



---

# CUADRO DE MANDO INTEGRAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA

---

Grado en Gestión y Administración Pública

Trabajo Fin de Grado

JULIO 2016

Autor: Inmaculada Navarro Torrijo

Tutor: Julio Manuel Estirado León

# 1 Índice

<b>1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4 ESTRUCTURA DOCUMENTAL.....</b>	<b>9</b>
<b>2 CAPÍTULO II: SALUD MENTAL EN EUROPA. ....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 POLÍTICA Y PRÁCTICA DE SALUD MENTAL EN EUROPA: PANORÁMICA GENERAL. ....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 DESARROLLO HISTÓRICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EUROPA .....</b>	<b>11</b>
2.2.1 <i>PERÍODO I: ÉPOCA DE LOS MANICOMIOS .....</i>	<i>12</i>
2.2.2 <i>PERÍODO II: NACIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL .....</i>	<i>13</i>
2.2.3 <i>PERÍODO III: DESDE LA DÉCADA DE 1970 HASTA LA ACTUALIDAD .....</i>	<i>13</i>
<b>2.3 PRESUPUESTOS Y FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL.....</b>	<b>14</b>
<b>2.4 PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. ....</b>	<b>14</b>
2.4.1 <i>OBJETIVOS POLÍTICOS Y BASE DE LA EVIDENCIA. ....</i>	<i>14</i>
<b>2.5 ADICCIÓN AL ALCOHOL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON SU CONSUMO.....</b>	<b>16</b>
<b>2.6 ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL EN EUROPA .....</b>	<b>17</b>
2.6.1 <i>ESTRUCTURA DEL PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL 2013-2020.....</i>	<i>17</i>
<b>3 CAPÍTULO III: SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA. ....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 LA REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS.....</b>	<b>23</b>
3.3.1 <i>PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA ASOCIADO A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.....</i>	<i>23</i>
<b>3.4 FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO .....</b>	<b>26</b>
3.4.1 <i>JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>26</i>
<b>3.5 INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL .....</b>	<b>28</b>
<b>4 CAPÍTULO IV: CASO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....</b>	<b>29</b>
4.1.1 <i>PRESENTACIÓN DEL SECTOR.....</i>	<i>29</i>
4.1.2 <i>ESTRATEGIA DEL SECTOR Y LA ENTIDAD. ....</i>	<i>33</i>
4.1.3 <i>PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....</i>	<i>33</i>

<b>4.2 ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN .....</b>	<b>38</b>
4.2.1 <i>DISEÑO ORGANIZATIVO: ORGANIGRAMA.....</i>	<i>38</i>
<b>4.3 ANÁLISIS EXTERNO .....</b>	<b>40</b>
4.3.1 <i>ANÁLISIS DEL MACROENTORNO (PESTEL).....</i>	<i>40</i>
4.3.2 <i>ANÁLISIS Y TENDENCIAS DEL SECTOR .....</i>	<i>49</i>
4.3.3 <i>ANÁLISIS DEL PACIENTE.....</i>	<i>49</i>
<b>4.4 CAPACIDAD ESTRATÉGICA .....</b>	<b>53</b>
4.4.1 <i>ANÁLISIS DE RECURSOS TANGIBLES E INTANGIBLES DE LA ENTIDAD. ....</i>	<i>53</i>
4.4.2 <i>DAFO .....</i>	<i>54</i>
<b>4.5 ESTRATEGIA A NIVEL DE NEGOCIO.....</b>	<b>55</b>
4.5.1 <i>RELOJ ESTRATÉGICO.....</i>	<i>55</i>
4.5.2 <i>VENTAJA COMPETITIVA.....</i>	<i>58</i>
4.5.3 <i>COLABORACIÓN.....</i>	<i>59</i>
<b>5 CAPÍTULO V: NUEVO MODELO DE SALUD MENTAL PARA EL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA</b>	<b>60</b>
<b>6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>62</b>
<b>7 CUADRO DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>65</b>
<b>8 BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>66</b>
<b>9 ANEXOS .....</b>	<b>68</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud .....	21
Tabla 2: Porcentaje de personas que declaran consumir drogas .....	22
Tabla 3: Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol .....	22
Tabla 4: Ratio de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales .....	23
Tabla 5: plantilla hospital psiquiátrico de Bétera .....	38
Tabla 6: análisis Pestel .....	40
Tabla 7: Gastos corrientes .....	41
Tabla 8: pagos habilitador pagador .....	42
Tabla 9: Inversiones .....	42
Tabla 10: Gastos diversos .....	43
Tabla 11: Subvenciones .....	44
Tabla 12: Contrataciones eventuales .....	46
Tabla 13: Jubilaciones .....	46
Tabla 14: Jubilaciones parciales .....	47
Tabla 15: Días de baja por IT y accidente laboral .....	47
Tabla 16: Vacaciones reglamentarias y días de asuntos propios .....	48
Tabla 17: Distribución por edad y sexo .....	50
Tabla 18: diagnóstico y sexo .....	50

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Plantilla Hospital.....	39
Figura 2: Habilitador Pagador.....	42
Figura 3:Inversiones.....	43
Figura 4:Subvenciones Hospital Psiquiátrico.....	44
Figura 5: Decretos Tramitados .....	45
Figura 6: Reloj Estratégico .....	55

## Índice de Organigramas

Organigrama 1 .....	39
---------------------	----

## **1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

### **1.1 RESUMEN**

Se puede definir el cuadro de mando integral, en adelante CMI, como una herramienta o modelo de gestión estratégica que facilita la implantación de la estrategia de la organización de una forma eficiente, ya que proporciona el marco, la estructura y el lenguaje adecuados para comunicar o traducir la misión y la estrategia en objetivos.

Permite el despliegue de la visión y la estrategia a todos los niveles de la empresa, con la intención de que se produzca el alineamiento de las funciones y personas de la organización con la estrategia.

Por todo lo anterior, el presente trabajo final de grado tiene como finalidad la elaboración del CMI del Hospital Psiquiátrico de Bétera, haciendo hincapié en todas sus instalaciones y recursos disponibles, así como la nueva propuesta de transformación de este hospital en un centro de salud mental de corta estancia.

Para ello es necesario conocer el sector, las instalaciones actuales del hospital, sus estrategias, además de la estructura organizativa u organigrama del personal. También es necesario realizar un análisis externo del macro entorno, gobierno corporativo de la entidad y su capacidad estratégica conociendo los recursos tangibles e intangibles, los recursos, competencias, eficiencia y un análisis DAFO, además de la realización de un estudio de cada paciente y los tratamientos personalizados a llevar a cabo.

Será necesario analizar la competencia del sector y las posibles medidas para mejorar los servicios que se ofertan a pacientes, así como el desarrollo de la nueva propuesta que supone transformar el Hospital Psiquiátrico de Bétera en una Unidad de media estancia de salud mental para enfermos por el consumo de sustancias adictivas.

Además de un análisis del hospital, también se hará un recorrido de lo que ha sido la salud mental tanto a nivel europeo como nacional. Especificando sus fases, financiación, reformas o consecuencias del consumo de determinadas sustancias adictivas. La importancia de su estudio y la promoción de una vida sana, también en salud mental.

Por último, se llevará a cabo el cálculo de ratios de personal del hospital, pudiendo plasmar la cantidad de trabajadores que son necesarios en cada área para cada uno de los pacientes.

## 1.2 OBJETIVOS

Los objetivos estratégicos recogen de modo explícito lo que la estrategia pretende alcanzar en un horizonte determinado, para el logro de la visión. Los objetivos deberán agruparse para cada una de las líneas estratégicas y para las perspectivas que se consideren. Asimismo, cada objetivo o grupo de objetivos debería tener un responsable que se ocupe de garantizar su consecución.

El objetivo del presente trabajo consiste en la elaboración del Cuadro de Mando Integral del Hospital Psiquiátrico de Bétera a través del análisis de la situación actual en dicha institución, y la información recogida y proporcionada por RRHH del propio Hospital, así como un estudio de la historia de la Salud Mental en toda Europa desde sus inicios hasta la actualidad.

Para la consecución del objetivo principal es necesario establecer y conseguir los objetivos específicos:

- Analizar la situación de los RRHH del Área.
- Establecer los ratios de personal necesarios para los pacientes.
- Recoger la información necesaria sobre las instalaciones y puestos de trabajo.
- Establecer las bases para una nueva propuesta de centro de salud mental.
- Investigar nuevas técnicas de mejora de la calidad.



### 1.3 METODOLOGÍA

La metodología llevada a cabo para la realización de este trabajo de fin de grado ha sido el análisis y la recopilación de información para poder hacer el estudio interno del Hospital Psiquiátrico de Bétera, así como la investigación sobre nuevas tendencias que se quieren aplicar en el centro por parte de la Diputación de Valencia. Por otra parte, se ha hecho un estudio de lo que es la Salud Mental, antecedentes, visión futura de la Salud mental, la importancia que se da y la que se le debería dar, distinguiendo desde las aplicaciones que se hacen en Europa y a nivel Nacional, gracias a los informes publicados.

