaluación en el trabajo de enfermería.
- c) Implantar Planes de Cuidados Personalizados basados en los Estándares de Cuidados en Salud Mental.

4.6.3. Atender a los problemas de salud física de las personas ingresadas por problemas de salud mental.

Las personas con trastorno mental grave (TMG) tienen mayor riesgo de sufrir otras enfermedades que la población general y su esperanza de vida es menor debido a que no son capaces de cuidar de su salud física. No suelen acudir a las consultas de atención primaria y, mucho menos, a las de otros especialistas; con frecuencia, el único facultativo que les presta asistencia sanitaria es el psiquiatra. Una vez ingresan es necesario atender de forma integral a sus problemas de salud. Por ello es necesario mejorar la coordinación y colaboración con otros Servicios del Hospital respecto al tratamiento de los problemas de salud física de los pacientes con trastorno mental ingresados en las distintas unidades de hospitalización psiquiátrica.

Por otra parte, los pacientes que ingresan por problemas de salud física en otras unidades del hospital pueden sufrir reagudizaciones de patologías psiquiátricas preexistentes. También pueden aparecer síntomas relacionados directamente con la enfermedad que motiva el ingreso. En estos casos la responsabilidad del paciente corre

a cargo del especialista correspondiente y el psiquiatra actúa como consultor. Con el fin de mejorar la calidad de la asistencia a ese perfil de paciente, el dispositivo de Psiquiatría y Psicología de Enlace va más allá de la simple interconsulta para ayudar tanto a los pacientes como al personal que les atiende de una forma más integral.

La dependencia de nicotina y el consumo de tabaco son problemas de salud de primer orden entre un elevado porcentaje de personas que sufren TMG. A diferencia del resto del hospital, en la Unidad de Media Estancia se mantiene el uso del tabaco entre los pacientes, con el consiguiente menoscabo para su salud física. Este trato diferencial responde a cierta condescendencia hacia las personas que sufren TMG y a la idea paternalista de que la retirada de nicotina podría suponer un agravamiento de su estado. Sin embargo, numerosos trabajos publicados (Ballbè, Gual, Nieva, Saltó, & Fernández, 2016) y la experiencia de otras unidades de hospitalización (incluida nuestra UHB) demuestran que es posible una unidad de hospitalización psiquiátrica sin humo. Es importante establecer un programa para eliminar el consumo de tabaco de la UME. También se fomentarán estrategias para dejar de fumar entre los pacientes ambulatorios.

4.6.4. Utilizar métodos de contención lo menos restrictivos posible

Con frecuencia las personas que sufren determinados trastornos mentales, en el contexto de reagudizaciones de su enfermedad, pueden sufrir episodios de agitación psicomotriz o de desorganización conductual que requieren algún tipo de contención. Los métodos usados dependen del momento y de la gravedad del síndrome de agitación: contención verbal, contención química o contención mecánica (CM).

La CM es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás. Supone una confrontación ética entre los principios de autonomía y de beneficencia. Este conflicto ético, junto a los riesgos que pueden suponer la restricción e inmovilización de los pacientes (fracturas, muertes por asfixia...) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado sólo como última opción cuando fracasan la contención verbal y química.

Nuestro objetivo a largo plazo es llegar a eliminar la práctica de la CM de la UGC. En las condiciones actuales la *contención cero* resulta una utopía, pero es necesario encontrar la forma de controlar al paciente con medidas menos coercitivas y favorecer la *desescalada* verbal de la agitación incipiente.

4.6.5. Prevenir el suicidio

El suicidio es un problema de salud pública. Unas 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, lo que supone más muertes que todas las provocadas por todas las guerras y homicidios (OMS, 2014). Según el Observatorio del suicidio en España, en 2017 fallecieron 3679 personas por esta causa (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2020). Se calcula que de un 10 a un 15% de las personas con trastornos

mentales graves muere por suicidio (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010).

La detección, evaluación y manejo de la conducta suicida es fundamental en todos los ámbitos y dispositivos de la UGC de Salud Mental del CHPC.

En el ámbito ambulatorio, las USMs y USMIs deben estar preparadas para atender en un plazo máximo de 72 horas a los pacientes derivados desde Atención Primaria u otros dispositivos, tal como se indica en el Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunitat Valenciana (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2020).

En las Urgencias hospitalarias, el psiquiatra debe estar entrenado en el abordaje de los pacientes que acuden con planes suicidas o tras haber realizado una tentativa autolítica. Su responsabilidad incluye la decisión de dar el alta al paciente derivándolo a la USM o de proceder a su ingreso hospitalario.

En las Unidades de hospitalización se ha desarrollado un protocolo con tres niveles de control por parte del personal de enfermería en función del riesgo. La detección y evaluación de ese riesgo corresponde al psiquiatra y está asimismo protocolizada.

4.7. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

En el caso de la Salud Mental, la atención centrada en el paciente coincide con la *Humanización de la asistencia, empoderamiento del paciente y lucha contra el estigma*, una de las líneas estratégicas, factores clave para el éxito, descritas en el punto 4.2. (página 74), que paso a desarrollar.

Humanizar la asistencia sanitaria implica atender a las personas más allá de los aspectos puramente físicos. Nuestros pacientes y usuarios son personas que necesitan respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas.

La atención centrada en el paciente que sufre un TMG se orienta, además, hacia su empoderamiento y emancipación. El concepto de empoderamiento incluye el control que ejercen los usuarios sobre los servicios de salud mental que influyen en sus vidas y el grado de elección sobre las alternativas de tratamiento con el objetivo de mejorar su salud. Consta de cuatro dimensiones:

- autoconfianza,
- participación en las decisiones,
- dignidad y respeto
- y pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

Este empoderamiento se plasma en objetivos como:

- Promover el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Respetar la autonomía del paciente.

- Potenciar ambientes terapéuticos positivos en todos los dispositivos del servicio.
- Facilitar información para luchar contra el estigma.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios contando con su opinión.
- Potenciar la participación de las familias, asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ONGs y sociedades científicas y profesionales.

4.7.1. Promover el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD; ONU, 2006), ratificada por España en 2008, recoge los derechos de las personas con cualquier tipo de discapacidad:

- el respeto a la dignidad inherente,
- la autonomía individual,
- la libertad de tomar las propias decisiones,
- la independencia,
- la no discriminación,
- la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad,
- el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana,
- la igualdad de oportunidades,
- la accesibilidad,
- la igualdad entre el hombre y la mujer,
- el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Tanto la organización de nuestra UGC como las intervenciones que se llevan a cabo en ella deben estar en consonancia con el respeto a los derechos que recoge esta Convención.

Con el objetivo evaluar la calidad y los derechos humanos de los establecimientos de salud mental y de apoyo social, la OMS ha diseñado el *Instrumento de Calidad y Derechos (ICD)*, basado en la CDPD (OMS, 2012). El ICD está diseñado para que evaluadores externos analicen las características de un Servicio o de la política de un área en materia de Salud Mental. La Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana (OASM, 2016) se propone el uso de este Instrumento para evaluar la calidad de los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental. No corresponde a nuestra UGC, por tanto, su aplicación; pero debemos esforzarnos en cumplir sus requisitos para mejorar la calidad del respeto a los derechos humanos en todos nuestros dispositivos y, por supuesto, superar una eventual evaluación.

4.7.2. Respetar la autonomía del paciente

Entre los derechos del paciente se encuentra el respeto al principio ético de autonomía. La autonomía del paciente expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno

mismo sin influencia de presiones. Las preferencias y los valores de la persona enferma son primordiales desde el punto de vista ético.

En el ámbito médico, incluido el de la Psiquiatría, el consentimiento informado es la máxima expresión del principio de autonomía, que constituye un derecho del paciente y un deber del médico. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, obliga al consentimiento informado del paciente o sus representantes legales ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, así como la facultad de éstos de rechazar el tratamiento. En la UGC de Salud Mental, tanto los pacientes como la familia reciben una información puntual y adaptada para facilitar la comprensión de los diagnósticos, procedimientos e intervenciones indicadas.

El principio de autonomía del paciente debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida, como ocurre con frecuencia con quienes padecen TMG. En este caso debemos hacer una valoración de su capacidad y justificar por qué no existe autonomía o por qué ésta se encuentra disminuida.

En nuestra UGC se toman medidas concretas para respetar al máximo la autonomía del paciente:

- Autorización judicial de todos los ingresos involuntarios.
- Contrato terapéutico en los ingresos voluntarios.
- Consentimiento informado para la aplicación de TEC y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas.
- Documento firmado por médico, paciente y familiar (si procede) para las salidas (permisos) durante la hospitalización.

En relación con la autonomía del paciente, el Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, regula el Documento de Voluntades Anticipadas y crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana. Mediante dicho Documento, una persona mayor de edad o menor emancipada, con capacidad legal suficiente, manifiesta libremente las decisiones tomadas sobre las actuaciones médicas que se deberán tener en cuenta cuando se encuentre en una situación clínica que no le permita expresar su voluntad. Las instrucciones previas o voluntades anticipadas pueden incluir opciones de tratamiento y de recuperación a las que una persona no quiere verse sometida y, como tal, puede ayudar a asegurar de que no reciba ninguna intervención en contra de sus deseos. Todo ello sin perjuicio de la buena práctica clínica de los profesionales sanitarios.

4.7.3. Potenciar ambientes terapéuticos positivos en todos los dispositivos del servicio

La Estrategia de Salud Mental 2016-2020 de la Comunitat Valenciana (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016) propone potenciar ambientes terapéuticos positivos en todos los dispositivos de salud mental para garantizar los derechos de las personas. Cuando una persona necesita los servicios del sistema sanitario es porque está enferma y en clara desventaja social y psíquica. Esta sensación de desventaja

personal y social se agudiza cuando se encuentra rodeado de un ambiente hostil. De ahí la importancia de proporcionar al usuario un ambiente que pueda considerar como conocido y amistoso y donde se le identifique como persona. Las Unidades de Hospitalización deben tener en cuenta que durante un tiempo serán su lugar de residencia.

La formación del personal en el significado de las conductas de los pacientes y la estructuración de las unidades de hospitalización para dar respuesta a sus necesidades son elementos de primer orden en la creación de un ambiente tranquilo y contenedor de angustias y agresividad.

El ambiente terapéutico en un dispositivo determinado se genera a través de diversas variables:

- Infraestructura física del dispositivo.
- Normas y funcionamiento,
- Ambiente relacional,
- Trabajo en equipo y clima laboral.

La acogida del paciente en las unidades de hospitalización es especialmente importante ante la incertidumbre que en el momento del ingreso viven tanto pacientes como familiares. Se definirán los procesos de acogida en cada una de ellas. De esta forma, se disminuye la angustia inicial, se favorece la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería y se promueve el inicio de una adecuada relación terapéutica entre la familia y el equipo.

Una vez completada la estancia del paciente en una de las Unidades de hospitalización, se definirá un Proceso de alta y seguimiento, con criterios de calidad como, por ejemplo:

- El paciente obtiene siempre el informe de alta en mano antes de dejar la hospitalización.
- Se le gestiona la cita con la USM de referencia desde el mismo dispositivo de hospitalización con una espera en general inferior a una semana desde el día del alta.
- El profesional responsable del caso en la Unidad de hospitalización se pone en contacto con el profesional que lleva el caso en la USM.
- En aquellos casos de implicación social relevante, los Trabajadores Sociales se ponen en contacto con los Servicios Sociales y redes de apoyo social correspondientes.

4.7.4. Facilitar información para luchar contra el estigma

Las personas que sufren TMG son víctimas de concepciones erróneas dominantes en la sociedad como, por ejemplo, que no pueden tomar decisiones o cuidarse por sí mismas, que son peligrosas o que son meros objetos de compasión y de asistencia social. Estos prejuicios les llevan a verse sometidas a discriminación en todos los aspectos de sus vidas. Se les niegan oportunidades de trabajo, de obtener educación y

de vivir una vida independiente y plena en la comunidad. El estigma asociado al TMG se traduce en que las personas que los sufren experimenten exclusión, rechazo y marginación por parte de la sociedad, lo que repercute negativamente en su vida y en la de sus familias.

La lucha contra el estigma implica seguir sensibilizando a la sociedad, a los profesionales de todos los ámbitos (incluyendo otros profesionales sanitarios, servicios sociales, educación) y a las personas usuarias y a sus familias sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Aumentar el conocimiento de este tipo de patología por parte de la sociedad general disminuirá la estigmatización de nuestros pacientes y facilitará su posterior reintegración en la sociedad, ayudando a asimilar cada vez más las enfermedades mentales a las patologías somáticas y consolidando la salud mental dentro de la atención especializada. Con esta difusión pública de información se pretende también disociar el trastorno mental de la agresividad y mostrar que los problemas sociales no tienen por qué estar asociados con enfermedades mentales.

Los profesionales de nuestra UGC deben estar dispuestos a realizar intervenciones, cursos de formación, talleres, jornadas, mesas redondas, etc. dirigidas a sensibilizar a la población general, personas usuarias, familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios, sistema educativo y medios de comunicación.

4.7.5. Mejorar la satisfacción de los usuarios contando con su opinión.

Los usuarios son considerados el centro de nuestra actividad y, por lo tanto, conocer su satisfacción y trabajar en su mejora son objetivos clave de la UGC de Salud Mental. Como usuarios incluimos tanto a los pacientes como a sus familiares, allegados y tutores legales.

La opinión de los pacientes ingresados se puede obtener mediante reuniones periódicas que tendrían lugar en cada una de las unidades de hospitalización entre grupos de pacientes que se encuentren psicopatológicamente estables y miembros del personal de enfermería y auxiliares.