Se ha hecho uso de la creación de tablas, y gráficos para poder explicar o sintetizar mejor la información, así como tener una visión más clara.

Además, se ha recurrido al personal del Hospital Psiquiátrico, en especial a la farmacéutica del centro para facilitar información y hacer explicación de que es el centro, que tipo de terapias se llevan a cabo y los medicamentos que se suministran, y cuál es el objetivo final del ingreso de los pacientes en el centro.

Gracias a la ayuda del personal del centro se ha podido acceder a las intenciones por parte de las administraciones públicas de la nueva propuesta hacia la creación de un nuevo modelo de salud mental, que generará una serie de cambios tanto de la nomenclatura del centro como a cambios que se puedan dar en su estructura y organización.

Para hacer referencias a conceptos teóricos se han utilizado diferentes libros, así como el acceso a sitios web, y, por último, para poder realizar el cálculo de los ratios de personal se llevará a cabo la siguiente fórmula:  $\text{Pacientes/Personal}$ . De esta manera podremos conocer la cantidad de trabajadores que están disponibles para cada uno de los pacientes del hospital.

## 1.4 ESTRUCTURA DOCUMENTAL

A continuación, se realiza un breve resumen de cada uno de los capítulos que componen el índice.

**Capítulo I, Introducción:** Hace un resumen del trabajo realizado dando una visión general sobre el tema y se especifican los objetivos. Además, en la metodología se explica la forma de ejecución del trabajo y como se ha llevado a cabo su desarrollo, y en la estructura documental se hace un resumen de cada capítulo para tener una visión global del trabajo.

**Capítulo II, Salud Mental en Europa:** En primer lugar, se trata de comentar el incremento en políticas de salud mental que se han llevado a cabo en los últimos años, el tanto por cien del total de presupuesto sanitario que le corresponde en especial a la salud mental, y las diferencias entre los diversos países. En segundo lugar, se trata de explicar la evolución en salud mental desde principios del siglo XIX hasta la actualidad, diferenciando tres épocas que son la época de los manicomios, el nacimiento de los sistemas de salud mental, y un periodo desde 1970 hasta la actualidad. En tercer lugar, se habla de los presupuestos y financiación de los servicios de salud mental, diciendo que por lo general se sustentan de los impuestos u otro tipo de contribución a la salud mental. El cuarto lugar se centra en los problemas psiquiátricos frecuentes en atención primaria, destacando los objetivos políticos para corregir deficiencias y en quinto y sexto lugar se aborda el tema del consumo de alcohol y los trastornos producidos por este y, por último, la estrategia que puede ser aplicable en salud mental.

**Capítulo III, Situación de la Salud Mental en España:** Se centra en la reforma de la Salud Mental España, hablando en primer lugar de los derechos a la salud presentes en la Constitución española seguida de todas las comisiones creadas para la realización de diferentes reformas, así como de la creación de sistemas de información y evaluación, útiles para poder analizar la información que se va a utilizar. Por otro lado, se desarrollan las líneas estratégicas sobre la promoción de Salud Mental en la población, la prevención de la enfermedad y la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental. Por último, este capítulo hace hincapié en la formación que debe recibir el personal dedicado a la salud mental y la importancia que se le da en España a la investigación de salud mental.

**Capítulo IV, Caso Hospital Psiquiátrico de Bétera:** En primer lugar, se realiza un análisis de la situación, se presenta el sector sobre el que se va a tratar, se comentan sus estrategias y los programas que incluye sobre rehabilitación psicosocial de los residentes en dicho hospital. En segundo lugar, se sitúa la estructura de la organización, esto es, el organigrama de los trabajadores del hospital. En tercer lugar, se sitúa el análisis externo, incidiendo en un análisis del macroentorno utilizando el modelo PESTEL, el cual se centra en aquellos factores que afectan a las instituciones pero que no dependen de ésta. También se establece un análisis de las tendencias del sector, y se hace un análisis de los pacientes que forman parte del hospital.

En cuarto lugar, se sitúa los recursos tangibles e intangibles de la entidad y un análisis DAFO. En quinto lugar, se presenta la estrategia a nivel de negocio, centrándose en el reloj estratégico y, en sexto lugar, se desarrollan las direcciones de desarrollo, principalmente la matriz de Ansoff. Por último, se abarcará el desarrollo de las posibles estrategias y alianzas.

**Capítulo V, Nuevo modelo de Salud Mental para el Psiquiátrico de Bétera:** Este capítulo trata de explicar los futuros cambios que se desarrollaran en el hospital, convirtiéndolo en un centro de salud mental en un principio dividiéndolo en tres unidades diferentes, y lo que ello conllevará.

**Conclusiones y Recomendaciones:** Trata de unificar todo lo expuesto tanto a nivel europeo, como nacional y local. Además de argumentar si es posible llevar a cabo los objetivos previamente planteados y de las posibles propuestas para una mejor evaluación de los resultados.

## **2 CAPÍTULO II: SALUD MENTAL EN EUROPA.**

### **2.1 POLÍTICA Y PRÁCTICA DE SALUD MENTAL EN EUROPA: PANORÁMICA GENERAL.**

A lo largo de estos últimos años se ha producido un incremento en la consideración de la política de salud mental tanto en Europa como en el resto del mundo. Los 52 Estados miembros de la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la Unión Europea (UE) y el Consejo de Europa, aprobaron en 2005 una *Declaración* y un *Plan de acción* acerca de la salud mental (World Health Organization, 2005a y 2005b).

Los problemas de salud mental en Europa, constituyen aproximadamente el 30% del problema total de la discapacidad secundaria a otras enfermedades, pero reciben una proporción muy baja del presupuesto sanitario total, a menudo inferior al 5 %. Estos cálculos estiman una carga económica muy por debajo de la que realmente se necesitaría ya que no se tienen en cuenta en la mayoría de los casos el impacto que se puede ocasionar en aspectos de salud física, relaciones familiares, relaciones sociales o laborales, incluso ingresos económicos, derivado todo esto de un problema de salud mental.

Aunque la atención política y los avances en el diagnóstico y el tratamiento han ido en aumento, sí que existe la preocupación de que en algunos países europeos no se le dé la suficiente importancia y conlleve a empeorar la situación en vez de mejorar. Los cambios que se han llevado a cabo tanto económicos como sociales en países de Europa central y oriental han ido acompañados de un deterioro de la salud mental de la población relacionados con el alcohol, la violencia y el suicidio.

### **2.2 DESARROLLO HISTÓRICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EUROPA**

Este capítulo se centra en la atención psiquiátrica y su evolución desde principios del siglo XIX hasta el momento actual en países que posteriormente formarían parte de la Unión Europea (UE) y en aquellos que en 2004 presentaron su candidatura para pertenecer a ella.

Se puede considerar los sistemas de atención psiquiátrica desde dos puntos de vista diferentes: el vertical y el horizontal.

En primer lugar, la dimensión vertical hace referencia al grado de integración del sistema, es decir, la provisión de una asistencia psiquiátrica continuada desde el contexto comunitario hasta el hospital psiquiátrico y, de nuevo, desde este último hacia la comunidad o bien, desde el contexto comunitario hasta el servicio de psiquiatría de un hospital general y, de nuevo, de vuelta a la comunidad.

En segundo lugar, la dimensión horizontal se refiere a la cobertura que proporciona el sistema, esto es, si además de las especialidades de medicina de familia y psiquiatría, los equipos asistenciales que ejercen en centros de carácter comunitario incluyen psicólogos y psicólogas, profesionales de enfermería con especialización en psiquiatría y asistenciales sociales, e incluso nutricionistas y terapeutas ocupacionales.

Ambas dimensiones, la vertical y la horizontal, han presentado sus propios patrones de cambio. Un sistema de atención psiquiátrica o de salud mental asume que la hospitalización en un establecimiento psiquiátrico debe tener objetivo terapéutico más que penitenciario.

La historia de la atención psiquiátrica se podría clasificar en tres períodos. El período I, abarca desde principios del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, y representa la época de asistencia psiquiátrica institucional, en la cual a lo largo de toda Europa se creó una red de hospitales psiquiátricos de ámbito regional y los balnearios y los sanatorios privados se convirtieron en los lugares preferidos para el tratamiento de las enfermedades «nerviosas» entre las clases socioeconómicas media y alta.

El período II, desde el final de la segunda guerra mundial hasta la década de 1970, representa el inicio de la creación constante de sistemas de atención psiquiátrica comunitaria en forma de una importante psiquiatría privada, de la introducción de medicamentos psicoactivos eficaces y del establecimiento de consultas ambulatorias en la mayor parte de los hospitales psiquiátricos. Este período representa realmente el inicio de la atención psiquiátrica de base comunitaria.

El período III, que se inicia con el «programa a largo plazo» de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1970 y que llega hasta el momento actual, representa una expansión sistemática de la asistencia vertical, así como también de la asistencia horizontal.

### *2.2.1 PERÍODO I: ÉPOCA DE LOS MANICOMIOS*

Este periodo inicial es de vital importancia ya que por primera vez supone que la atención psiquiátrica sea de calidad porque se incluye la hospitalización psiquiátrica, ya que, para muchas personas, la hospitalización, representaba el tratamiento necesario para las enfermedades graves, teniendo en cuenta también, la inexistencia de psicofármacos efectivos.

Se llevó a cabo un gran adelanto en la historia de la psiquiatría con la introducción de los primeros manicomios de tipo terapéutico y no de tipo carcelario como se había dado desde la Edad Media.

A pesar de que el elevado número de pacientes hizo que los primeros centros psiquiátricos quedaran obsoletos rápidamente, fue muy importante en esta primera etapa el establecimiento de una red de manicomios de ámbito general. Es por esto que toda Europa occidental, a finales del siglo XIX se vio poblada por un elevado número de manicomios.

Por otro lado, aunque continuaría predominando los hospitales psiquiátricos, los hospitales generales iniciaron el ingreso de pacientes con enfermedades mentales en salas de psiquiatría, así como la creación de balnearios y sanatorios procedentes del sector privado hacia personas de clase media y alta con enfermedades sobre todo de tipo nervioso.

Comparando todo lo expuesto con la actualidad se podría decir que no era tan diferente de los psicólogos, terapeutas ocupacionales, o nutricionistas que existen hoy en día.

Respecto a la financiación de la atención psiquiátrica, en Alemania, la ley creada por el gobierno de Bismarck de seguridad social sanitaria en 1883, no suponía gasto para los pacientes siempre que el tratamiento no sobrepasara las 26 semanas y que los médicos trabajaran bajo estos fondos de cobertura, ya que, si cobraban de manera privada, muchos

servicios asistenciales no podrían ser costeados por pacientes pertenecientes a la clase trabajadora.

### *2.2.2 PERÍODO II: NACIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL*

Además de ser una época de enorme crecimiento de los hospitales psiquiátricos, durante los años posteriores a la segunda mundial se produjo la inclusión de la atención psiquiátrica en los planes de seguridad social sanitaria y en el estado de bienestar.

Se produce alrededor de 1970 lo que se conoce como la desinstitucionalización, consistente en la eliminación de fronteras entre el manicomio y la comunidad, reduciéndose de esta manera el número de camas de psiquiatría en los hospitales.

El término de desinstitucionalización hacía hincapié en la asistencia extra hospitalaria, esto es, la reducción del número de camas en los manicomios con por otro lado, el aumento de camas en los hospitales generales, y potenciando además los servicios hospitalarios y ambulatorios para fomentar las relaciones con la comunidad de fuera del hospital.

Se podría clasificar así, un sistema de cinco modelos de organización de los servicios locales de salud mental:

1. Modelo basado en el hospital psiquiátrico.
2. Asociación entre el hospital psiquiátrico y la autoridad sanitaria extra hospitalaria.
3. El departamento de psiquiatría de un hospital general poseía su propia área de captación.
4. Atención psiquiátrica extra hospitalaria controlada por una autoridad de la sanidad pública.
5. Sistemas transicionales, desde los grandes hospitales psiquiátricos hasta la atención de tipo comunitario centrada en los hospitales generales.

Podemos decir para concluir en este segundo apartado que, se produjo una gran integración tanto horizontal como vertical de la atención psiquiátrica, respaldada por un estado de bienestar y de los programas de seguridad social de cobertura universal.

### *2.2.3 PERÍODO III: DESDE LA DÉCADA DE 1970 HASTA LA ACTUALIDAD*

Durante este periodo empezaron a participar numerosos especialistas que no eran médicos produciéndose una desmedicalización, pese a que la atención psiquiátrica continuaba anclada en el terreno de la medicina en función de su relación psicofarmacológica y con tratamientos como la terapia electroconvulsiva.

No obstante, ¿Cuáles son las tendencias principales que están dirigiéndola atención psiquiátrica hoy día en Europa? Algunos expertos proponen una reducción del tiempo de hospitalización por parte de los pacientes.

Existen tendencias a lo largo de las últimas décadas entre los Estados miembros antiguos y recientes de la UE. Se expone el porcentaje de camas psiquiátricas hospitalarias respecto al total de camas psiquiátricas, con el objetivo de cuantificar en qué medida se ha dado un alejamiento de las formas asistenciales clásicas.

Se muestra con esto la progresión del alejamiento asistencial respecto a los manicomios, ya que se han establecido camas de psiquiatría en hospitales generales entre otros para así iniciar una desmanicomización.

Finalmente, Se pueden observar tres patrones:

1. Países en que los manicomios nunca tuvieron un carácter predominante. Entre ellos, Hungría y otros países de Europa oriental.
2. Países en que la tendencia comenzó a cambiar con mucha rapidez después de la década de 1970 en forma de iniciativa política y cultural masivas frente al simple concepto de asistencia hospitalaria psiquiátrica pública.
3. Países en que el cambio de la atención hospitalaria única por la atención comunitaria ha sido más lento, con un proceso progresivo. Entre ellos, Reino Unido y la práctica totalidad de los restantes de la UE de 15 países.

### **2.3 PRESUPUESTOS Y FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL**

En general la mayor parte de los países financia la atención sanitaria a través de más de una fuente. En concreto, los países europeos aplican para esta financiación sistemas de financiación pública mediante algún tipo de impuesto o contribución a la seguridad social. Existen otros tipos de financiación como el voluntario o de bolsillo, conocido como el aseguramiento privado. Los fondos destinados a los servicios asistenciales sanitarios pueden proceder de impuestos nacionales, regionales o locales.

La provisión de recursos está delimitada por las asignaciones presupuestarias subyacentes a la atención en salud mental, independientemente del mecanismo utilizado para la financiación.

El porcentaje del producto interior bruto (PIB) que se destina a la atención sanitaria se acepta por lo general como el índice con el que un país se compromete con la promoción de salud y de la calidad de vida relacionada con la salud. Es complicado realizar comparaciones entre los diferentes países europeos debido a sus diferentes percepciones de sistema de salud y sus variaciones en el gasto. A pesar de ella se muestran evidencias de la diferencia entre países occidentales los cuales, han dedicado mayor parte de su PIB a la atención sanitaria que los países orientales. Según la OMS, el rango entre países de la región europea va desde menos del 1% del PIB en Azerbaiyán hasta el 11,2% en Suiza y el 10,9% en Alemania.

### **2.4 PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

#### *2.4.1 OBJETIVOS POLÍTICOS Y BASE DE LA EVIDENCIA.*

Según Alma Ata, la atención primaria es definida como “una atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, con accesibilidad universal por parte de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su participación plena en ella y con un coste económico sostenible para la comunidad y el país, con el objetivo de mantener su desarrollo en todas las fases, en un espíritu de autoconfianza y autodeterminación”.

Las descripciones de los contenidos básicos de la atención primaria son variables, pero se pueden destacar como principales:

1. Un primer contacto asistencial, con acceso directo por parte del paciente.
2. Una atención sanitaria centrada en el paciente, con orientación familiar y con continuidad.
3. Una actividad que incluye la coordinación de la asistencia.
4. Una actividad con una función de “filtro” en relación con el acceso a la atención especializada.

Existen pruebas que indican que el grado de orientación hacia la atención primaria en un sistema asistencial es un elemento clave en la rentabilidad económica y la eficiencia de la provisión asistencial.

Se define en atención primaria a la atención psiquiátrica como “la provisión de la atención psiquiátrica preventiva y curativa básica en el punto de entrada al sistema asistencial”. Quiere decir, que un profesional sanitario se encarga de prestar la atención primaria sin ser especialista, pudiendo remitir a un profesional más especializado en salud mental los casos más complejos.

Es importante diferenciar entre trastornos psiquiátricos graves y los crónicos, con los trastornos psiquiátricos comunes, estando los primeros relacionados con la esquizofrenia principalmente, y los segundos con un cuadro de depresión o ansiedad.

Suelen ser más adecuados para ser atendidos mediante atención primaria los trastornos comunes, ya que los servicios de especialidad han redefinido sus energías y porque se contempla a la atención primaria como un nivel asistencial apropiado para atender individualmente y de manera apropiada a sus pacientes.

Se ha realizado una clasificación que define tres categorías de trastornos en términos de disponibilidad de los tratamientos farmacológicos y las funciones que deben prestar los equipos de atención primaria.