Para la recogida de información de los pacientes ambulatorios, así como de los tutores, familiares o allegados de los pacientes, se pueden estructurar varios sistemas, algunos de ellos específicos de la UGC y otros gestionados desde el Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) del Hospital:

- 1) Recogida de comentarios, felicitaciones, críticas y sugerencias de forma no sistemática durante las conversaciones y reuniones informativas que los distintos profesionales mantienen con los familiares o tutores legales de los pacientes. Además, se recogerán las felicitaciones por escrito.
- 2) Estudio de satisfacción de usuarios, mediante una encuesta entregada a los pacientes y a los familiares o tutores legales en el momento del alta.
- 3) Reclamaciones: En el SAIP se ofrece la posibilidad de presentar reclamaciones, además de proporcionar información. Las reclamaciones constituyen una fuente de

información muy importante para detectar lo que los usuarios consideran fallos en nuestra actuación. Estas reclamaciones sirven como feedback a la actuación de los profesionales del Área de Salud Mental, por lo que son posteriormente comunicadas a todo el equipo en las reuniones de gestión.

4.7.6. Potenciar la participación de las familias, asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ONGs y sociedades científicas y profesionales

El Jefe de Servicio y los líderes de los grupos de trabajo o programas implicados mantendrán contactos periódicos con asociaciones de pacientes y familiares para conocer las expectativas y necesidades de estos grupos de interés y poder dar respuesta a las necesidades sanitarias de colectivos que, debido a sus peculiaridades, han estado tradicionalmente fuera del sistema sanitario público.

Por otra parte, la UGC de Salud Mental incorporará, en su planificación y evaluación, iniciativas de entidades locales, ONGs y ciudadanía en general, así como las aportaciones de sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental.

4.8. GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA

4.8.1. Protocolos, guías clínicas y programas asistenciales

Con el fin de estandarizar la práctica asistencial, reducir la variabilidad de los cuidados y mejorar su gestión, la UGC de Salud Mental del CHPC debe seleccionar o crear protocolos, guías de práctica clínica (GPC) y programas asistenciales basados en la mejor evidencia científica. Cada uno de ellos debe contar con:

- Un profesional designado como responsable.
- Un grupo de trabajo multidisciplinar que lo diseñe y revise cuando sea necesario.
- Una guía que lo describa por escrito, revisable periódicamente.
- Indicadores de proceso y resultado.

Los **protocolos** definen el procedimiento adecuado para lograr la máxima eficiencia en la atención y la continuidad de los cuidados. Establecen las pautas básicas de actuación para determinadas patologías y ante contextos y situaciones críticas de la unidad. Cada uno de estos protocolos tiene bien definido su principio, su final, un responsable dentro del equipo terapéutico y debe ser presentado al comité ético de asistencia del Hospital.

Cada protocolo cuenta con una guía de actuación, pero la actuación se adapta a las características propias de cada paciente concreto. Para los protocolos clínicos, el desarrollo de las guías de actuación se llevará a cabo de forma participativa,

incorporando a tantas categorías profesionales como sea posible. De esta forma se potencia la implicación de los profesionales en su aplicación y posterior evaluación.

Las **guías de práctica clínica** (GPC) son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes (Guíasalud, 2020). Definen el contenido de la atención, es decir, lo que hay que hacer para alcanzar el mejor resultado en base a la evidencia disponible. Tienen la finalidad de ayudar a médicos y a pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas.

Un **programa asistencial** es un proceso que tiene la finalidad de proporcionar asistencia sanitaria de cierta complejidad a un grupo específico de pacientes con características comunes, de forma que en todos se lleve a cabo la misma serie de pasos y estos implican a diferentes profesionales, dispositivos y recursos. Un Programa Asistencial consta de:

- Criterios de inclusión y exclusión.
- Itinerario que deben recorrer los pacientes admitidos a través de los diferentes recursos, dispositivos y profesionales implicados.
- Resultados esperables.
- Indicadores de proceso y de resultados.

4.8.2. Selección de las guías de práctica clínica apropiadas

Existen diferentes GPC nacionales e internacionales basadas en la evidencia científica. La UGC deberá decidir, en primer lugar, para qué entidades nosológicas es más prioritario contar con una GPC. Una vez tomada esta decisión, se creará grupos de trabajo con personal de distintos dispositivos y distintas categorías profesionales con el fin de seleccionar una GPC para cada uno de esos trastornos mentales. Los criterios de selección para las GPC serán:

- Creadas o actualizadas en los últimos 5 años.
- Relevantes.
- Con niveles de evidencia especificados.
- Que expongan un abordaje integral del manejo del trastorno (farmacológico, cuidados de enfermería, aspectos psicoterapéuticos).
- Sean aplicables en el contexto de nuestros dispositivos ambulatorios y/o de hospitalización.

De las GPC que cumplan esos criterios, se elegirá la que mejor se pueda adaptar a las características de nuestros pacientes, de nuestros dispositivos y de la práctica habitual de nuestro entorno.

El siguiente paso será adaptar la GPC seleccionada a nuestra realidad. Finalmente, una vez completado el proceso, se irá presentando cada una de las GPC a todo el personal.

4.8.3. Organismos que publican GPC

Numerosos organismos nacionales e internacionales han publicado GPC relacionadas con la salud mental. Los más relevantes se describen a continuación

GuiaSalud

GuiaSalud es un organismo del SNS en el que participan las 17 comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad. Fue creado en 2002 y adoptado en 2003 por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención en el SNS (GuiaSalud, 2020). Ha publicado numerosas GPC en el campo de la salud mental:

- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (actualización, 2018).
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014).
- Guía de Práctica Clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un Trastorno Mental Grave y un Trastorno por uso de Sustancias (2017).
- Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (2017).

Muchas otras fueron publicadas hace más de 5 años y están pendientes de actualización.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

NICE es una organización independiente cuyo fin es orientar para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades en el National Health System británico. En abril de 2013 se convirtió en un órgano público no departamental y, a la vez, adquirió responsabilidades para desarrollar guías y estándares de calidad en asuntos sociales (NICE, 2020).

Las guías NICE se basan en la mejor evidencia disponible para desarrollar recomendaciones para mejorar la salud y la atención social.

American Psychiatric Association (APA)

La APA es una organización de psiquiatras que trabajan con el fin de garantizar la atención y el tratamiento eficaz para todas las personas con enfermedades mentales, incluyendo trastornos por consumo de sustancias.

APA desarrolló y publicó 23 guías de práctica entre 1992 y 2010, incluidas varias ediciones segunda y tercera. Estas guías tienen más de 5 años y aún no se han actualizado, por lo que no es posible garantizar que reflejan el conocimiento y la práctica actuales (APA, 2020).

Canadian Psychiatric Association (CPA)

La CPA ha publicado GPC sobre los trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos depresivos. Cada GPC es desarrollada por un grupo de trabajo experto y revisada y aprobada por la Junta Directiva de la CPA.

Cochrane Library

La finalidad de la biblioteca Cochrane es proporcionar información de alta calidad para tomar decisiones de salud. Está formada por una red global independiente de investigadores y colaboradores que sistematiza la evidencia científica publicada (Cochrane Library, 2020).

En el campo de la salud mental, la Cochrane Library tiene publicadas en la actualidad 622 Revisiones Cochrane y 231 Protocolos Cochrane. Si bien no se trata en todos los casos de GPC propiamente dichas, sí son revisiones sistemáticas que orientan en la toma de decisiones.

4.9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

4.9.1. Gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento engloba el conjunto de actuaciones que tienen como finalidad identificar, desarrollar, difundir, renovar y transferir el conocimiento de una organización desde el lugar donde se genera hasta el medio en que debe ser aplicado (UNIR, 2019).

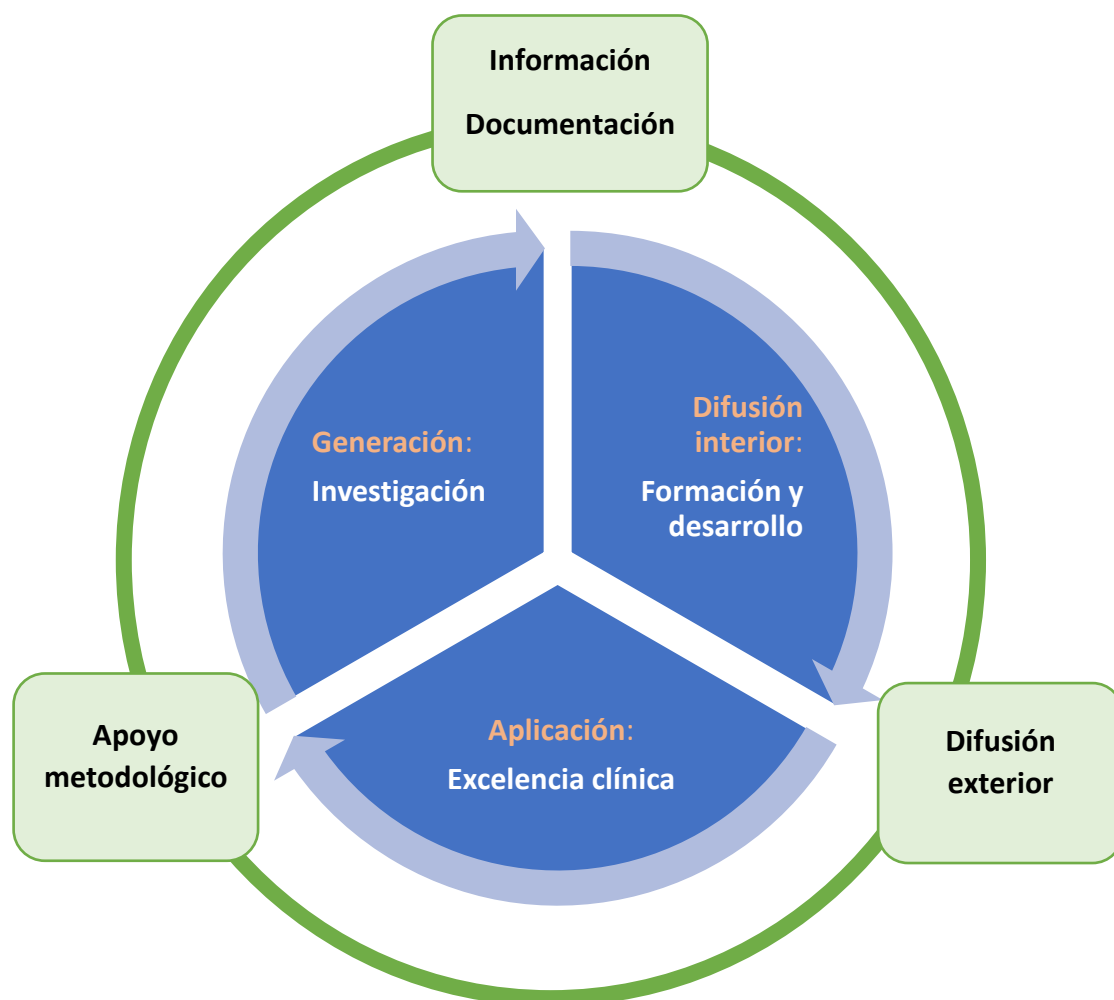
Una de las líneas estratégicas descritas en el punto 4.2 señala acciones relacionadas con la gestión del conocimiento (véase página 75).

Procesos clave de la gestión del conocimiento

Los procesos clave en la gestión del conocimiento son los que crean y mantienen el círculo de transferencia de conocimiento (círculo azul, **Figura 9**).

El primero de los procesos clave es **generar conocimiento**, cuyo paradigma es la investigación (véase punto 4.11, página 103). La generación de conocimiento se asocia con su incorporación a la organización y sus miembros.

El segundo proceso clave es la **difusión del conocimiento** dentro de la organización para conseguir las competencias orientadas a resultados, mediante la formación y el desarrollo profesional (Véase punto 4.10, página 101). Este proceso está en conexión con el proceso asistencial.

Figura 9. Círculo de transferencia del conocimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de: UNIR, 2019

El tercer proceso clave es la **aplicación efectiva del conocimiento**, la fase final de su transferencia hacia los resultados, en la toma de excelentes decisiones clínicas y organizativas. Una atención clínica excelente genera conocimiento que alimenta su círculo de transferencia.

La conjunción de los tres procesos llevará a la excelencia clínica y de la organización, que debe ser la meta para el profesional sanitario y para los sistemas sanitarios. La investigación y la docencia deben ser consideradas actividades de primera línea, igual que la asistencia, con el fin de conseguir la excelencia del proceso global de Gestión del Conocimiento.

Procesos de soporte de la gestión del conocimiento

Los procesos de soporte dan apoyo y permiten desarrollar los procesos clave del círculo de transferencia del conocimiento (circunferencia verde, **Figura 9**). Los principales son:

- **Información / documentación**, por ejemplo, desde la Unidad de documentación médica y estadística del CHPC.
- **Apoyo metodológico** para la investigación, docencia y atención sanitaria. En nuestro caso, contamos con la Fundación del Hospital Provincial de Castelló (FHPC) y su asesoría científica; con la Universitat Jaume I y el Centro de Estudios Universitarios Cardenal Herrera (CEUCH), como apoyo en la docencia, y con la Unidad de Calidad del propio CHPC.
- **Difusión del conocimiento**, que incluye, por ejemplo, la preparación de presentaciones a congresos, de manuscritos o la traducción de artículos para su publicación en revistas internacionales. La citada FHPC facilita también esas labores.

4.9.2. Innovación

La innovación es el proceso de generación y de explotación de nuevas ideas sobre la base del conocimiento individual y organizativo (Oteo Ochoa & Repullo Labrador, 2003).

La creatividad, para ser implementada, precisará de una estructura organizativa, de recursos e infraestructuras, de personas, y del desarrollo de capacidades suficientes para anticipar los efectos positivos de las innovaciones en las necesidades y demandas de la población. En el sector salud, las actividades de innovación deben centrarse en mejorar los resultados de salud de la comunidad social y en satisfacer las necesidades asistenciales personalizadas de los usuarios.

Las innovaciones tecnológicas implican la generación de productos, servicios o procesos nuevos o mejorados gracias a los nuevos conocimientos y la tecnología, a través de un modelo de cambio lineal o interactivo.