En primer lugar, se encuentran los trastornos que se asocian a cuadros de discapacidad, para los cuales existen tratamientos farmacológicos y psicológicos efectivos siendo los trastornos más comunes la depresión con ansiedad, depresión pura, o trastorno obsesivo-compulsivo entre otros. En segundo lugar, se encuentran aquellos trastornos en los que los medicamentos solo desempeñan una función limitada, pero que por otro lado pueden hacerse frente mediante terapias psicológicas, como en cuadros de somatización del estrés, agorafobia o conducta alimentaria. En tercer y último lugar se encuentran los trastornos que se resuelven espontáneamente, por ejemplo, a la hora de hacer frente al fallecimiento de un ser querido, donde es más útil el apoyo al paciente que una atención psiquiátrica.



## 2.5 ADICCIÓN AL ALCOHOL Y TRANSTORNOS RELACIONADOS CON SU CONSUMO

La proporción de bebedores y consumidores de alcohol de todo el mundo encuentra su nivel más alto en Europa. Este hecho está muy relacionado con el poder adquisitivo de las personas, ya que los análisis económicos que muestran crecimiento económico, también muestran un crecimiento del consumo, sobre todo en países de Europa occidental y en mayor medida en países de Europa oriental.

Durante los últimos 25 años, se han ido produciendo avances en el conocimiento acerca de la relación entre políticas hacia el control del alcohol, su consumo, y el daño que provoca. Después de muchos estudios se han desarrollado políticas con el fin de reducir los problemas asociados con el consumo de alcohol.

1. Políticas que se basan en impuestos, la publicidad, los puntos de venta, las zonas de consumo y las edades mínimas de consumo, todas ellas orientadas a la población en general.
2. Políticas dedicadas a los problemas consecuencia del consumo, como el hecho de conducir bajo sus efectos.
3. Políticas individuales y educativas acerca de los peligros que puede ocasionar el consumo.

### POLÍTICA SOBRE EL ALCOHOL EN EUROPA

En Europa ha quedado demostrada la relación que existe entre el reforzamiento de las políticas sobre el alcohol y los cambios producidos respecto a su consumo, ya que gracias a estas políticas se ha visto disminuido el consumo de esta sustancia. Pese a esto, los países europeos siguen situándose por detrás del resto de países del mundo en muchas áreas normativas.

La política sobre el alcohol en la Unión Europea está determinada por un equilibrio entre el flujo libre de bienes, servicios, trabajo y capital, con el objetivo de protección de la salud pública y teniendo en cuenta las demás políticas que se relacionan con el comercio libre de productos, impuestos y agricultura.

El Tribunal de Justicia Europeo ha sido el encargado de configurar las líneas sobre las políticas de consumo de alcohol, reconociendo en su jurisprudencia, que la disminución de las enfermedades y lesiones que se han causado por el consumo de alcohol son un objetivo de salud pública legítimo.

En conclusión, aunque se está reduciendo en toda Europa el consumo de alcohol y las enfermedades y lesiones causadas por este, todavía siguen siendo elevados y se prevé que continúe aumentando mientras se siga incrementando el crecimiento económico. Además de ser el responsable de más del 9% del total de las enfermedades y muertes prematuras, y de las desigualdades entre diferentes países.

## **2.6 ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL EN EUROPA**

### *2.6.1 ESTRUCTURA DEL PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL 2013-2020*

La visión del plan de acción es un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.

La finalidad de la estructura del plan de acción integral es el fomento de bienestar mental y prevenir los trastornos, procurar la rápida recuperación, promover los derechos humanos y hacer que disminuya la discapacidad entre las personas con trastornos mentales.

Los objetivos del plan son:

1. reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental
2. proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta
3. estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental
4. fortalecer los sistemas de información y las investigaciones sobre la salud mental.

El plan de acción se basa en principios como:

1. Cobertura sanitaria universal.
2. Derechos humanos.
3. Práctica basada en evidencias: las estrategias tienen que basarse en pruebas científicas.
4. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Las acciones propuestas para los Estados Miembros se han de examinar y adaptar como corresponda a las prioridades y circunstancias específicas nacionales para poder alcanzar los objetivos. No existe un modelo de plan de acción válido para todos los países, ya que estos se encuentran en diferentes fases del proceso de articulación y aplicación de una respuesta integral en el campo de la salud mental.

### **3 CAPÍTULO III: SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA.**

#### **3.1 LA REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA**

Durante los años ochenta se reconoce en la Constitución de 1978 el derecho al cuidado de la salud iniciándose en 1982 una serie de reformas sanitarias que afectaran a la atención primaria, a la ambulatoria, a la formación de postgrado y la reforma del Código Civil en materia de tutela.

El 27 de julio de 1983 se crea la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica por Orden Ministerial. Este informe tenía tres ejes. El primer eje basado en la creación de un nuevo modelo de salud mental que tuviera en cuenta los compromisos territoriales respecto a la planificación y la gestión, con una visión preventiva, comunitaria. El segundo eje de la Orden se centraba simplemente en recomendaciones que se daban para la reforma y por último el tercer eje, se centraba en el compromiso de unir el desarrollo de la reforma de salud mental con el proceso global de reforma sanitaria.

Con el objetivo de desarrollar las reformas, durante los años siguientes, el Ministerio de Sanidad y Consumo en cooperación con la Organización Mundial de la Salud, llevó a cabo un programa centrado en los sistemas de información en salud mental, en las formas de cooperación con la atención primaria y la organización de servicios de salud mental integrándolo con el nuevo sistema sanitario.

En 1987 se crea una Comisión para el seguimiento de las reformas en el ámbito del Consejo Interterritorial. Se redacta un informe por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca de los problemas jurídico-asistenciales de los enfermos mentales. Y es en 1989 cuando por decreto a personas sin recursos económicos asistencia sanitaria.

Pero a pesar de todas las reformas y objetivos propuestos, no todos han tenido la repercusión que esperaban en un principio. Por ejemplo, la creación de una Oficina de Salud Mental en el Ministerio, propuesta fijada por en el Informe de la Comisión Ministerial, no se llegó a desarrollar, como tampoco ha sido desarrollado por las Administraciones sanitarias, el compromiso con la formación continuada y la investigación, y tampoco, por último, la formación postgrado en áreas específicas.

Existen grandes diferencias entre Comunidades Autónomas en lo que se refiere a alternativas para hospitales psiquiátricos, así como la diferencia entre territorios de la homologación de los profesionales de la salud mental y a sus recursos.

Se entiende que el nuevo modelo de servicios para la salud mental se incluía dentro del proyecto sanitario que tenía el Ministerio.

El modelo se centra en aspectos como el compromiso territorial sobre la atención que se le presta a la Salud Mental, incluyendo la participación de los usuarios, y también, la integración de los recursos y acciones sobre Salud Mental, en el área de salud.

Para conseguir una transformación total, el hecho de transformar los hospitales se convertía en un elemento esencial, así como el desarrollar una serie de recursos entre los que se incluía la hospitalización de la población en la red general, la reordenación de la urgencia psiquiátrica y la creación de recursos que den apoyo para poder cuidar con continuidad y eficacia de los enfermos.

En todo esto se pretende dar prioridad a los ancianos, personas penadas, niños, y a las personas con trastornos debido a consumo de sustancias adictivas.

### **3.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN**

Conjunto de elementos interrelacionados según normas de cierta estructura con objetivos comunes de: capturar, depurar, almacenar, recuperar, actualizar y tratar datos para proporcionar, distribuir y transmitir información en el lugar y momento requeridos en la organización.

Desarrollar un sistema de información en los diferentes ámbitos de actuación es necesario para poder analizar la información que se va a emplear. En el contexto de la Salud Mental, con la finalidad de obtener datos objetivos para alcanzar unos buenos resultados, se deberían llevar a cabo regularmente análisis de los enfoques aplicados como del despliegue de la Estrategia. A pesar de que la reforma en psiquiatría en España ha sufrido muchos avances y cambios importantes, no se ha producido una evaluación profunda de los resultados en el proceso tanto para los pacientes, familias y los propios profesionales, situando el mayor error en la ausencia de información en todo el territorio del Estado para que se pueda realizar una supervisión de los cambios producidos en la psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud.

Los Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos es como se les llama a los sistemas de información en el ámbito de salud mental y se caracterizan por:

- 1) Se centran en los pacientes.
- 2) Son longitudinales.
- 3) Con una serie de servicios de un área geográfica delimitada, recogen los contactos de los pacientes.

Posteriormente a la reforma psiquiátrica en España, aumento la necesidad de la creación de instrumentos que se dedicaran a evaluar los objetivos de la reforma en algunas Comunidades Autónomas, evitando los sistemas de información de sólo carácter administrativo. Se llegó a la conclusión de que lo más conveniente sería el hecho de crear un registro de los casos psiquiátricos para poder recoger información necesaria acerca de cómo funciona en España el sistema de salud mental.