Las innovaciones no tecnológicas representan básicamente nuevas formas de organización o gestión o nuevos comportamientos en el mercado.

Innovación en la UGC de Salud Mental del CHPC

Nuestra UGC está abierta a la innovación y, de hecho, se ha llevado a cabo numerosas innovaciones en los últimos años.

Innovaciones tecnológicas

- Introducción de la TEC modificada (con anestesia y relajación muscular) hace 12 años, tras varias décadas sin aplicar la TEC clásica.
- Terapia metacognitiva para el tratamiento de las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia, en el HDCS.
- Uso compasivo de ketamina i.v. en la depresión mayor (descrita por primera vez en 2006 y aplicada en nuestro centro desde 2013)
- Administración de esketamina intranasal en la depresión mayor (fármaco derivado de la ketamina, no comercializado todavía en España, que estamos aplicando en casos seleccionados desde finales de 2019).

Innovaciones no tecnológicas

- Creación de una Unidad de Patología Dual para el tratamiento ambulatorio y hospitalario de personas que sufren enfermedades mentales graves comórbidas con trastornos por consumo de sustancias.
- Hospital de Día Educativo-Terapéutico, único en la Comunitat Valenciana.
- UHB libre de humo. En abril de 2019 se retiró el consumo de tabaco de dicha Unidad, de forma programada, sin incidentes.
- Programa de prevención del suicidio en la UHB, con tres niveles de vigilancia.

La innovación es una de las misiones y uno de los valores de nuestra UGC. Seguiremos innovando en el futuro, aunque, por definición, en estos momentos no podamos indicar los cambios que será posible introducir.

4.9.3. Gestión del conocimiento e innovación objetivas y sin influencias externas.

Con el fin de que la gestión del conocimiento sea objetiva y de calidad, es necesario evitar influencias espurias. Un objetivo de la UGC de Salud Mental es supervisar los conflictos de intereses a los que pueden estar sometidos sus trabajadores en aspectos relacionados con la gestión del conocimiento, principalmente por parte de la poderosa industria farmacéutica.

En nuestro medio la industria farmacéutica puede influir en:

- Formación continua: Las empresas patrocinan o financian actividades científicas como mesas redondas, cursos, seminarios, conferencias, congresos, simposios o reuniones científicas en los que se habla (positivamente) de sus medicamentos.
- Investigación. La industria:
 - Patrocina determinadas líneas de investigación de su interés, en detrimento de otras.
 - Facilita la publicación de resultados positivos para sus productos. Tiende a presentar resultados que le son favorables, lo que no significa que la investigación patrocinada sea de mala calidad, sino que las cuestiones científicas analizadas reflejan los intereses del patrocinador.
 - Puede llegar a censurar los resultados de los estudios pagados a investigadores independientes, de forma que los resultados considerados como negativos para sus intereses pueden, simplemente, no publicarse.

Las declaraciones de conflictos de intereses deben ser públicas y transparentes, como ya se exige a los autores de numerosas revistas científicas.

La UGC de Salud Mental debe evitar que los profesionales que la componen emitan o reciban información sesgada debido a intereses personales. Para ello se creará un registro de conflictos de intereses.

4.10. DOCENCIA Y FORMACIÓN

Este apartado incluye:

1. La transmisión de información consolidada y aceptada en el actual estado de la ciencia y de la práctica sanitaria, desde los profesionales de la UGC hacia:
 - a. Alumnos que están cursando sus estudios pre-grado.
 - b. Residentes de las diferentes especialidades relacionadas con la Salud Mental.
2. La formación continuada de todos los trabajadores de la UGC.

Docencia pregrado

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental participa en la docencia de distintos niveles educativos. Recibe estudiantes de prácticas de:

- Ciclo formativo de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).
- Grado de Enfermería.
- Grado de Psicología.
- Grado de Medicina.
- Ciertos Másteres de Psicología.

Muchos de los miembros de la plantilla son profesores asociados, profesores asociados asistenciales o colaboradores docentes de:

- Facultad de Enfermería de la Universitat Jaume I (UJI).
- Facultad de Enfermería del Centro de Estudios Universitarios Cardenal Herrera (CEUCH).
- Facultad de Medicina de la UJI.
- Facultad de Medicina del CEUCH.
- Facultad de Psicología de la UJI.

Un objetivo relacionado con la docencia es colaborar con la formación de los profesores asistenciales y colaboradores.

Formación sanitaria especializada

Desde hace unos 25 años los diferentes dispositivos que conforman el Área de Salud Mental, así como otros dispositivos de la CSUISP que actualmente forman parte de la Red de Salud Mental, vienen colaborando en la formación de especialistas en psiquiatría, psicología clínica y enfermería especializada en salud mental. Hasta ahora los residentes de psiquiatría estaban adscritos al Hospital General Universitari de Castelló y los psicólogos internos residentes pertenecían al Hospital de La Plana. Sólo las enfermeras especialistas contaban con un contrato del CHPC.

En 2019 la Comisión Nacional de Especialidades concedió al CHPC la acreditación como Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. Puesto que el personal sanitario en

formación renueva sus contratos anualmente, a partir de junio de 2020 los residentes que hasta ahora habían sido contratados por los hospitales General y La Plana han pasado a depender del CHPC, al igual que harán los nuevos residentes que inicien su formación en la convocatoria vigente y en las sucesivas.

La Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental da formación actualmente a un total de 24 especialistas (**Tabla 46**, página 60).

Formación continuada

La formación continuada se considera un elemento esencial para el buen desempeño laboral de los profesionales sanitarios. El conjunto de acciones formativas se dirigirá hacia la adquisición y actualización constante de conocimientos y competencias necesarias para ofrecer la mejor atención posible a las personas que sufren un trastorno mental. Es imprescindible que la formación esté basada en las mejores evidencias científicas y se adapte a las necesidades de las personas usuarias, familiares, profesionales y otros agentes implicados.

Con el fin de mejorar la eficacia y la eficiencia del sistema, se debe incluir la formación en gestión clínica, evaluación, trabajo en equipo, modelo de recuperación y formación en derechos.

Algunas formas de aplicar la formación continua son:

- La asistencia a las sesiones clínicas semanales, a las que está invitado todo el personal.
- Los trabajadores del CHPC pueden acceder a los planes de formación interna del centro, así como a los de la Diputación de Castelló y los de Formación Continua y Continuada de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES).
- La UGC podría organizar un programa de formación continua si hay motivación por parte del personal para recibir o impartir dicha formación.
- La UGC apoyará la participación de los profesionales en cursos y congresos como ponentes. La preparación, transmisión e intercambio del material para dichas actividades docentes constituye una efectiva y duradera experiencia de aprendizaje. Por eso se priorizará la asistencia a congresos de aquellos profesionales que presenten alguna aportación científica en los mismos. Esto supone, por otra parte, una oportunidad de crecimiento profesional para todas las categorías profesionales.
- Se facilitará la asistencia a cursos y congresos a miembros de la plantilla como discentes. En este caso se solicitará que los profesionales que asistan a dichos eventos informen de sus conclusiones en una breve charla informativa posterior.

4.11. ACTIVIDAD INVESTIGADORA

La investigación clínica es una de las vías por las que la ciencia médica adquiere conocimiento. En el *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* de la OMS (OMS, 2013) se establece como objetivo fortalecer las investigaciones en salud mental y, según la *Estrategia de Salud Mental 2016-2020* de la Comunitat Valenciana (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016), la integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, así como un cuidado ético y eficaz de las personas usuarias.

Por otra parte, la participación en proyectos de investigación es una forma de aprendizaje, crecimiento profesional y ampliación curricular de los trabajadores, alineando así los objetivos de la UGC con los objetivos personales de la plantilla. Por ese motivo, se fomentarán proyectos de investigación en los que puedan participar profesionales de todas las categorías (médicos, psicólogos, enfermeras, TCAE, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales).

Por supuesto, todas las investigaciones que se lleven a cabo en la UGC de Salud Mental deben ser previamente aprobadas por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital.

Líneas de investigación

Las líneas de investigación de la UGC del Área de Salud Mental del CHPC para los próximos 4 años son las siguientes:

- Entornos estratégicos de decisión e inhibición pre-pulso como marcadores de vulnerabilidad de comorbilidad psiquiátrica en una cohorte de consumidores de cocaína.
- Estudio del consumo y metabolismo de nuevas sustancias psicoactivas en menores infractores.
- Adicción a videojuegos y dinámica familiar en población adolescente.
- Validación de un Programa de Atención Integrada Dual (PAI-D) de Enfermería Especialista en Salud Mental en personas con Patología Dual Grave que ingresan en una unidad psiquiátrica hospitalaria.
- Nuevos abordajes psicológicos en el tratamiento del tabaquismo.
- Eficiencia de técnicas de intervención psicológicas en pacientes oncológicos.
- Eficacia de la telepsicología en oncología.
- Epidemiología y prevención de las conductas suicidas.
- Microbiota y salud mental.

4.12. MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO

El *cuadro de mando integral* (CMI) es un instrumento de gestión desarrollado inicialmente por Kaplan y Norton en los años 90 del siglo pasado (Ruiz, s.f.). El CMI ayuda a comunicar y a poner en funcionamiento la estrategia de una organización, mediante un sistema de medidas financieras y no financieras, seleccionadas para ayudar a la organización a ejecutar sus factores claves de éxito definidos en la visión estratégica de la compañía.

Tabla 50. Perspectivas y objetivos estratégicos del cuadro de mando integral

Perspectiva	Objetivos estratégicos
Perspectiva financiera	6: Contener los costes de la UGC para que sea sostenible.
	9: Adaptar los procesos de la UGC de Salud Mental a las nuevas necesidades de la población.
Perspectiva del cliente	8: Realizar intervenciones para erradicar el estigma dirigidas a población general, personas usuarias, familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios, sistema educativo y medios de comunicación.
	10: Colaborar con los servicios sociales, asociaciones de familiares y usuarios, y ONGs que trabajen en el campo de la salud mental.
	12: Promover el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.
	13: Mejorar la seguridad de los pacientes.
Perspectiva de procesos internos	1: Diseñar un plan estratégico teniendo en cuenta las líneas de la ESM.
	2: Definir protocolos, guías clínicas y procesos basados en la evidencia científica.
	3: Mejorar la coordinación intra-extrahospitalaria apoyándose en la red de salud mental.
	4: Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada ambulatoria apoyándose en la red de salud mental.
Perspectiva de aprendizaje y crecimiento	11: Reconocer el esfuerzo y los logros obtenidos por los trabajadores de modo formal e informal.
	7: Fomentar la participación del personal de enfermería no especialista en actividades de formación ajenas o propias del servicio.
	17: Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la docencia universitaria.
	14: Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la formación sanitaria especializada.
	5: Fomentar la investigación en salud mental con el apoyo de la Fundación y buscando la colaboración de las universidades.
	16: Promocionar a los profesionales con experiencia en este campo como líderes de equipos de investigación.
	15: Innovar en el uso de tratamientos psicológicos y farmacológicos.
Los números de los objetivos corresponden al orden en que se describen en el análisis DAFO/CAME, página 69 y siguientes.	

El CMI mide la actuación de la organización desde cuatro perspectivas equilibradas:

- a) La financiera (en nuestro caso, basada en la sostenibilidad económica de la UGC).
- b) Los clientes (pacientes).
- c) Los procesos internos.
- d) El aprendizaje y el crecimiento.

Para cada una de esas perspectivas se definen unos objetivos estratégicos, que son el fin deseado clave para nuestra UGC (**Tabla 50**).

La finalidad del CMI es *convertir la estrategia en acción*. Eso implica definir indicadores para cada uno de los objetivos estratégicos, con sus metas y, finalmente, las acciones estratégicas que contribuyan de forma específica a la consecución de los objetivos. Las **Tablas 51 a 54** reflejan los objetivos, indicadores, fórmula de dichos indicadores, situaciones de partida y metas a conseguir, así como las acciones estratégicas propuestas para alcanzar las metas.

El CMI se completa con el Mapa estratégico, una representación gráfica que describe de forma visual la estrategia de la organización y cómo llevarla a cabo mediante una serie de relaciones causa/efecto entre objetivos (**Figura 10**).