En los años ochenta se crean los Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos especialmente en el País Vasco y en Asturias, mediante los cuales servían como herramienta de evaluación de la calidad de los servicios.

La salud mental tras estudios y análisis, se centra por lo general en la incidencia y prevalencia de ciertos problemas mentales, en la mortalidad derivada de patologías que se incluyen como salud mental, en la información recogida de otros hospitales pertenecientes a España y sus Comunidades Autónomas, en estudios comparativos desarrollados por las Comunidades Autónomas, y en la información descriptiva sobre la organización de los servicios de salud mental en el plano autonómico.

En el ámbito nacional no existen los sistemas de información en lo referente a salud mental, que abarque desde lo sucedido en la Comunidad Autónoma pertinente y a la vez esté agregado a nivel nacional, mientras que sí existe información sobre el CMBD, es decir, acerca del proceso de hospitalización en el Conjunto Mínimo Básico de Datos en lo referente al alta hospitalaria.

El CMBD se considera en la actualidad el mayor sistema mediante el cual se puede recoger información sobre la actividad y morbilidad que existe en España, mediante el cual se proporcionan datos sobre el paciente y su proceso asistencial de enfermedades.

El hecho de que exista el CMBD ayuda a la hora de compartir datos a nivel autonómico, nacional e incluso internacional.

Existen diferencias entre las Comunidades Autónomas ya que cada una tiene una manera diferente de gestionarse. Cada Comunidad tiene un registro de los casos psiquiátricos que engloba la Comunidad Autónoma como por ejemplo en La Rioja, Asturias y el País Vasco que disponen de un registro con los datos clínicos, sociodemográficos y de la actividad asistencial de los usuarios que engloban toda la Comunidad Autónoma, se recoge la información sobre casos extrahospitalarios centrándose en aquellos pacientes que acuden a los servicios de salud mental, y que en función de la Comunidad Autónoma, se puede incluir las unidades de salud mental infantil y juvenil y su actividad se recoge de manera agregada.

Por todo lo explicado se plantean una serie de objetivos a alcanzar. Como objetivo general podría establecerse un mejor conocimiento acerca de la salud mental y la atención que se presta a ésta por parte del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, y de manera específica se puede establecer un registro acerca del nivel en salud mental de la población, investigar acerca de las causas de morbilidad, y poder hacer uso de información sobre la organización y los dispositivos que se dedican a la atención de la salud mental.

Para poder alcanzar todos los objetivos propuestos, es recomendable mediante sistemas validables, incluir en la Encuesta Nacional de Salud mental un módulo que nos permita obtener el índice de salud mental general de la población. Por otro lado, los sistemas de información de las comunidades deberán procurar la homogeneidad y comparabilidad mediante el uso de indicadores robustos y valorar la estandarización de la nomenclatura de los dispositivos y servicios de salud mental en función de los modelos que ya existen. Hacer que se valore la compatibilidad a la hora de realizar registros de datos tanto a nivel local como autonómico, en los procesos de informatización clínica tanto en los ámbitos de atención primaria, especializada comunitaria y hospitalaria.

También es necesario que periódicamente se vayan identificando nuevas desigualdades que se pueden dar en el ámbito de salud mental, e incluir los dispositivos que se relacionan con la atención a la salud mental, autorizados por las Comunidades Autónomas, en el Registro Nacional de Centros.

Además, que se recopilen las nuevas iniciativas organizativas y se informe al Sistema Nacional de Salud para que las Comunidades Autónomas se coordinen con otras instituciones como pueden ser los Servicios Sociales. Y por último informar de los nuevos avances sobre salud mental a los sistemas de información de cada Comunidad Autónoma.

Para poder llevar a cabo una evaluación de la estrategia es necesario hacer uso de indicadores y de un informe cualitativo con las principales acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas para poder lograr los objetivos propuestos en la estrategia.

❖ INDICADORES

Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental.

<b>PORCENTAJE DE PERSONAS EN RIESGO DE UNA MALA SALUD MENTAL</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	<b>ID= a x 100/b</b>
a= <b>Número total de personas encuestadas que obtienen una puntuación que supera el dintel que considera que se está en riesgo de mala salud mental.</b>	
b= <b>Número total de personas encuestadas.</b>	
<b>Niveles de desagregación:</b>	Por CCAA, y grupos de edad y sexo
<b>Fuentes de información:</b>	Encuesta Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo
<b>Periodicidad:</b>	Bienal

TABLA 1: PORCENTAJE DE PERSONAS EN RIESGO DE UNA MALA SALUD MENTAL  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE  
[file:///E:/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](file:///E:/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

Porcentaje de personas que declaran consumir drogas.

<b>PORCENTAJE DE PERSONAS QUE DECLARAN CONSUMIR DROGAS</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	<b>ID= a x 100/b</b>
a= Número total de personas que declaran consumir algún tipo de sustancia psicoactiva.	
b= Número total de personas encuestadas.	
<b>Aclaraciones:</b>	Se incluyen como sustancias psicoactivas: alucinógenos, anfetaminas, cocaína, heroína, cannabis, inhaladores volátiles, éxtasis e hiposedantes.
<b>Niveles de desagregación:</b>	Por CCAA y grupos de edad y sexo
<b>Fuentes de información:</b>	a= Delegación de Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Observatorio Español sobre Drogas.  b= Proyecciones de población, INE-
<b>Periodicidad:</b>	Bienal

TABLA 2: PORCENTAJE DE PERSONAS QUE DECLARAN CONSUMIR DROGAS

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE DATOS DE

[file:///E:/ESTRATEGIA SALUD MENTAL SNS PAG WEB.pdf](file:///E:/ESTRATEGIA%20SALUD%20MENTAL%20SNS%20PAG%20WEB.pdf)

Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol.

<b>PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	<b>ID= a x 100/b</b>
a= Número de personas encuestadas que declaran consumir alcohol en cantidades de riesgo o excesivas.	
b= Número total de personas encuestadas.	
<b>Aclaraciones:</b>	El consumo se cuantifica en función de la frecuencia y cantidad de consumo, de manera que: <b>Hombre:</b> Beber más de 40g/día = bebedor de riesgo. <b>Mujer:</b> Beber más de 20g/día = bebedora de riesgo.
<b>Niveles de desagregación:</b>	Por CCAA y grupos de edad y sexo.
<b>Fuentes de información:</b>	a= Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. b= Proyecciones de población, INE.
<b>Periodicidad:</b>	Bienal

TABLA 3: PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE DATOS DE

[file:///E:/ESTRATEGIA SALUD MENTAL SNS PAG WEB.pdf](file:///E:/ESTRATEGIA%20SALUD%20MENTAL%20SNS%20PAG%20WEB.pdf)

Ratio de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales, por población.

<b>RATIO DE CAMAS PSIQUIÁTRICAS DE AGUDOS EN HOSPITALES GENERALES, POR POBLACIÓN</b>	
<b>FÓRMULA:</b>	<b>ID= a x 100.000/b</b>
<b>a= Número de camas en el área asistencial de psiquiatría de agudos en hospitales generales.</b> <b>b= Población.</b>	
<b>Definiciones:</b>	Incluidas en la Estadística de establecimientos con Régimen de Internamiento (ESCRI) - MSC
<b>Fuentes de información:</b>	<b>a=</b> Estadística de establecimientos con Régimen de Internamiento (ESCRI) – MSC <b>b=</b> Proyecciones de población, INE.
<b>Desagregación:</b>	Por CCAA, dependencia pública o dependencia privada del centro.
<b>Periodicidad:</b>	Anual

TABLA 4: RATIO DE CAMAS PSIQUIÁTRICAS DE AGUDOS EN HOSPITALES GENERALES.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE DATOS DE [file:///E:/ESTRATEGIA SALUD MENTAL SNS PAG WEB.pdf](file:///E:/ESTRATEGIA%20SALUD%20MENTAL%20SNS%20PAG%20WEB.pdf)

### **3.3 DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

#### *3.3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA ASOCIADO A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL*

Tener una buena salud mental contribuye a tener una buena salud en general, un bienestar individual y colectivo, así, como una buena calidad de vida. Ha quedado demostrado que para progresar en salud mental son necesarias políticas, estrategias e intervenciones que intervengan en ella, ya que simplemente tratando las enfermedades mentales no es suficiente para una salud mental positiva. Pese a todo esto, no se ha tomado conciencia de ello, siendo necesario que para mejorar se unan a la tarea también los departamentos de educación, justicia, urbanismo, trabajo y vivienda y los servicios sociales.

Se puede actuar sobre el individuo en sí, o sobre la población para promocionar la salud mental. Si nos centramos en el individuo, se pueden aplicar políticas que enseñen a afrontar síntomas como el estrés, mientras que, si nos centramos en la población, podemos intervenir promoviendo conductas sanas de crianza, reducir el estrés en las escuelas y lugares de trabajo, y mejorar la seguridad. Estos factores sobre los que se actúa han sido previamente identificados, no actuando de manera aleatoria sobre ellos.