Tabla 51. CMI. Perspectiva financiera (sostenibilidad)

Objetivo estratégico	Indicador	Fórmula	Situación de partida (SP) y Meta	Acción estratégica
6: Contener los costes de la UGC para que sea sostenible	Proporción de RMN solicitadas respecto al total de pruebas de neuroimagen	$\text{RMN solicitadas} \times 100 / \text{Total de pruebas de neuroimagen solicitadas}$	SP: 20% Meta: 10%	Analizar la pertinencia de las solicitudes de RMN en las sesiones clínicas
	Incremento del gasto en farmacia respecto al del año anterior	$(\text{Gasto en farmacia año actual} - \text{gasto en farmacia año anterior}) \times 100 / \text{gasto en farmacia año anterior}$	SP: 10% Meta: 5%	Obtener información sobre el gasto en farmacia y transmitirla al equipo
9: Adaptar los procesos de la UGC de Salud Mental a las nuevas necesidades de la población.	Porcentaje de pacientes incluidos en grupos de terapia en la USM	$\text{Pacientes susceptibles de terapia grupal incluidos en grupos de terapia} \times 100 / \text{total pacientes susceptibles de terapia grupal}$	SP: 10% Meta: 20%	Analizar en sesiones clínicas de la USM los grupos propuestos y realizados
	Porcentaje de pacientes con TMG complejo incluidos en programas de gestión de casos	$\text{Pacientes con TMG complejo incluidos en programas de gestión de casos} \times 100 / \text{total pacientes con TMG complejo}$	SP: 0 Meta: 15%	Analizar en sesiones clínicas de la USM los casos propuestos para su gestión por parte de enfermería
	Estancia media en las Unidades de Agudos (de adultos y menores)	$\sum (\text{fecha alta} - \text{fecha ingreso}) \text{ en el año} / \text{n}^\circ \text{ de altas durante el año}$	UHB (2019) SP: 22,4 d M: 20 días UHIJ: SP: 27,93 d M: 25 días	Analizar en las sesiones clínicas de la UHB y UHIJ la estancia de los pacientes que superen la media
	Porcentaje de consultas no presenciales en la USM	$\text{N}^\circ \text{ de consultas no presenciales} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ total de consultas}$	SP: Sin datos Meta: 10%	Analizar en sesiones clínicas de la USM el número de atenciones y tiempo dedicado a pacientes no presenciales

Tabla 52. CMI. Perspectiva del cliente

Objetivo estratégico	Indicador	Fórmula	Situación de partida (SP) y Meta	Acción estratégica
8: Realizar intervenciones para erradicar el estigma dirigidas a población general, personas usuarias, familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios, sistema educativo y medios de comunicación	Intervenciones de miembros del equipo en los medios de comunicación generales, dirigidos a disminuir el estigma	Número de intervenciones en medios de comunicación	SP: Sin datos M: al menos 2 al año	Poner en contacto a miembros del equipo con la Unidad de Comunicación del CHPC con motivo de fechas especiales (día de la salud mental, de la prevención del suicidio, etc.)
10: Colaborar con los servicios sociales, asociaciones de familiares y usuarios, y ONGs que trabajen en el campo de la salud mental	Proporción de PAI* en los que participa la familia o persona de referencia	PAI en los que participa la familia x 100 / total de PAI de la USM	SP: Sin datos M: 50%	Analizar en sesiones clínicas de la USM los casos que cuentan con un PAI y la participación del paciente/familia en su elaboración
12: Promover el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental	Proporción de contenciones mecánicas	Nº de pacientes sometidos a contención mecánica en UHB x 100 / total ingresos	SP: 22% M: 18%	Entrenar al personal sanitario en estrategias de desescalada de la agitación.
	Proporción de pacientes con TMG de la USM que han firmado un documento de voluntades anticipadas	Nº de pacientes con TMG que han firmado un documento de voluntades anticipadas x 100 / total de pacientes con TMG	SP: 0 Meta: 10%	Informar a los pacientes de la existencia del documento de voluntades anticipadas
13: Mejorar la seguridad de los pacientes	Nº de suicidios consumados en las unidades de hospitalización	Nº de suicidios consumados en UHB + ULE + UME + UHIJ	SP: 0 M: 0 (indicador centinela)	Implementar medidas de prevención de la conducta suicida
	Nº de fugas de las unidades de hospitalización	Nº de fugas en UHB + ULE + UME + UHIJ	SP: 4/año M: 2/año	Analizar los métodos de evasión y buscar soluciones

*PAI: Plan de Atención integral

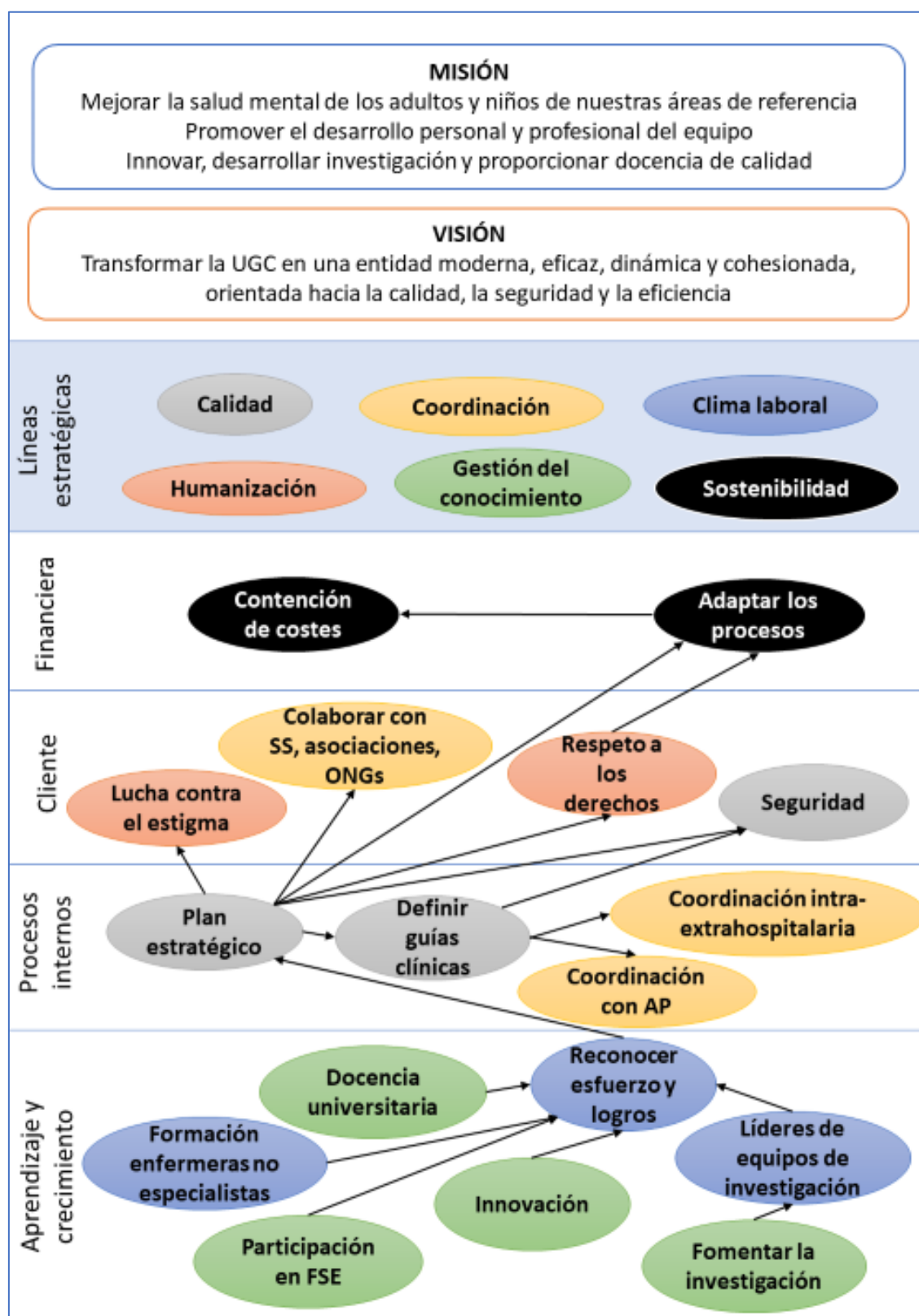
Tabla 53. CMI. Perspectiva de los procesos internos

Objetivo estratégico	Indicador	Fórmula	Situación de partida (SP) y Meta	Acción estratégica
1: Diseñar un plan estratégico teniendo en cuenta las líneas de la ESM.	Existencia de un plan estratégico (indicador de estructura)	Existencia de un plan estratégico	SP: No hay plan estratégico M: Existencia de un plan estratégico	Elaborar un plan estratégico con la participación del equipo
2: Definir protocolos, guías clínicas y procesos basados en la evidencia científica	Proporción de pacientes con Trastorno bipolar (TB) que salen de alta con un estabilizador del estado de ánimo	Nº de pacientes dados de alta de UHB o UME con dco de TB que tienen pautado un estabilizador del estado de ánimo x 100 / total de pacientes dados de alta de UHB o UME con dco de TB	SP: 50% M: 75%	Analizar en las sesiones clínicas de la UHB el tratamiento de los pacientes bipolares
	Proporción de pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento (ERT) a los que se les pauta clozapina	Nº de pacientes con dco de ERT que tienen pautado clozapina x 100 / total de pacientes con dco de ERT	SP: 20% M: 40%	Analizar en las sesiones clínicas de la UHB el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia resistente
	Proporción de pacientes ingresados en UHB que cuentan con un Plan de Cuidados Individualizado de Enfermería (PCIE)	Nº de pacientes ingresados en UHB que cuentan con un PCIE x 100 / nº total de pacientes ingresados en UHB	SP: 20% M: 40%	Analizar en las sesiones clínicas de la UHB los planes de cuidados de cada paciente
3: Mejorar la coordinación intra-extrahospitalaria apoyándose en la red de salud mental.	Proporción de pacientes dados de alta de UHB y UHIJ con una cita en su USM/USMI de referencia	Pacientes dados de alta de UHB y UHIJ con cita en USM x 100 / total pacientes dados de alta de UHB y UHIJ	SP: 50% M: 75 %	Designar a una enfermera de cada dispositivo de hospitalización como coordinadora con la USM / USMI
	Proporción de pacientes que ingresan de forma programada desde la USM	Pacientes que ingresan en UHB de forma programada x 100 / total de pacientes que ingresan en UHB	SP: 10 % M: 30%	Establecer un procedimiento para el ingreso programado
4: Mejorar la coordinación entre AP y atención especializada ambulatoria apoyándose en la red de salud mental.	Proporción de interconsultas de AP resueltas mediante apoyo al MAP	Nº de interconsultas de AP resueltas mediante apoyo al MAP x 100 / total de de interconsultas de AP	SP: 10% M: 20%	Establecer un procedimiento para la consulta de apoyo del MAP

Tabla 54. CMI. Perspectiva del crecimiento y aprendizaje

Objetivo estratégico	Indicador	Fórmula	Situación de partida y Meta	Acción estratégica
11: Reconocer el esfuerzo y los logros obtenidos por los trabajadores de modo formal e informal	Noticias sobre logros y premios de trabajadores de la UGC publicados en webs y medios de comunicación	Nº de noticias sobre logros y premios de trabajadores de la UGC publicados en webs y medios de comunicación	SP: 3/año M: 5/año	Comunicar a la responsable de Relaciones Mediáticas del CHPC los logros de los trabajadores
7: Fomentar la participación del personal de enfermería no especialista en actividades de formación ajenas o propias del servicio.	Proporción de enfermeras no especialistas de la UGC que participan en alguna actividad de formación sobre salud mental	Nº de enfermeras no especialistas que participan en alguna actividad de formación sobre salud mental x 100 / Total de enfermeras no especialistas	SP: 10% M: 20%	Comunicar a las enfermeras no especialistas la convocatoria de las actividades formativas de las que tengamos noticia
17: Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la docencia universitaria.	Proporción de profesionales de la UGC que participa como profesor asociado o colaborador docente en la docencia universitaria	Nº de profesionales que participa como profesor asociado o colaborador docente en la docencia universitaria x 100 / Nº total de profesionales	SP: 15% M: 30%	Facilitar el contacto entre los diferentes profesionales de la UGC y los responsables de docencia de cada una de las universidades
14: Facilitar y promover la participación de todos los profesionales interesados en la FSE	Proporción de profesionales que participa como tutor de residentes o como tutor de rotatorio	Nº de profesionales que participa como tutor de residentes o como tutor de rotatorio / Nº total de profesionales de la UGC	SP: 25% M: 40%	Invitar a las reuniones de la C. de docencia a todas las personas interesadas en participar como tutoras
5: Fomentar la investigación en salud mental con el apoyo de la Fundación y buscando la colaboración de las universidades	Proyectos de investigación presentados ante el CEIC por miembros de nuestra plantilla	Número de proyectos de investigación presentados ante el CEIC por miembros de nuestra plantilla	SP: 3/año M: 5/año	Difundir entre los profesionales la convocatoria de becas y ayudas de la Fundación
	Publicaciones firmadas por miembros de nuestra plantilla	Número de publicaciones firmadas por miembros de nuestra plantilla	SP: 3/año M: 5/año	Organizar jornadas dedicadas a la exposición de las publicaciones ante todo el equipo
16: Promocionar a los profesionales con experiencia en este campo como líderes de equipos de investigación.	Profesionales designados como líderes de equipos de investigación	Número de profesionales designados como líderes de equipos de investigación	SP: 2 M: 4	Poner en contacto a los profesionales más implicados en la investigación con residentes y otros profesionales interesados
15: Innovar en el uso de tratamientos psicológicos y farmacológicos.	Procedimientos diagnósticos, terapéuticos u organizativos considerados innovadores	Nº de procedimientos diagnósticos, terapéuticos u organizativos considerados innovadores	SP: Sin datos M: ≥1/año	Facilitar las gestiones y coordinación de los proyectos de innovación que se propongan

Figura 10. Mapa estratégico



5. CURRÍCULUM DEL CANDIDATO

5.1. PERFIL DEL CANDIDATO

A lo largo de mis más de 25 años de carrera profesional he asumido todo tipo de responsabilidades en el ámbito asistencial, pero también docente, de investigación e incluso de gestión. Por eso me considero un psiquiatra completo y con las competencias necesarias para afrontar los retos a los que es sometido un jefe de servicio, cargo que ostento desde el 1 de febrero de 2019, tras superar a otros candidatos en el correspondiente concurso de méritos y defensa de mi proyecto.

En este apartado describo diferentes aspectos de mi perfil profesional que pueden tener interés en la selección para ese cargo. Un *curriculum* completo, con fechas y referencias exactas, se encuentra en el Anexo.

Formación

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universitat de València
- Especialista en Psiquiatría vía MIR.
- Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas por la Universitat de València.
- Diploma de Especialización en Alcoholismo por la Universidad Autónoma de Madrid

Perfil asistencial

Una vez obtenido el título de médico especialista en Psiquiatría, la situación laboral en la sanidad pública era complicada y acepté diversos trabajos en la privada, todos a tiempo parcial y de forma simultánea en algunos momentos:

- Psiquiatra externo en el Módulo de Preventivos del Centro Penitenciario de Picassent y en el de Castellón-1, visitando de forma ocasional el Módulo de Penados y el *hospitalillo* del centro de Picassent, así como las prisiones de Mallorca, Foncalent (Alicante), Murcia y Melilla.
- Psiquiatra en la Residencia de Tercera Edad y CEEM Montearse, de Sagunto (Valencia).
- Psiquiatra en la Residencia para personas con discapacidad intelectual de Vila-real (Castelló).
- Psiquiatra en la Clínica Jaime I, de Vall d'Uixò (Castelló).

Mi primer trabajo en la sanidad pública como psiquiatra fue un contrato de sustitución por vacaciones del titular en el Hospital Francesc de Borja, de Gandía. Después realicé otras sustituciones en Unidades de Salud Mental de Castelló y en el Hospital La Fe, donde trabajé en la entonces recién inaugurada Unidad de Trastornos Alimentarios.

En enero de 2000 el director del Hospital Provincial de Castellón me encomendó el diseño y puesta en marcha de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Permanecí a cargo de la UDH hasta 2007, cuando el Jefe del Servicio de Salud Mental me encargó crear un programa para la atención de pacientes con trastorno bipolar, actualmente Programa de Trastornos Afectivos Severos (ProTAS). En ese contexto, asumí por propia iniciativa la responsabilidad de la aplicación de la terapia electroconvulsiva (TEC) en nuestro hospital.

En definitiva, conozco de primera mano el funcionamiento de la especialidad en ámbitos tan variados como las prisiones, las residencias de ancianos, las de personas con discapacidad intelectual, la clínica privada, las USM, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos por uso de sustancias o los trastornos de estado de ánimo, además de las labores de psiquiatría general.

A lo largo de mis años de servicio en el Hospital Provincial he participado, siempre con la intención de mejorar la calidad asistencial, en el diseño de diferentes programas y protocolos asistenciales:

- Protocolo de derivación a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.
- Protocolo de contención mecánica.
- Programas psicoeducativos para familiares y pacientes afectados de trastorno bipolar.
- Proyecto para la administración *off label* de ketamina intravenosa en pacientes con depresión resistente al tratamiento.
- El protocolo del denominado “Código Rojo”, de prevención de conducta suicida en la UHB.
- Programa de Terapia Electroconvulsiva.

Por otra parte, me consta que gozo de cierto prestigio como psiquiatra asistencial tanto entre los miembros de la plantilla como entre los pacientes. Creo que eso se debe a que intento conjugar mis conocimientos teóricos y prácticos sobre la enfermedad mental, con un acercamiento humanista a la persona que sufre. Escuchar al paciente y establecer una adecuada alianza terapéutica son la base de mi actividad.

Perfil investigador

Tengo reconocida la Suficiencia Investigadora por el Departamento de Medicina de la Universitat de València con fecha 24 de julio de 2000.

En los últimos años he liderado un equipo de investigación adscrito al CHPC en colaboración con el Instituto de Medicina Legal y cuya línea principal es el análisis de la conducta suicida en los pacientes de nuestro entorno. El objetivo es conocer las características de estos pacientes para establecer mecanismos de prevención del suicidio. Hemos publicado hasta ahora un artículo y numerosos pósteres, dos de ellos merecedores de premios en los congresos en que se han presentado. Los datos obtenidos de nuestra investigación sobre suicidio me han permitido contribuir de forma activa como miembro del grupo de trabajo para la elaboración y seguimiento del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.

Con otro equipo, hemos publicado una revisión del efecto antidepresivo y antisuicida de la ketamina a propósito de uno de los casos atendidos en nuestro hospital.

Durante los años que dediqué a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, pero también durante mi residencia, participé en varios trabajos de investigación sobre drogas y patología dual.

Desde mi época de residente, he participado en trabajos de investigación acerca del trastorno bipolar.

A lo largo de mi formación MIR en el Hospital La Fe, de Valencia, colaboré con el equipo de trasplante hepático en la valoración neuropsicológica y de la posible dependencia ética de los pacientes candidatos a dicha intervención. Algunos resultados de dichas valoraciones fueron publicados.

He dirigido varios Trabajos de Fin de Grado (TFG) de la Universitat Jaume I (UJI).

Mi interés en investigación se ha centrado, principalmente, en proyectos con una repercusión directa sobre la calidad asistencial y el bienestar de los pacientes. Sin embargo, estoy abierto a apoyar la investigación básica. Por ejemplo, en la actualidad formo parte de un grupo de investigación sobre la relación de la microbiota intestinal y la salud mental.

Ninguna de las líneas de investigación en las que he participado desde el CHPC ha sido patrocinada por la industria farmacéutica, evitando así conflictos de intereses.

Perfil docente

Siempre he tenido una clara vocación docente. Con el fin de mejorar mis conocimientos y competencias en este campo, en 2018 realicé un curso para tutores de estudiantes y residentes de Ciencias de la Salud.

Desde septiembre de 2016 soy profesor asociado asistencial de Psiquiatría en la Universitat Jaume I de Castelló (UJI). También imparto algunas clases de la asignatura Psiquiatría del Grado de Medicina la Universidad CEU Cardenal Herrera como profesor invitado. En su momento, colaboré en las prácticas de hospitalarias del CEU.

He supervisado las prácticas de varios estudiantes del Máster universitario en Psicología General Sanitaria y del Máster universitario en Psicopatología, Salud y Neuropsicología de la UJI.

He sido profesor de dos ediciones del Título de Especialización Avanzada en Patología Dual Grave de la Universidad CEU Cardenal Herrera (cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015).

Desde 2000 he colaborado en la formación de los Médicos Internos Residentes (MIR) de Psiquiatría, Psicólogos Internos Residentes (PIR) y Enfermeros Internos Residentes (EIR) del Hospital Provincial de Castellón (véase Anexo).

He participado como docente en diferentes actividades organizadas por la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES).

Dentro de la docencia y la divulgación, he participado como ponente en diferentes reuniones científicas. Ver Anexo.

Gestión clínica

Tras realizar el curso correspondiente, la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) me otorgó en 2001 el Diploma de Especialización en Gestión de Unidades de Conductas Adictivas.

En enero de 2000 diseñé y puse en marcha la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) a petición de la Dirección del Hospital, con el encargo concreto de que se centrara en un programa de desintoxicación rápida de heroína. La creación de la UDH suponía la coordinación entre múltiples profesionales y dispositivos intra y extrahospitalarios: Admisiones, Farmacia, Laboratorios, la propia Dirección del Hospital, la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) de la provincia, así como otros dispositivos municipales, provinciales y autonómicos de atención a drogodependientes. Pero, además, contaba con reticencias tanto de las UCAs, que debían ser la fuente que nos derivara pacientes, como del personal de la UHB.

Me entrevisté con todas las partes implicadas, presenté el proyecto al Servicio y, una vez puesto en marcha, fuimos adaptando nuestra oferta a las demandas de las UCAs y a las posibilidades reales de actuación por parte del personal. El resultado es que, 20 años después, la UDH sigue funcionando.

Otras labores de gestión, menos relacionadas con la clínica, pero significativas, son la organización de varias ediciones (dos como vocal y dos como presidente del comité organizador) de la Reunión anual de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana (SPCV), con lo que supone de coordinación entre la junta directiva de la SPCV, los ponentes, farmaindustria, hostelería, etc.

Una vez obtenido el puesto de Jefe de Servicio, una de mis prioridades personales ha sido mejorar mi formación en gestión clínica, por lo que en la actualidad me encuentro cursando el Máster Universitario en Gestión y Dirección Sanitaria de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR).

Cualidades y competencias personales

Capacidad de afrontar dificultades

Las necesidades de los pacientes y de los profesionales son casi infinitas en la sanidad pública. Por otra parte, entiendo que la Dirección del Hospital y la Dirección Económica tienen sus propios objetivos, prioridades y limitaciones, lo que restringe los recursos de que dispone un Jefe de Servicio. Gestionar el Servicio implica ser capaz de conjugar los objetivos *ideales* con lo que realmente sea *posible*, dados los recursos disponibles.

En muchas ocasiones lo más difícil de gestionar dentro de un Servicio son las personas, cada una con sus puntos de vista e intereses diferentes, cuando no enfrentados. Conectar con las personas, empatizar y obtener resultados es lo que hago cada día en mi trabajo.

Lealtad y compromiso con el Servicio

A lo largo de los años he dado sobradas pruebas de mi lealtad y compromiso con el Servicio de Salud Mental y con el Hospital. Siempre he utilizado mis conocimientos, mis competencias y toda mi energía para mejorar el funcionamiento del Servicio y la imagen del CHPC. Sirva como ejemplo mi implicación voluntaria, a lo largo de los años, en los programas asistenciales descritos más arriba, en la docencia y en la investigación. Y también de mi disponibilidad para que se use mi nombre y mi imagen en noticias periodísticas que mejoren la imagen de la Psiquiatría, de nuestro Servicio y del CHPC.

Prestigio y liderazgo

Es necesario que el jefe del Servicio sea un líder que cohesione a los trabajadores de los diferentes dispositivos y les dé un sentido de unidad. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, líder es la *persona que dirige u orienta a un grupo, que reconoce su autoridad*. El liderazgo es tanto una característica personal como algo que otorgan los demás. En mi caso, me consta que cuento con el respeto de mis compañeros y con el prestigio personal y profesional que me permitirán liderar el equipo humano que conforma el Área de Salud Mental. Por ejemplo, varios miembros del equipo me animaron a presentar mi candidatura a la selección de Jefe de Servicio.

Además, estoy convencido de que mi capacidad para mediar en los conflictos interpersonales es una buena base para afrontar muchos de los problemas que debe asumir el Jefe de Servicio.

Como líder, intento tomar decisiones y priorizar unas necesidades sobre otras, con determinación, pero sin autoritarismo.

Creatividad y capacidad de innovación

No podemos avanzar sin innovar. Muchas de las innovaciones descritas en el apartado correspondiente (página 99) ha sido fruto de la iniciativa y el trabajo personal del autor:

- Uso compasivo de ketamina i.v. en la depresión mayor (descrita por primera vez en 2006 y aplicada en nuestro centro desde 2013).
- Administración de esketamina intranasal en la depresión mayor (fármaco derivado de la ketamina, no comercializado todavía en España, que estamos aplicando en casos seleccionados desde finales de 2019).
- UHB libre de humo. En abril de 2019 se retiró el consumo de tabaco de dicha Unidad, de forma programada, sin incidentes.
- Programa de prevención del suicidio en la UHB, con tres niveles de vigilancia.

Debemos ser creativos para seguir innovando en el futuro. Desde la jefatura se apoyarán todas las iniciativas de innovación que cuenten con la necesaria solidez científica.

Ambición

El Jefe de Servicio puede adoptar una posición cómoda y continuista, manteniendo las cosas como están y limitándose a ir resolviendo los problemas que surjan día a día; o bien puede plantearse objetivos más ambiciosos en cuanto a mejorar la calidad del Servicio y su prestigio en aspectos asistenciales, científicos y de organización. Como creo que ha quedado demostrado en las páginas anteriores, mi forma de abordar la Jefatura es ambiciosa pero realista, ajustando los objetivos a las posibilidades.

Conclusiones

He desarrollado la mayor parte de mi carrera en el Área de Salud Mental del CHPC, que siento como algo propio. Por eso puedo decir que el Servicio no siempre ha sabido estar a la altura de sus profesionales y que ha perdido oportunidades de aspirar a la excelencia en asistencia sanitaria, docencia e investigación.

Mi intención es revertir esa situación para transformar al Área de Salud Mental en una entidad de la que todos sus trabajadores podamos sentirnos orgullosos, que aporte valor y prestigio al Hospital y que no pierda de vista que lo más importante son nuestros pacientes y usuarios.

Mi capacidad para llevar a cabo esa tarea viene dada por mi perfil de *amplio espectro*, que conjuga: conocimiento y experiencia en áreas muy variadas de la profesión; formación específica en gestión clínica; mis características y aptitudes personales; mi buena relación con todos los compañeros del servicio; y mi prestigio profesional y personal.

5.2. FUNCIONES DEL JEFE DE SERVICIO

- Velar por el cumplimiento de los estándares de calidad asistencial de la UGC.
 - Poner los medios para minimizar la variabilidad de la práctica médica entre los diferentes profesionales y dispositivos del Servicio.
 - Supervisar los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
 - Vigilar el respeto a los derechos y necesidades de los pacientes.
- Promover el uso de las nuevas tecnologías en la atención a los pacientes.
- Favorecer la lucha contra el estigma desde todos los niveles de la UGC.
- Trabajar por la coordinación con otras entidades.
 - Atención Primaria.
 - Servicios sociales y dispositivos de la CIPI.
 - ONGs y asociaciones de usuarios y familiares de la provincia de Castelló relacionadas con la salud mental.