Desde la Unión Europea se han puesto en marcha políticas que motivan a los países en una misma dirección. La más destacable, *“Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe”*, basándose principalmente en que cada país haga uso de una promoción de salud mental y ayudas que prevengan los trastornos mentales, dentro de diez áreas de intervención.

- 1) Ayudar a padres y madres durante las primeras edades de vida y su crianza.
- 2) Que sea promovida en las escuelas la necesidad de salud mental.
- 3) Promover el envejecimiento mental saludable.
- 4) Una buena salud mental en el trabajo.
- 5) Vigilar los trastornos de riesgo de grupos de riesgo.
- 6) Combatir y prevenir la depresión y el suicidio.
- 7) Buscar la no violencia y el no uso de sustancias tóxicas.
- 8) Introducir a la atención primaria y especializada en acciones de promoción y prevención.
- 9) Reducir las situaciones de desventaja social y económica.
- 10) Cooperar con otros sectores.

Todo lo expuesto anteriormente se centra en la actitud que debería tomar para alcanzar un buen nivel de salud mental, pero existen también ciertos puntos críticos que dificultan que este buen nivel de salud mental sea fácil de alcanzar, como por ejemplo la promoción y la prevención. Estos dos factores deberían ir unidos, y actuar de manera aislada, desconectada o ser de escasa difusión como sucede, además de que no existe un compromiso firme que apoye estas situaciones ya que no se da ni un organismo que coordine, ni un presupuesto específico y continuo.

Por otro lado, los programas que se desarrollan no son evaluados a la perfección y tampoco es fácil acceder a la publicación de los resultados.

Por norma general, no se incluye en los planes de salud mental, su prevención y promoción, así como tampoco es incluida la salud mental en las Direcciones Generales de Salud Pública u otros organismos competentes. Por otro lado, es poco atendida en el programa nacional de formación de los Médicos Internos Residentes y en psiquiatría. Y, por último, los programas o proyectos que se muestran no se refieren a intervenciones poblacionales a no ser que sean de carácter informativo.

La intención de una buena salud mental se podría resumir en tres objetivos generales, subdividiéndolo después en unos objetivos específicos.

1. Objetivo General 1: Promover la salud mental tanto en la población en general como en grupos específicos.
2. Objetivo General 2: Reducir la enfermedad mental, el suicidio y diversas adicciones.
3. Objetivo General 3: Erradicar la discriminación a personas con trastornos mentales.

Con el fin de conseguir los objetivos generales, se pueden complementar con sus respectivos objetivos específicos. Si nos centramos en el primer objetivo general, sería necesario realizar intervenciones en los diferentes grupos de edad y vida, ya sea infancia, adolescencia, edad

adulta o personas mayores para promocionar la salud mental. También sería necesario informar a los responsables tanto a nivel central, autonómico o local dentro de la administración de que existe relación entre las actuaciones institucionales y la propia salud mental, y que a través de los medios de comunicación se promuevan intervenciones entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas para la promoción de salud mental.

Para que los objetivos resultes productivos es recomendable que las intervenciones de promoción se realicen en grupos especialmente elegidos de población y formaran parte de las estrategias de acción de la atención primaria y especializada. Las actuaciones deberán estar incluidas en los planes de promoción de las Comunidades Autónomas, y antes de realizar las intervenciones se recomienda que su efectividad haya sido probada y orientada para la reducción del estrés, un aumento del apoyo social, y autoestima y el desarrollar habilidades sociales.

Cuando las intervenciones sean dirigidas a los representantes, se especificará la importancia de una buena salud mental, como responsable de un aumento del bienestar y la productividad, así como las consecuencias de ignorar la importancia de su interacción con la educación y participación humana

Centrándonos ahora en el segundo objetivo general, es de vital importancia evaluar las intervenciones comunitarias especialmente en áreas donde el riesgo de exclusión social es muy elevado, así como la realización de intervenciones dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y en el de la Comunidad Autónoma correspondiente para conseguir una disminución del abuso de sustancias adictivas en la Comunidad y la realización de planes que ayuden a disminuir la tasa de suicidio y depresión en los grupos de riesgo. Por último, proporcionar ayuda en atención primaria a las familias encargadas de cuidar a personas enfermas, a los servicios y comités de salud laboral para prevenir el estrés laboral, y a los profesionales encargados de erradicar el desgaste profesional.

Se recomienda que se sitúen con preferencia para la intervención a grupos de riesgo en la primera infancia y adolescencia, que se informe acerca de los riesgos que conlleva el consumo de sustancias adictivas adolescentes y mejorar la dinámica social en áreas con mayor riesgo para evitar los actos violentos en las calles, escuela, o el hogar, siendo necesario para ello la colaboración de otros departamentos como el de vivienda, trabajo o educación entre otros. También, se llevarán a cabo políticas que ayuden a personas encargadas del cuidado de personas dependientes o con enfermedad mental para poder manejar adecuadamente las situaciones críticas a la hora de prestar atención a los enfermos.

Por último, con respecto al tercer objetivo, el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas fomentaran la integración de las personas con algún tipo de trastorno mental, la actuación sobre las barreras que puedan poner algún tipo de impedimento en el pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental, y la coordinación con la OMS, siendo estas personas enfermas atendidas dentro de los hospitales generales en sus unidades de psiquiatría adaptadas a las necesidades de este tipo de pacientes en caso de ingreso en fase aguda.

Se recomienda que, en los reglamentos de régimen interno de las Comunidades Autónomas, se adapten las normas para que no se produzca discriminación a la hora de integrar a personas con trastornos mentales, que las Unidades de Psiquiatría se adecuen a las necesidades de cada paciente, pero que se habiliten alternativas residenciales para personas con trastornos mentales cuando no sea necesario recurrir a una hospitalización de manera que se garantice la continuidad de los cuidados.

### **3.4 FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO**

#### *3.4.1 JUSTIFICACIÓN*

Según establece la OMS, para que se pueda llevar a cabo una política de formación continuada en salud mental se debe tener en primer lugar el compromiso por parte de la Administración para que se pueda evaluar y reconocer el progreso sobre las nuevas competencias adquiridas por parte de los profesionales.

El objetivo principal de la formación continuada del personal sanitario es que obtengan las competencias necesarias para poder plasmarlas frente a los pacientes con problemas mentales, debiendo ser estos conocimientos y competencias actualizadas y ampliadas en el tiempo, ya que deben ir adaptándose a las necesidades concretas de la situación, profesional y equipo, siendo necesario previamente realizar un estudio de las necesidades tanto de la población, las instituciones y las individuales de cada individuo.

Las necesidades de la población pueden ser variantes en función de los cambios demográficos, políticos, emergencias o incluso dependiendo de cada comunidad. Pero una gran ayuda para conocer cuáles son las necesidades profesionales, es que los propios profesionales expresen cuáles son sus carencias e interés formativos para que se pueda desarrollar la actividad.

El programa de Medicina Familiar y Comunitaria aconseja la formación de los profesionales de una manera estructurada. Es de resultado positivo que exista una clara especialización en psiquiatría, psicología clínica y enfermería en salud mental, y la consiguiente regulación administrativa y legal. Estas tres especialidades coinciden en que es aconsejable la ampliación de la formación en cada área, un aumento de las auditorías para mejorar y continuar los niveles de calidad, y la creación de un sistema de información que se encargue de facilitar la gestión.

#### *- La formación continuada.*

En 1997 se creó la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud gracias al consiguiente acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas en el Consejo Interterritorial, haciendo que fueran reconocidos en todo el territorio del estado los créditos, siendo éstos otorgados atendiendo a los mismos criterios que la Comisión estatal, habiendo sido otorgados tras ser evaluados de sus actividades propuestas por la Comisión.

Tras esto, en 2003, el Consejo General de Colegios de Médicos lleva a cabo un acuerdo con la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España para la creación de una agencia que acreditara la formación médica continuada que recibió el nombre de Sistema español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC) que se encargará del otorgamiento de créditos de la Comisión de Formación continuada y en algunos casos, de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS).

- La formación en psiquiatría

Este tipo de formación ha sufrido un elevado crecimiento en los últimos treinta años, pero también se ha producido debido a esto una caducidad de sus conocimientos en poco tiempo, afectando sobre todo a los medios de tratamiento, los cuales no superan los 3 años.

La formación en psiquiatría proviene principalmente de la iniciativa privada, siendo la industria farmacéutica como por ejemplo visitadores médicos, junto a las instituciones públicas y la documentación científica los encargados de proveer de formación continuada en España.