- Gestionar los recursos humanos.
 - Motivar a los trabajadores y procurar el mejor ambiente laboral.
 - Reconocer los logros de los profesionales de manera formal e informal.
- Gestionar el conocimiento generado en la UGC.
 - Colaborar con el Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental para que los profesionales sanitarios (MIR de psiquiatría, PIR y EIR de salud mental) reciban la mejor formación en sus respectivas especialidades.
 - Colaborar con el responsable de docencia del CHPC para que los estudiantes que hacen sus prácticas en los distintos dispositivos de la UGC de Salud Mental reciban la mejor formación posible.
 - Animar a los profesionales de todas las categorías a mantener una formación continua acorde a las necesidades de la UGC.
 - Promover la investigación en salud mental por parte de los profesionales de todas las disciplinas y categorías profesionales.
 - Facilitar las innovaciones tecnológicas y no tecnológicas que permitan mejorar los resultados de la UGC.
- Procurar que se cumplen los compromisos económicos pactados con la Dirección.
- Trabajar en la mejora de la reputación corporativa de la UGC.
- Dirigir la UGC hacia el cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui Loiztea, J., Morales Suárez-Varela, M., Cervera Boada, P., C, Q. B., Pérez Fuster, J., & Gimeno Clemente, N. L. (2009). Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte De Salud Mental*(35), 50–55.
- APA. (2020). *APA guidelines*. Obtenido de <https://psychiatryonline.org/guidelines>
- Ballbè, M., Gual, A., Nieva, G., Saltó, E., & Fernández, E. (2016). Deconstructing myths, building alliances: a networking model to enhance tobacco control in hospital mental health settings. *Gac sanit*, 30(5), 389–392.
- CE. (29 de diciembre de 1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*(311), 29313 a 29424 .
- CHPC. (2020). *hospitalprovincial.es*. Obtenido de <http://hospitalprovincial.es/es/valores>
- Cochrane Library. (15 de junio de 2020). *Cochrane Library*. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/>
- Comisión consultiva de cuidados de enfermería. (2010-2011). *Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica (2010-2011)*. Servicio Madrileño de Salud, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Madrid. Obtenido de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017188.pdf>
- Conselleria de Igualtat i Polítiques Inclusives. (18 de abril de 2020). Obtenido de http://www.inclusio.gva.es/documents/610662/165543343/SERVICIOS_RESIDENCIAS+y+CD_DIVERSIDAD+FUNCIONAL_ENFERMEDAD+MENTAL/1091b516-32a7-408a-89b6-13a4f1b8dc15
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). *Estrategia de Salud Mental 2016-2020*. Recuperado el 18 de abril de 2020, de <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrateg%C3%ADa+Auton%C3%B3mica+d e+Salud+mental+2016+2020+.pdf>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2020). *Plan de prevención del suicidio de la Comunitat Valenciana*. (G. Valenciana, Ed.) Recuperado el 12 de junio de 2020, de http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/Plan_prevenccion_suicidio2017_CV.pdf
- de la Gándara Martín, J., & Álvarez Álvarez-Monteserín, M. T. (2004). Patologías emergentes en Salud Mental. ¿Modas, enfermedades o trastornos psicosociales? *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 30(s1), 12-16.
- Delgado, P. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vía Salud*, 16(1), 4-11. Recuperado el 20 de junio de 2020, de http://app.ihl.org/Marketing/program_documents/TRIPLEAIMPEDRODELGADO.pdf
- Ferrer, P. (2020). *Mapa Interactivo: Capitals Comarques Castelló*. Recuperado el 20 de junio de 2020, de <https://es.educaplay.com>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2020). *Observatorio del suicidio*. Recuperado el 12 de junio de 2020, de <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>

- Generalitat Valenciana. (2016). *IV Plan 2016-2020 de Salud de la Comunitat Valenciana*. Recuperado el 20 de junio de 2020, de http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/20160624_actualizado_IV+Plan+de+Salud.pdf
- Generalitat Valenciana. (2018). *Memòria de Gestió 2018*. Recuperado el 24 de abril de 2020, de <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/memoria-2018>
- Generalitat Valenciana. (2018a). *Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Cap. 6, Recursos económicos*. Recuperado el 20 de abril de 2020, de <http://www.san.gva.es/documents/157385/8232063/6.+SGGT+-+Recursos+econ%C3%B3micos.pdf>
- Generalitat Valenciana. (2018b). *Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Cap. 3, Organización de la conselleria: estructura administrativa, territorial y asistencial*. Recuperado el 20 de abril de 2020, de <http://www.san.gva.es/documents/157385/8232063/3.+SGGT+-+Organizaci%C3%B3n+de+la+conselleria+2018.pdf>
- Generalitat Valenciana. (2020). *Registro de Centros Sanitarios de la Generalitat Valenciana*. Recuperado el 25 de abril de 2020, de <http://www.san.gva.es/web/registros/centros-sanitarios>
- Generalitat Valenciana. (2020). *Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas inclusivas*. Obtenido de <http://www.inclusio.gva.es/es/web/discapitados/vivienda-tutelada-para-personas-con-discapacidad-fisica-o-intelectuale6d>
- Generalitat Valenciana. (2020). *Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas*. Obtenido de <http://www.inclusio.gva.es/es/web/discapitados/ceem-centros-especificos-para-personas-con-enfermedad-mental-cronica-907>
- Generalitat Valenciana. (2020). *Web de la Generalitat Valenciana*. Obtenido de <http://www.san.gva.es/web/dgas/asistencia>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28(S1), 104–108.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2010). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Guíasalud. (2020). *Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*. Recuperado el 16 de junio de 2020, de <https://portal.guiasalud.es/gpc/>
- Iglesias García, C. (23 de marzo de 2017). *ResearchGate*. Obtenido de Valores Humanos ¿Factores de protección para la salud mental?: file:///C:/Users/drraf/Downloads/240317_091911_4736450776.pdf
- INE. (18 de mayo de 2020). Obtenido de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981#
- INE. (2020). *Encuesta continua de hogares. Año 2019*. Obtenido de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981#

- INE. (2020). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado el 22 de abril de 2020, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2865#!tabs-tabla>
- INE. (2020). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado el 21 de junio de 2020, de <https://www.ine.es/consul/serie.do?s=DPOP5455&c=2&nult=15>
- INE. (22 de abril de 2020). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/&file=03005.px#!tabs-tabla>
- Janssen. (2020). *Esquizofrenia 247*. Obtenido de <https://www.esquizofrenia24x7.com/recursos/centros-apoyo/centros-comunidad-valenciana>
- Lanoyta. (2020). *Wikimedia Commons*. Recuperado el 22 de abril de 2020, de <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=76592145>
- NICE. (15 de junio de 2020). *Nice*. Obtenido de <https://www.nice.org.uk/>
- Nuño, R. (2015). Kaiser Permanente: ¿qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial? *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 7(1), 1-7. Recuperado el 20 de junio de 2020, de <http://risai.org/index.php/risai/article/view/11/11>
- OASM. (2016). *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020*. (C. d. Pública, Ed.) Obtenido de <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Valenci%C3%A0-Estrat%C3%A8gia+Auton%C3%B2mica+de+Salut+ment>
- OCDE. (18 de mayo de 2020). Obtenido de <https://www.oecd.org/health/mental-health.htm>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud. (2020). *Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la postcrisis por covid19*.
- OMS. (2012). *Instrumento de Calidad y Derechos*. Obtenido de Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150398/9789241548410_spa.pdf;jsessionid=FA2AE8CA6DD01DAA3967D9027BD9930B?sequence=1
- OMS. (2013). *Plan de Acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=E093003446D6F49AE3B0AADF24FBDD44?sequence=1
- OMS. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC.
- ONU. (2006). *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*. Obtenido de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- ONU. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. Obtenido de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- Oteo Ochoa, L., & Repullo Labrador, J. (2003). La innovación en los servicios sanitarios; consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. *Rev Adm Sanit*, 1(2), 307-32.
- Padron.com. (2020). Recuperado el 23 de abril de 2020, de <https://padron.com.es/castell%C3%B3n-castell%C3%B3n/>

Ruiz, D. (s.f.). *La aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias*.

Recuperado el 29 de junio de 2020, de http://www.observatorio-iberoamericano.org/RICG/N%C2%BA_8/David%20Ruiz.pdf

UNIR. (2019). Tema 8. Formación continua. Gestión del conocimiento: docencia, investigación y desarrollo profesional. *Liderazgo y Dirección de Personas. Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria*.

Wikipedia. (2020). Recuperado el 22 de abril de 2020, de https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Castell%C3%B3n#Denominaci%C3%B3n_oficial

ANEXO: CURRICULUM VITAE

1. DATOS PERSONALES

Nombre: Rafael Mora Marín

Correo electrónico: rafael.mora@hospitalprovincial.com

Dirección profesional:

Área de Salud Mental.

Hospital Provincial de Castellón.

Av. del Dr. Clarà, 19, 12002 Castellón de la Plana,

Tel.: 964 359 700. Ext. 64008

2. TITULACIÓN

2.1. Licenciatura

Licenciado en Medicina y Cirugía General por la Universidad de Valencia. 1992.

2.2. Especialidad

Médico Especialista en Psiquiatría vía MIR. Finalización del período de formación con fecha 31 de diciembre de 1997.

3. ACTIVIDAD LABORAL

01/02/2019 – actualidad	Jefe de Servicio del Área de Salud Mental. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón
02/08/2005 – 31/01/2019	Facultativo especialista en Psiquiatría. Funcionario del Organismo Autónomo Local Hospital Provincial de Castellón.
24/01/2000 – 02/08/2005	Facultativo especialista en Psiquiatría. Contratado Laboral en el Organismo Autónomo Local Hospital Provincial de Castellón.
18/10/1999 – 24/01/2000	Médico Adjunto/facultativo especialista de Psiquiatría. Área de Salud 2 (Castellón). Conselleria de Sanitat.
01/08/1999 – 30/09/1999	Médico Adjunto/facultativo especialista de Psiquiatría. Hospital La Fe (Valencia). Conselleria de Sanitat.
25/06/1999 – 23/07/1999	Médico Adjunto/facultativo especialista de Psiquiatría. Hospital La Fe (Valencia). Conselleria de Sanitat.

01/02/1999 – 30/03/1999	Médico Adjunto/facultativo especialista de Psiquiatría. Área de Salud 2 (Castellón). Conselleria de Sanitat.
03/09/1998 – 07/01/1999	Facultativo especialista en Psiquiatría. Funcionario Interino. Organismo Autónomo Local Hospital Provincial de Castellón.
01/07/1998 – 31/07/1998	Facultativo Interino de Psiquiatría. Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia). Conselleria de Sanitat.

4. FORMACIÓN

4.1. Estudios de Tercer Ciclo-Doctorado

- Programa de Doctorado 260D (Psiquiatría), 32 créditos. Departamento de Medicina de la Universidad de Valencia. Cursos académicos 1995-96 y 1996-97.
- Suficiencia Investigadora: Reconocida por el Departamento de Medicina de la Universitat de Valencia (24 de julio de 2000).

4.2. Formación postgrado

- *Máster en prevención y tratamiento de las conductas adictivas*. Universitat de València. Del 15/01/2003 al 30/12/2003. **(528 horas lectivas, equivalentes a 52,8 créditos)**.
- *Diploma de especialización en alcoholismo*. Universidad Autónoma de Madrid. 15/07/2002 **(300 horas lectivas, equivalentes a 30 créditos)**.

4.3. Formación continuada

- *XX Simposio sobre Trastornos Bipolares*. Barcelona (15/02/2019). **0,5 créditos CFC** (Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias).
- *Curso "Formación para tutores de estudiantes y residentes en Ciencias de la Salud"* (17/01/18 – 17/05/18). Reconocido por la Universitat Jaume I de Castellón como formación docente del profesorado universitario **(40 horas lectivas)**.
- IX Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (6-7/04/2018). **1,3 créditos CFC**.
- VIII Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (21-22/04/2017). **1,4 créditos CFC**.
- *Top 10 Psiquiatría 2017*. Madrid, 03/02/2017 **(0,7 créditos CFC)**.
- VII Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (08-09/04/2016). **1,2 créditos CFC**.

- *V Curso teórico-práctico intensivo de Actualización en Terapia electroconvulsiva.* Hospital Clínico San Carlos. Madrid. 22-23/10/2015. **3,1 créditos CFC.**
- *XVI Simposio sobre Trastornos Bipolares “Nueva comprensión de un viejo problema”.* Barcelona (30/01/2015). **0,6 créditos CFC.**
- *XV Simposio sobre Trastornos Bipolares “Tratamiento del paciente complejo”.* Barcelona (31/01/2014). **0,8 créditos CFC.**
- *XIV Simposio sobre Trastornos Bipolares “Tratar, prevenir, innovar”.* Barcelona (25/01/2013). **0,6 créditos CFC.**
- *IV Curso Retos clínicos y terapéuticos “Aspectos prácticos de la terapia combinada”.* Barcelona (24/01/2013). **0,8 créditos CFC.**
- *XIII Simposio sobre Trastornos Bipolares “Nuevas clasificaciones, nuevos tratamientos”.* Barcelona (27/01/2012). **0,8 créditos CFC.**
- *XII Simposio sobre Trastornos Bipolares “Todo lo que quiso saber sobre el trastorno bipolar y nunca se atrevieron a contestarle”.* Barcelona (28/01/2011). **0,8 créditos CFC.**
- *Jornada sobre Patología Dual: Reintegrando la Salud Mental.* Fundación del Hospital Provincial de Castellón (14/05/2010). **3 horas de duración.**
- *XI Simposio sobre Trastornos Bipolares “Avances diagnósticos y terapéuticos”.* Barcelona (29/01/2010). **0,8 créditos CFC.**
- *Taller-Conferencia “Esquizofrenia y lenguaje”.* Área de Salud Mental del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. (16/05/2008). **4 horas lectivas.**
- *American Psychiatric Association 161st Annual Meeting.* Washington DC (03 a 08/05/2008). **50 AMA PRA Category 1 Credits™.**
- *IX Simposio sobre Trastornos Bipolares “Remisión clínica y funcional”.* Barcelona (11/01/2008). **0,7 créditos CFC.**
- *VI Curso Teórico Práctico sobre el Trastorno por Déficit de Atención a lo Largo de la Vida.* Barcelona (17/11/2007). **2,2 créditos CFC.**
- *V Curso Teórico Práctico sobre el Trastorno por Déficit de Atención a lo Largo de la Vida.* Barcelona (29-30/06/2007). **2,2 créditos CFC.**
- *American Psychiatric Association 160st Annual Meeting.* San Diego (California). 19 a 24/05/2007. **50 AMA PRA Category 1 Credits™.**
- *Reunión de Medicina de la Adicción.* Barcelona (2-3/06/2006). **1,1 créditos CFC.**
- *Depression: Mind and Body. Affective Spectrum Disorders: Treating depression to remission.* Barcelona (08/02/2006). **0,4 créditos CFC.**
- *Estrategias de deshabituación tabáquica.* Escuela Valenciana de Estudio de Salud (EVES, 19-29/11/2001). **25 horas lectivas.**
- *Diploma de especialización en gestión de unidades de conductas adictivas.* Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES, 29/01/2001). **200 horas lectivas.**

- *Taller sobre Hipnosis Clínica*. OAL Hospital Provincial de Castellón y Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Castellón, de la Conselleria de Sanitat (12-13/11/1999). **18 horas lectivas**.
- *Seminario de Capacitación Sistema SCAN*. Universidad de Santander y Unidad de Investigación de Psiquiatría Clínica y Social del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander). Marzo de 1997. **45 horas lectivas**.
- *I Seminario sobre "Calidad de vida y esquizofrenia"*. Oviedo (7-8/11/1996). **10 horas lectivas** (equivalente a 1 crédito del programa de doctorado de la Universidad de Oviedo).
- *Introducción al análisis estadístico con el SPSS para Windows*. Unidad Docente de Psiquiatría de la Universitat de Valencia (1995). **50 horas lectivas**.
- *Curso de "Manejo de las Toxicomanías"*. Colegio Oficial de Médicos de Valencia (mayo y junio de 1995). **40 horas de enseñanza continuada**.

5. INVESTIGACIÓN

5.1. Artículos de revista

- Suso-Ribera C, **Mora-Marín R**, Hernández-Gaspar C, Pardo-Guerra L, Pardo-Guerra M, Belda-Martínez A, Palmer-Viciedo R. El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2018;**11(1)**:4---11. Avance on line disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-avance-resumen-el-suicidio-castellon-entre-2009-S1888989117300915>. DOI: 10.1016/j.rpsm.2017.06.005
- **Mora R**, López S, Villar M, Palmer R, Rubio B. Ketamina en el tratamiento de la ideación suicida asociada a depresión resistente. A propósito de un caso. *Psiquiatr Biol*. 2017;**24(1)**:24-27
- **Mora Marín R**. *Bases Evolucionistas de las drogodependencias*. Papeles del Padre Jofré (Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana), Año 7, abril 2004: 36-50.
- Livianos L, Rojo L, Guillem JL, Villavicencio D, Pino A, **Mora R**, Vila ML, Domínguez A. *Adaptación de la Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC)*. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2000; 28 (3): 169-177.

5.2. Capítulos de libros

- **Mora R**. *Evolución y patología dual*. En: Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J y Rubio G (eds.). *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la salud mental*. MRA Ediciones, 2010. ISBN: 978-84-96504-23-3.
- **Mora R**, Sierra P. *Psicosis afectivas y estimulantes*. En: Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J y Rubio G (eds.). *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la salud mental*. MRA Ediciones, 2010. ISBN: 978-84-96504-23-3

- Escobar E, Pino A, Sierra P, Rubio T. Supervisor: **Mora R**. *El problema de la lesión residual. Trastorno bipolar secundario a lesión en el hemisferio dominante*. En Casos Clínicos de Residentes en Psiquiatría (2). Grupo Luzán 5, 1999: 140-142. ISBN: 84-7989-972-7.
- Guillem JL, Domínguez A, Villavicencio D, **Mora R**. *Neuroquímica del Trastorno Bipolar y la Manía Aguda*. En: *El Tipo Clínico Maníaco*. Livianos, L y Rojo, L, editores. IM&C, 1999: 133-161.
- **Mora R**, Guillem JL, Pino A, Villavicencio D. *Estudios neurofisiológicos del trastorno maníaco*. En: *El Tipo Clínico Maníaco*. Livianos, L y Rojo, L, editores. IM&C, 1999: 163-192.
- **Mora R**, Guillem JL, Pino A, Villavicencio D. *Estudios neuropsicológicos del trastorno maníaco*. En: *El Tipo Clínico Maníaco*. Livianos, L y Rojo, L, editores. IM&C, 1999: 193-204.
- Pino A, Villavicencio D, **Mora R**, Vila ML. *Diagnóstico Diferencial del tipo clínico maníaco*. En: *El Tipo Clínico Maníaco*. Livianos, L y Rojo, L, editores. IM&C, 1999: 259-267.
- Torres MA, Ventura I, Muñoz E, García-Barrachina MJ, **Mora R**, Córdoba V, Hortal B. *Variación en los rasgos de personalidad en drogodependientes y alcohólicos*, Libro de Actas de las XXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Generalitat Valenciana, 1997: 285-313. ISBN: 84-8498-081-2.

5.3. Comunicaciones a congresos

- Martí Gómez E, López López S, Rubio Perlado B, **Mora Marín R**, Juan Porcar M. *Código suicida en el ámbito hospitalario*. Póster. III Jornada de Enfermería de Salud Mental / AEESME en la Comunidad Valenciana. Valencia (12/12/2018).
- Pardo Guerra L, Suso Ribera C, Pardo Guerra M, Belda Martínez A, **Mora Marín R**. *¿Ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias urbano-rurales en la conducta suicida?* Póster. XXVII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. Vila-real (Castellón). 11-12/05/2018.
- Hernández C, Belda A, Pardo M, Pardo L, Suso C, Ventura M, Bermejo M, **Mora R**. *¿Determina la verbalización de ideas autolíticas el paso al acto en el suicidio consumado?*. Premio al mejor póster en Trastorno Mental Grave. IX Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (6-7/04/2018). Comunicación publicada en el libro "Actas IX Encuentros en Psiquiatría. Conducta Suicida". Biblioteca de Salud Mental. (Madrid). ISBN 978-84-09-00387-7
- Suso-Ribera C, **Mora-Marín R**, Hernández-Gaspar C, Pardo-Guerra M, Pardo-Guerra L, Belda-Martínez A, Palmer-Viciedo R. *Suicide and chronic illnesses: comparing the prevalence of chronic illnesses in the general population and the suicidal population*. Póster. 10th Congress of the European Pain Federation EFIC. Copenhagen (Dinamarca). 06-09/09/2017.
- **Mora Marín R**, Pardo Guerra L, Belda Martínez A, Suso Ribera C, Pardo Guerra M. *Suicidio en la provincia de Castellón: un estudio descriptivo*. Premio a mejor

comunicación tipo póster. XXVI Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. Sagunto (Valencia). 09-10/06/2017.

- Pardo Guerra M, Belda Martínez A, **Mora Marín R**, Hernández Gaspar C, Pardo Guerra L. *Análisis de la población suicida: diagnóstico psiquiátrico y tratamiento*. Póster. XXVI Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. Sagunto (Valencia). 09-10/06/2017.
- **Mora Marín R**, Hernández Gaspar C, Pardo Guerra M, Pardo Guerra L, Belda Martínez A, Suso Ribera C, Palmer Viciado R. *¿Son fiables las estadísticas de suicidio?*. Póster. VIII Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (21-22/04/2017). Comunicación publicada en el libro "Actas VIII Encuentros en Psiquiatría. Conducta suicida". Biblioteca de Salud Mental (Madrid). ISBN 13-978-84-617-9783-7.
- Hernández Gaspar C, Pardo Guerra L, Pardo Guerra M, Belda Martínez A, Suso Ribera C, **Mora Marín R**, Palmer Viciado R. *Diferencias en el método de suicidio según edad y sexo*. Póster. VIII Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (21-22/04/2017). Comunicación publicada en el libro "Actas VIII Encuentros en Psiquiatría. Conducta suicida". Biblioteca de Salud Mental (Madrid). ISBN 13-978-84-617-9783-7.
- **Mora Marín R**, Pardo Guerra M, Juan-Porcar M, Ros Llorens R, Pardo Guerra L, Hernández Gaspar C, Palmer Viciado R. *TEC y TLP: Desafiando los límites*. Póster. VII Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (08-09/04/2016). Comunicación publicada en el libro "Actas VII Encuentros en Psiquiatría. Conducta suicida". Biblioteca de Salud Mental (Madrid). ISBN 978-84-606-6414-1.
- Ros R, Hernández C, Pardo M, Pardo L, **Mora R**, Palmer R, Bermejo, M, Eliseo, M. *Suicidio en pacientes con y sin enfermedad mental. Un estudio comparativo*. Finalista en el premio al mejor póster. VII Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (08-09/04/2016). Comunicación publicada en el libro "Actas VII Encuentros en Psiquiatría. Conducta suicida". Biblioteca de Salud Mental (Madrid). ISBN 978-84-606-6414-1
- Hernández C, Pardo M, Pardo L, Ros R, **Mora R**, Palmer R, Bermejo M, Eliseo M. *Perfil del paciente suicida en la provincia de Castellón*. Póster. VII Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida. Sevilla (08-09/04/2016). Comunicación publicada en el libro "Actas VII Encuentros en Psiquiatría. Conducta suicida". Biblioteca de Salud Mental (Madrid). ISBN 978-84-606-6414-1.
- Pardo Guerra M, Hernández Gaspar C, Ros Llorens R, Pardo Guerra L, **Mora Marín R**, Palmer Viciado, R. *Relación temporal entre el último contacto sanitario y el suicidio consumado. Análisis de supervivencia*. Póster. XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Santiago de Compostela (24-26/09/2015).
- Hernández Gaspar C, Pardo Guerra M, Pardo Guerra L, Ros Llorens R, **Mora Marín R**, Palmer Viciado R, Bermejo Pérez M. *Perfil del paciente suicida en la provincia de Castellón*. Póster. VI Encuentros en Psiquiatría. Sevilla (17-18/04/2015).
- Ros Llorens R, Pardo Guerra M, Pardo Guerra L, Hernández Gaspar C, **Mora Marín R**, Palmer Viciado R, Ventura Álvarez M. *Equipos de atención primaria: elementos claves de prevención*. Póster. VI Encuentros en Psiquiatría. Sevilla (17-18/04/2015).

- Francés S, Traver F, **Mora R**, Manzanares J, Rubio G, Benito, A. *Patrones de impulsividad, personalidad y psicosis en la dependencia de cocaína*. Póster. II Congreso Iberoamericano de Patología Dual y Trastornos Adictivos. Buenos Aires (Argentina). 15-17/09/2010.
- Belda Miquel J, García-Vilanova Comas J, **Mora Marín R**, Ferrer Guaita J, Zaera Cuadrado I, Rubio Cantavella B. *Patología dual en una Unidad de Hospitalización Breve*. Póster. VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao (26-30/10/2004).
- **Mora Marín, R.** (2004). *Bases evolucionistas de las drogodependencias*. Interpsiquis 2004. Disponible en <http://psiqui.com/1-2372>
- *La Escala de Valoración de Manía Aplicada por Clínicos (EVMAC): resultados definitivos de su adaptación*. Póster. III Congreso Nacional de Psiquiatría. Platja d'Aro (Girona). 20-24/10/1998.
- *La manía farmacológica: una revisión bibliográfica*. Póster. III Congreso Nacional de Psiquiatría. Platja d'Aro (Girona). 20-24/10/1998.
- *Valoración neuropsicológica pre y post trasplante hepático. Estudio preliminar de 32 casos*. Póster presentado al III Congreso Nacional de Psiquiatría, celebrado en Platja d'Aro (Girona) del 20 al 24 de octubre de 1998.
- *Ritmos cronobiológicos circanuales y trastornos afectivos. Revisión bibliográfica*. Póster. III Congreso Nacional de Psiquiatría. Platja d'Aro (Girona). 20-24/10/1998.
- *Manía: Criterios diagnósticos. Del CIE-9 al DSM-IV*. Póster. III Congreso Nacional de Psiquiatría. Platja d'Aro (Girona). 20-24/10/1998.
- *Genética y trastorno bipolar. Tipos de estudios y revisión bibliográfica*. Póster. III Congreso Nacional de Psiquiatría. Platja d'Aro (Girona). 20-24/10/1998.
- Villavicencio D, Guillem JL, Vila M, **Mora R**, Pino A. *Factores de riesgo de los trastornos maníacos*. Póster. II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría. Valencia (04-08/11/1997).
- **Mora Marín R**, Pino Pino MA, Villavicencio Martínez D, Guillem Miralles JL, Vila Gómez ML. *Neuroimagen y trastorno maníaco*. Póster. II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría. Valencia (04-08/11/1997).
- Guillem JL, Vila M, **Mora R**, Pino MA, Villavicencio D. *Hipomanía y trastorno bipolar postrasplante hepático: a propósito de tres casos*. Póster. II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría. Valencia (04-08/11/1997).
- Vila ML, **Mora R**, Pino A, Villavicencio D, Guillem JL. *Manía secundaria: una revisión bibliográfica*. Póster. II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría. Valencia (04-08/11/1997).
- Pino MA, Villavicencio D, Guillem JL, Vila M, **Mora R**. *El diagnóstico de la manía: de Kraepelin al DSM-IV*. Póster. II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría. Valencia (04-08/11/1997).
- Verdeguer M, **Mora R**, Pino MA. *Estudios de receptores dopaminérgicos mediante SPECT en la esquizofrenia: Una revisión*. Póster. Congreso Internacional sobre las Psicosis. Palencia (abril de 1997).

- Verdeger Dupont M, Livianos L, Vila M, Rodrigo G, Piles P, Roig A, **Mora R**, Abad MJ, Andreu C. *Síndrome de Agitación Psicomotriz*. Vídeo. Congreso Mundial de Psiquiatría. Madrid (agosto de 1996).
- **Mora Marín R**, Verdeguer Dumont M. *Test de Supresión con Dexametasona*. Póster. II Jornadas de Actualización en Psiquiatría. Palma de Mallorca (abril de 1996).
- **Mora Marín R**, Verdeguer Dumont M. *SPECT en Psiquiatría: Una revisión*. Póster. II Jornadas de Actualización en Psiquiatría. Palma de Mallorca (abril de 1996).
- Guillem JL, Domínguez A, Vila ML, Fernández-Palacios P, Morillas J, Raya N, **Mora R**. *Estudio descriptivo y analítico de los ingresos por autorización judicial en una Unidad de Agudos*. Póster. II Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Alicante (noviembre de 1994).