- La formación en psicología clínica

Debido al poco tiempo en curso de la especialidad en el sistema sanitario español, no existe ninguna normativa que fomente esta formación. Este tipo de formación no debería ser unidisciplinar, es decir, los psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeros en salud mental y trabajadores sociales también deberían estar incluidos y no simplemente incluir a los psicólogos en ejercicio.

- La formación en enfermería

Actualmente no existe un plan específico para la consecución de una formación en enfermería que se centre en la formación continuada siguiendo los créditos que sean necesarios para acceder de manera excepcional al título de enfermero especialista.

Según lo descrito en “Desarrollo de los recursos de enfermería para la Salud Mental” del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) es necesaria la formación en dos áreas diferentes. Por un lado, centrándose en los ciudadanos que sufren enfermedades mentales de tipo grave y, por otro lado, mostrar apoyo a los profesionales de atención primaria.

Después de describir la necesidad de la formación del personal sanitario y su formación continuada en las diferentes áreas, se muestran una serie de puntos importantes y críticos que deberían solventarse. En primer lugar, es necesario que cada una de las especialidades defina su perfil con sus competencias a pesar de que exista una buena coordinación entre los proveedores de formación como pueden ser las universidades, sindicatos o colegios profesionales. En segundo lugar, será necesario que participen las asociaciones de enfermos y familiares en la formación continuada, además de la regulación de ésta en psicología clínica y en enfermería de salud mental.

### 3.5 INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Se entiende por investigación aquello que ayuda a adquirir nuevos conocimientos. Es por ello que para poder alcanzar una buena investigación en sanidad es necesario que se proponga una mejora en la salud de los ciudadanos. Lo que se investiga con mayor hincapié en salud es el cerebro, genética, psicología y psicopatología experimental.

No es fácil que los conocimientos adquiridos gracias a la investigación básica, incluso la aplicada, sean trasladados a la investigación clínica, además porque las administraciones sanitarias no se encargan de reconocer y de implementar los resultados de las investigaciones con la agilidad que se debería.

Como ya se ha explicado en diferentes puntos, la salud mental es aquella que permite a las personas desarrollar sus capacidades plenamente, hace frente a los contratiempos de la vida y es capaz de trabajar. Dado la cantidad de factores que la determinan, es posible utilizar la investigación cualitativa como otra alternativa a la cuantitativa en investigación sobre la salud mental.

De las dieciocho revistas de biomedicina con impacto dentro de España, solo “Actas Españolas de Psiquiatría” guarda relación con la psiquiatría.

De los documentos publicados sobre salud mental, corresponden acerca del 5% psiquiatría y psicología, teniendo más impacto las disciplinas que tienen que ver con la drogodependencia, las ciencias del comportamiento y las ramas experimentales de psicología.

Del 8,7% que existe como total de trabajos producidos desde los últimos veinte años, la salud mental ocupa la cuarta posición y si se habla de los sectores en los que se realizan las investigaciones, la mayor parte se realiza en las universidades, situándose a continuación los centros sanitarios.

## 4 CAPÍTULO IV: CASO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA

### 4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

#### 4.1.1 PRESENTACIÓN DEL SECTOR.

La fecha de construcción del Hospital Psiquiátrico de Bétera, se remonta al año 1973, iniciando la puesta en marcha de sus instalaciones el 26 de julio de 1973.

El Hospital Psiquiátrico está ubicado en el kilómetro 9 de la carretera de Burjasot a Torres-Torres, en el término municipal de Bétera, siendo su principal función, actuar como Hospital monográfico de psiquiatría en el ámbito de la provincia de Valencia.

El Hospital Psiquiátrico de Bétera se trata de un centro de permanencia dividido en diferentes unidades dependiendo de las necesidades de cada paciente. Tiene la finalidad de prestar una asistencia preventiva y curativa a los pacientes en proceso psiquiátrico. Disponible para la población de la provincia de Valencia, presenta unos servicios que pretenden gestionar con éxito una eficacia y eficiencia de calidad.

#### RECINTO SOCIO SANITARIO:

El recinto sociosanitario comprende una superficie de 253.776 metros cuadrados, y un perímetro de 2.318 metros.

El Hospital Psiquiátrico de Bétera presta su atención a través de diferentes áreas y unidades.

Por una parte, se presentan dos unidades de internamiento, Unidad de Larga Estancia, y Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Además, cuenta con un Laboratorio de Análisis Clínicos, una unidad de archivos centrales, una unidad de servicio de Dirección y Administración y una unidad de Personal.

- Unidad de Larga Estancia (ULE):

El ingreso en esta unidad se cubre en su mayoría por personas tuteladas por la Diputación de Valencia, además de ser necesario la aprobación de ingreso en la unidad por parte de la Comisión de Ingresos y Altas del Hospital. En esta unidad se desarrollan dos programas: "asistencia sanitaria médico-psiquiátrica" y "rehabilitación médico-social".

Residencias "A" y "B", dotadas con un total de 30 camas cada una, y que albergan a pacientes psiquiátricos crónicos.

Con fecha 26/2/14 se unificaron las actividades de la U.L.E. en un solo recinto, clausurando la Residencia "A" y pasando a prestarse la asistencia en la Residencia "B", por acumulación en la misma de pacientes y trabajadores. El proceso de unificación fue llevado a cabo y coordinado por la Jefatura de Servicio, según indicaciones emanadas de la Dirección Gerente, dada la situación especial de la supervisión de enfermería que se describe en el siguiente apartado de "Dotación de personal."

La característica esencial del funcionamiento de esta unidad, es la rehabilitación del paciente, con un carácter dinámico para potenciar las habilidades y trabajar los déficits en cada una de las áreas de funcionamiento del individuo, bajo las directrices del modelo bio-psico-social.

En fecha 17/10/14 se celebraron en la Beneficiencia los “I Encuentros Provinciales de Entidades de Salud Mental,” con una activa participación en su Comité Organizador por parte del personal técnico de la U.L.E. (médico psiquiatra, psicóloga clínica y trabajadora social).

En la actualidad, La Unidad de Larga Estancia está constituida por una residencia (la antigua “B”) con una dotación total de 40 camas, con las mismas características referidas a la Residencia “B”.

#### Dotación y movimiento de personal técnico en esta Unidad.

Durante el año 2015 sólo el médico psiquiatra Jefe de Servicio ha estado atendiendo la residencia de que consta la U.L.E. (tal como viene siéndolo desde el 27/06/08).

La asistencia somática de la U.L.E., continuó siendo prestada desde el 7/1/14 por la médica generalista contratada a tiempo completo, excepto en los periodos vacacionales correspondientes a los años 2013 y 2014, disfrutados en 2014, en que fue sustituida por el Médico Psiquiatra

El programa de Rehabilitación Psico-Social de la Unidad continuó siendo ejecutado por la psicóloga clínica contratada a tiempo completo desde el 1/2/13.

La enfermería diplomada ha sido la misma durante todo este periodo (4 enfermeros/as), hasta que con fecha 10/12/14 un enfermero empezó una incapacidad laboral. El supervisor de enfermería dimitió de su puesto de trabajo el 30/1/14, siendo sustituido por nueva supervisora de enfermería con fecha 11/2/14.

La trabajadora social titular incrementó su asistencia en la U.L.E. a dos días semanales, hasta que cesó por jubilación anticipada de relevo, siendo sustituida por la trabajadora social relevista con fecha 1/8/15, mientras que el administrativo adscrito a la Unidad ha sido el mismo durante todo este periodo.

#### ○ Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH):

Esta unidad cuenta con una capacidad de 20 camas, disponibles para un ingreso hospitalario con la finalidad de realizar un programa de desintoxicación voluntario para personas con abuso de sustancias o conductas que pueden ser adictivas.

Esta Unidad se encuentra instalada en el Pabellón 8, y dotada con un total de 20 camas:

- 12 camas para pacientes alcohólicos
- 8 camas para pacientes drogodependientes.

El 21 de enero del 2014, se da el alta a los últimos tres pacientes del P-08. Finaliza con ello la asistencia de la U.D.H. (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) que se venía prestando en este Hospital.

#### ○ Laboratorio de Análisis Clínicos:

La Unidad de Laboratorio es útil para la realización de pruebas analíticas que provienen de las distintas unidades hospitalarias, siendo esta unidad, además, dependiente del Servicio de Farmacia de la Cañada.

El Laboratorio de Análisis Clínicos se encarga principalmente de:

- Atender a los pacientes hospitalizados en el centro.
  - Ser Depósito de los medicamentos, siendo responsable de garantizar la correcta adquisición, conservación y dispensación de los medicamentos.
- Archivos Centrales:

Donde se encuentran los historiales clínicos de:

- Hospital Psiquiátrico de Bétera desde su apertura.
- Hospital Geropsiquiátrico Padre Jofré.
- Residencia Juan de Garay.
- Archivo de la Unidad de Registro de Casos psiquiátricos.