5.4. Ponencias en congresos y reuniones científicas

- **Mora Marín R**. *Trenquem el silenci, parlem del suïcidi*. Unidad de Docencia y Dirección Médica del Hospital de La Plana. Vila-real (Castellón). 25/07/2018.
- **Mora Marín R**. *Factores biológicos en la ideación suicida*. VI Jornadas sobre el Trastorno Bipolar de la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar. Castellón (22/05/2014).
- **Mora Marín R**. *Intervenciones biológicas en la ideación suicida*. I Jornadas IPSIC de Actualización Profesional en Salud Mental – Abordaje de la ideación suicida. Castellón (07-08/11/2013). Reconocidas por la Universitat Jaume I de Castellón como actividad convalidable por 1 crédito LC/ECTS.
- **Mora Marín R**. *Antipsicóticos, trastorno bipolar y patología dual. Un enfoque práctico*. II Congreso Iberoamericano de patología dual y trastornos adictivos. Buenos Aires (Argentina). 15-17/09/2010.
- **Mora Marín R**. *Funcionalidad en el trastorno bipolar*. Simposio *Novedades en el manejo del trastorno bipolar*. Valencia (19/02/2009).
- **Mora Marín R**. *Pero yo ¿qué tengo? La estabilidad diagnóstica en el trastorno bipolar*. III Jornadas de la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar. Castellón (14-15/05/ 2008).
- **Mora Marín R**. *Presentación del Programa de Trastornos Afectivos Severos del Hospital Provincial de Castellón*. III Jornadas de la Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar. Castellón (14-15/05/ 2008).
- **Mora Marín R**, Maldonado López R. Mesa redonda: *Usos problemáticos de drogas, ayer y hoy*. Seminario “20 años del Plan Nacional sobre Drogas”. Donosti (15/12/2005).
- **Mora Marín R**. *Bases evolucionistas de las Drogodependencias*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría, organizado por psiquiatria.com (01-28/02/2004).
- **Mora Marín R**. Mesa Redonda *Los nuevos malestares de la cultura*, en las Jornadas Autonómicas sobre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa organizadas por el Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Castellón (27/04/2001).

- **Mora Marín R.** III Congreso PATIM “*El abordaje de las drogodependencias. Un enfoque comunitario*”. Castellón (07-08/11/2000).
- **Mora Marín R.** *Psiquiatría y Trasplante Hepático*. Primeras Jornadas de “Novedades en Psiquiatría”. Valencia (09/03/2000).
- **Mora R,** Bueno MJ, Huertas C, Gil A, Torres A, Peris P. Mesa redonda *La enfermedad mental: Recursos sanitarios y psicosociales, aspectos jurídicos, rehabilitación psicosocial y laboral*. III Encuentro de AFDEM (Asociación de Familiares para los Derechos del Enfermo Mental). Castellón (19/12/1999).

5.5. Consensos y encuestas

- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Prevención del suicidio. Guía informativa para profesionales. 1ª edición (2018): edición online: <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%C3%8DA+SUICIDIO+%C3%81MBITO+SANITARIO.pdf>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida de la Comunitat Valenciana. 2018. Disponible en:
- http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- Encuesta ASAPAD. Utilización de Asociaciones de Antipsicóticos y Antidepresivos en la práctica clínica habitual. Resultados. Luzán 5, SA de Editores. Madrid, 2008. ISBN: 978-84-7989-526-6.
- Duloxetine: Aprendiendo su uso. Expert Review of Neurotherapeutics. Edición Especial 2007. ISSN 1473-7175.

6. DOCENCIA

6.1. Docencia universitaria

Septiembre 2016–actualidad	Profesor asociado asistencial. Grado de Medicina. Universitat Jaume I de Castelló (UJI). Castellón.
Curso académico 2018-19	Colaborador docente. Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 7 horas lectivas.
Curso académico 2017-18	Colaborador docente. Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 6 horas lectivas.
Curso académico 2016-17	Profesor invitado. Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 6 horas lectivas.
Curso académico 2015-16	Supervisor de Prácticas. Máster universitario en Psicología General Sanitaria. Universitat Jaume I. Castellón. 200 horas lectivas.

	<p>Profesor Ayudante Asistencial de Prácticas de Psiquiatría. Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 620 horas lectivas.</p> <p>Profesor invitado. Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 2 horas lectivas.</p>
Curso académico 2014-15	<p>Supervisor del Prácticas. Máster universitario en Psicopatología, Salud y Neuropsicología. Universitat Jaume I. Castellón. 200 horas lectivas.</p> <p>Profesor. Título de Especialización Avanzada en Patología Dual Grave (2ª edición). Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 0,5 créditos ECTS.</p>
Curso académico 2013-14	<p>Colaborador docente en las prácticas hospitalarias. Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 64 horas lectivas.</p> <p>Supervisor de Prácticas. Máster universitario en Psicopatología, Salud y Neuropsicología. Universitat Jaume I. Castellón. 220 horas lectivas.</p> <p>Profesor. Título de Especialización Avanzada en Patología Dual Grave (1ª edición). Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 0,5 créditos ECTS.</p>
Curso académico 2012-13	<p>Colaborador-docente en las prácticas hospitalarias. Grado de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera. Castellón. 39 horas.</p>

6.2. Formación Sanitaria Especializada

Colaborador en la formación de los Médicos Internos Residentes (MIR) de Psiquiatría, Psicólogos Internos Residentes (PIR) y Enfermeros Internos Residentes (EIR) del Hospital Provincial de Castellón desde febrero de 2000, realizando las siguientes tareas docentes:

- Tutor (supervisor) durante las rotaciones hospitalarias en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria entre 2000 y 2007.
- Coordinador del Seminario de Toxicomanías, correspondiente al programa docente de residentes de Psiquiatría y Psicología entre 2005 y 2007.
- Tutor (supervisor) durante las rotaciones hospitalaria en el Programa de Trastornos Afectivos Severos desde 2008 hasta la actualidad.
- Tutor de los Facultativos Especialistas en Formación de Psiquiatría desde octubre de 2009 y por un periodo de 4 años.

- Coordinador del Seminario de Psicopatología, correspondiente al programa docente conjunto de MIR, PIR y EIR: desde 2009 hasta 2016.
- Organizador y docente del Curso de Terapia Electroconvulsiva correspondiente al programa docente conjunto de MIR, PIR y EIR durante el curso 2017-18, con 4 horas lectivas.

6.3. Otras actividades docentes

- Actividad docente *Actualizar-se en Psiquiatría*. Plan de Formación Continuada de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES). Hospital Universitario de La Plana (Vila-real, Castellón). Mayo-junio de 2015. **4 horas lectivas impartidas**.
- *Seminario-taller del manejo y transporte del paciente psiquiátrico agitado*. Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES). Noviembre de 2010. **3 horas lectivas impartidas**.
- Curso *Formación en Salud Mental*. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (marzo-abril de 2008). **1 hora lectiva impartida**.
- Módulo *Patologías Asociadas a las Drogodependencias. Programas Asistenciales*. Centro de Enseñanza Cooperativa Salus y adscrito al Convenio de Formación Postgrado con el OAL Hospital Provincial de Castellón. Mayo-junio de 2004. **4 horas lectivas impartidas**.
- Módulo *Programas Asistenciales*. Centro de Enseñanza Cooperativa Salus y adscrito al Convenio de Formación Postgrado con el OAL Hospital Provincial de Castellón. Noviembre de 2003. **6 horas lectivas impartidas**.
- Módulo *Programas Asistenciales*. Centro de Enseñanza Cooperativa Salus y adscrito al Convenio de Formación Postgrado con el OAL Hospital Provincial de Castellón. Diciembre de 2002 y enero de 2003. **9 horas lectivas impartidas**.
- Curso *"Urgencias Psiquiátricas"*. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Castellón (octubre de 2000). **5 horas lectivas impartidas**.
- Curso *"Cuidados de enfermería en salud mental"*. Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP). Valencia (junio de 1995). **10 horas lectivas impartidas**.

7. OTROS MÉRITOS

7.1. Organización de congresos

- Miembro del Comité Organizador de la XXVIII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana, celebrada los días 14 y 15 de junio de 2019 en Dènia (Alicante).
- Presidente del Comité Organizador de la XV Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana, que se celebró los días 7 y 8 de abril de 2006 en Oropesa del Mar (Castellón).

- Presidente del Comité Organizador de la XII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana, celebrada los días 11 a 13 de abril de 2003 en Benicassim (Castellón).
- Miembro del Comité Organizador de la IX Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana, celebrada los días 14 al 16 de abril de 2000 en Castellón.

7.2. Asistencia a congresos y reuniones científicas

- II Jornada de a Xarxa de Salut Mental de Castelló. Castellón (14/12/2018).
- III Jornada de Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Valencia (16/11/ 2018).
- Building the future in the treatment of patients with depression. Lisboa (28-29/09/ 2018).
- XI Curso Fases Iniciales Hospital Universitario de Cruces. Bilbao (03/11/2017).
- II Jornadas de Unidades de Hospitalización Breve en Psiquiatría. Barcelona (20/10/2017).
- I Congreso de la Sociedad Española de Suicidología. Madrid (08-09/09/2017).
- XXVI Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana, *El estigma en Salud Mental*. Sagunto (09-10/06/2017).
- I Jornadas de Unidades de Hospitalización Breve en Psiquiatría. Madrid (18/11/ 2016).
- Curso interactivo sobre trastorno esquizoafectivo. Barcelona (20-21/06/2013).
- Exchange international meeting: Advanced course on bipolar disease management. Sanpetersburgo (Rusia). 20-21/04/2012.
- Reunión de formación sobre asenapina. Barcelona (28/09/2011).
- IV Foro de Salud Mental. “Estigma y Trastorno Mental Grave”. Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES). Castellón (28/10/2010).
- Taller práctico de aplicación de la psicoeducación en el manejo de pacientes bipolares. Barcelona (junio de 2010).
- Simposio “The anxious: Mind and body”. Sevilla (26-27/02/2009).
- III Congreso Nacional PAYME. Barcelona (12-14/11/2008).
- VII Symposium de Psiquiatría. Valencia (29-30/01/2008).
- Simposio “Guía práctica del manejo de Duloxetina”. Sitges (Barcelona), 09/03/ 2007.
- Symposium “Improving Remission in Depression in Mediterranean Countries”. Atenas (11-12/11/2005).

- XIV Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. 22 y 23 de abril de 2005.
- XIII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. Benidorm (Alicante), 23 al 25 de abril de 2004.
- I Congreso Europeo de Trastornos Adictivos. Alicante, 26 al 29 de marzo de 2003.
- Curso de Actualización en Evaluación Psiquiátrica del Retraso Mental. Noviembre de 2002.
- 14ª Reunión Citran de Toxicomanías. "Patología Dual", celebrado en Sitges (Barcelona) los días 31 de mayo y 1 de junio de 2002.
- *Jornadas Autonómicas sobre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*, organizadas por el Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Castellón, celebradas en Castellón, los días 26 y 27 de abril de 2001, constando de 17 horas.
- *VIII Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría –Patología obsesiva-*, celebrado en Barcelona los días 22 y 23 de marzo de 2001.
- *Reunión Trastornos Afectivos. Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica*, organizada por la Fundación Cerebro y Mente y celebrada en Madrid los días 28 y 29 de enero de 2000.
- *IV Congreso Nacional de Psiquiatría*, celebrado en Oviedo durante los días 29 de octubre a 1 de noviembre de 1999.
- *VIII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana*, celebrado en Gandía (Valencia) los días 16 a 18 de abril de 1999.
- *Seminario La Psiquiatría y el Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse*, celebrado en Valencia el día 26 de junio de 1998 e impartido por los doctores D. José Cabrera Forneiro y D. José Carlos Fuertes Rocañín.
- *Curso Introducción a las técnicas de Hipnosis*, organizado por la ARPYA (Asociación de Residentes de Psiquiatría y Amigos) e impartido por el Dr. Antonio Capafons los días 23 y 30 de mayo de 1998, con una duración de 9 horas lectivas.
- *II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría*, celebrado en Valencia durante los días 4 al 8 de noviembre de 1997.
- *Curso sobre Aspectos Legales en Psiquiatría*, organizado por la ARPYA (Asociación de Residentes de Psiquiatría y Amigos) el 17 de junio de 1997, con una duración de 3 horas e impartido por los psiquiatras D. Rafael Muñoz Conde y Dña. Teresa Lartigau Fabregas.
- *Congreso Internacional "Psicosis" y XIV Reunión de la Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría* celebrado en Palencia, los días 17, 18 y 19 de abril de 1997.
- *Avances en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos*, curso organizado por la Universidad de Alcalá y celebrado en Sigüenza del 25 al 26 de julio de 1996.

- *II Jornadas de Actualización en Psiquiatría* celebradas en Mallorca los días 25, 26 y 27 de abril de 1996.
- Curso de *Psicoterapia Cognitiva I*, organizado por la ARPYA (Asociación de Residentes de Psiquiatría y Amigos) y desarrollado a lo largo de los meses de noviembre de 1995 a enero de 1996, con una duración total de 20 horas lectivas. Contenidos del curso: *Introducción al enfoque cognitivo-conductual; Técnicas de manejo de la ansiedad; Técnicas cognitivas; Habilidades sociales y Métodos Operantes.*
- *Aplicación Práctica del Cuestionario de Personalidad SCID-II*, taller organizado por la ARPYA y desarrollado el 22 de Febrero de 1995 con una duración total de 4 horas, impartido por los Dres. D. J. F. Pérez Prieto y D. M. Hernández Viadel.
- *Curso de Terapia de Reencuentro* impartido por Dña. Fina Sainz (Psicóloga Humanista) y organizado por la ARPYA, de 20 horas de duración, desarrollado durante Mayo y Junio de 1994.
- *Curso de Terapia Cognitiva*, impartido por el Dr. D. Vicente Llopis (Psicólogo Clínico y Profesor titular de la Facultad de Psicología de Valencia) desde Enero a Junio de 1994, con una duración total de 50 horas y organizado por la Asociación de Residentes de Psiquiatría y Amigos (ARPYA).

7.3. Idiomas

Certificat Oficial Administratiu de Coneixements de Valencià Grau Mitjà (C1)