- Servicio de Dirección y Administración:

Soporta todo el trabajo administrativo y de gestión presupuestaria del Hospital Psiquiátrico y de las Áreas de Salud Mental y depende jerárquicamente de la Gerencia del Hospital.

Por otro lado, el Área De Servicios Generales hace referencia a la gestión de:

- Centro de Jardinería
- Almacén General
- Servicio de Cocina general
- Lavandería
- Garaje
- Gimnasio
- Depósito de cadáveres
- Cuerpo de guardia
- Portería

- Unidad De Personal:

Esta unidad se centra en las competencias del personal del Hospital y de sus diferentes Áreas de Salud Mental.

La Unidad de Personal del Hospital Psiquiátrico de Bétera tiene como denominación formal "Administración de Personal".

Está ubicada en el edificio de Dirección y Administración del Hospital, y consta de tres despachos contiguos:



- 1 despacho de la Jefa de Negociado.
- 1 despacho de la administrativa.
- 1 archivo de Personal y sala de reuniones.

### El personal

La plantilla de personal adscrita durante el ejercicio 2015 consta de:

- 1 Jefa de negociado.
- 1 Administrativa.

### Funciones

La Sección de Administración de Personal se encarga de la gestión y administración del personal del Sector Sanitario de la Diputación de Valencia, adscrito al Hospital Psiquiátrico de Bétera, destacando las siguientes funciones:

1. Procedimiento de contratación de personal eventual. Gestión de las bolsas de trabajo del Sector Sanitario de la Diputación de Valencia.
2. Elaboración de contratos. Comunicación de ceses.
3. Elaboración y tramitación de decretos.
4. Organización de la Comisión Paritaria de Personal del Sector Sanitario. Preparación de documentación y ejecución de los actos que se derivan.
5. Control laboral del personal adscrito al Hospital. Concesión de licencias y permisos. Control horario. Control de absentismo.
6. Tramitación de bajas IT.
7. Elaboración de los módulos de trabajo del personal que trabaja en turno rodado.
8. Recepción, gestión y tramitación de solicitudes.
9. Creación, organización y mantenimiento de los expedientes de Personal y del Archivo definitivo de Personal.
10. Coordinación con el Servicio de Personal de la Diputación de Valencia.
11. Información y comunicación a los sindicatos.
12. Información y atención a los trabajadores del Hospital.
13. Registro departamental del Hospital de Bétera.
14. Organización del Comité de Seguridad y Salud Laboral del Sector Sanitario. Preparación de documentación y ejecución de los actos que se derivan.
15. Tramitación y resolución de las ayudas de Fondo Social.
16. Preparación y remisión de expedientes en materia de personal en los términos requeridos por Asesoría Jurídica, así como cualesquiera actuaciones solicitadas.

#### *4.1.2 ESTRATEGIA DEL SECTOR Y LA ENTIDAD.*

Para mejorar la eficacia y eficiencia y para poder ofertar un mejor servicio de sus instalaciones, el Hospital pretende:

- Estudiar y revisar los mandatos oficiales y no oficiales.
- Especificar las metas generales de la organización.
- Evaluar a los proveedores de servicios de apoyo al comercio.
- Identificar los mercados de destino.
- Evaluar las necesidades del mercado de destino.
- Analizar la prestación de servicios ya existente para el mercado de destino.
- Detectar las deficiencias que existen entre las necesidades y la provisión de servicios.
- Decidir a qué segmentos de mercado dirigirse.
- Seleccionar la combinación de servicios que se prestará.
- Examinar la contribución de los servicios prestados a las metas de la IAC.
- Confirmar que todas las suposiciones realizadas se ajustan a parámetros reales.

#### *4.1.3 PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL*

El hospital cuenta con una serie de actividades incluidas en el Programa de Rehabilitación Psicosocial de la U.L.E. del Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera con el objetivo de mejorar el estado de los pacientes. Para el desarrollo de estas actividades se cuenta con el trabajo de la Psicóloga Clínica, siete Monitores Ocupacionales y la Trabajadora Social.

Las actividades llevadas a cabo son, por un lado, el establecimiento o mantenimiento del programa de refuerzos y sanciones, el cual se adapta a la línea de cada paciente y a su zona de mejoría potencial, según su PIR y dependiendo del cumplimiento o no de los objetivos marcados en sus respectivos PIRes.

De esta manera la psicóloga clínica es la que se encarga de otorgar semanalmente permisos domiciliarios a aquellos pacientes cuyas familias han solicitado esta salida, siempre que el paciente haya ejecutado con éxito su programa de rehabilitación.

Por otro lado, se realizan intervenciones grupales del equipo de rehabilitación, clasificándose en: Actividades de rehabilitación cognitiva, promoción de hábitos saludables y conciencia de enfermedad, actividades de autonomía e integración social, actividades de psicomotricidad, extra hospitalarias y otras actividades.

- Actividades de rehabilitación cognitiva
  - I. Terapia integrada de la Esquizofrenia (ITP): De manera anual se realiza este programa que engloba diferentes módulos, todos ellos relacionados con las funciones cognitivas básicas e interpersonales como percepción social, comunicación verbal, o resolución de problemas interpersonales. Estas funciones pueden ser

objeto de mejora de los pacientes esquizofrénicos, dividiendo a los pacientes pertenecientes a la ULE en dos grupos dependiendo del nivel cognitivo-interpersonal de cada paciente.

- II. Actualidad: Con el objetivo de mejorar las habilidades de comunicación y el pensamiento abstracto, una vez a la semana se debaten temas de interés personal y grupal a través de noticias nacionales e internacionales.
  
- III. Informática: Con esta actividad se pretende desarrollar conocimientos básicos de los diferentes usos que se le puede dar a un ordenador, a las nuevas tecnologías y a Internet. Esta actividad se lleva a cabo semanalmente en un aula habilitada con grupos reducidos de tres personas como máximo con la supervisión de un monitor.
  
- IV. Cinefórum: Visitas mensuales al cine, y con visionado de películas o documentales y con un debate y comentario al final de lo visionado, todo supervisado por el monitor ocupacional.
  
- V. Escuela Permanente de Adultos (EPA): De manera anual, los pacientes realizan clases por las tardes de alfabetización y estudios elementales.
  - Promoción de hábitos saludables y conciencia de la enfermedad
  
  - I. Programa de actividades básicas de la vida diaria: Comprende tareas relacionadas con la higiene, ya sea vestimenta y aseo personal, correcta utilización de cubiertos o mantenimiento del entorno personal. Los monitores ocupacionales son los encargados de la supervisión de las tareas en la ULE, ayudados por otros miembros del personal sanitario.
  
  - II. Educación para la salud: Tiene como objetivo la concienciación de temas relacionados con el autocuidado y la salud de los usuarios, como por ejemplo hábitos de higiene, educación sexual, tabaquismo, nutrición, e hidratación entre otros. Esta actividad se realiza mensualmente.

- Actividades de autonomía e integración social
  - I. Actividades instrumentales de la vida diaria y de reconocimiento del entorno: Se pretende dotar a los pacientes de mayor autonomía permitiéndole una mejor utilización de los medios de comunicación públicos y de los recursos comunitarios, como las bibliotecas, ayuntamientos, policía etc.
  - II. Participación de algunos pacientes en otros dispositivos de salud mental: Son dos los pacientes que asisten a talleres de jardinería y bisutería dependientes de CSM Aldaya.
  - III. Habilidades Sociales: Actividad semanal en grupos de máximo seis pacientes acompañados de una monitora ocupacional. Con el objetivo de mejorar las competencias y habilidades relacionadas con la interacción social a través de procesos estructurados de entrenamiento y aprendizaje de habilidades específicas a los diferentes contextos y situaciones en las que se desenvuelve el paciente.
  - IV. Comunicación verbal: Se realiza con pequeños grupos de los pacientes más deteriorados y dos monitores incentivando la intervención y la participación grupal.
- Actividades de Psicomotricidad:
  - I. Piscina: Se realiza de manera semanal con los pacientes de menor deterioro físico, ya sea en las instalaciones cubiertas (entre septiembre y junio) o al aire libre (en periodo estival). El uso de la piscina contribuye al mantenimiento de la forma física, el permanecer en un ambiente relajado, y la vinculación entre los propios pacientes como con la buena utilización de los recursos comunitarios.
  - II. Ciclismo: Se realiza de forma quincenal y durante las épocas primaverales de abril-mayo y septiembre-octubre. Son ocho los pacientes los que acuden a esta actividad con los monitores ocupaciones habiendo sido seleccionados por su buen estado físico. Realizan salidas en principio por el interior del recinto hospitalario. Gracias a esta actividad se consigue mejorar la forma física y el equilibrio de los pacientes.
  - III. Gimnasio: Dos o tres veces por semana los pacientes de la ULE acuden a esta instalación para realizar ejercicios aeróbicos o anaeróbicos en función de sus preferencias o necesidades, participando en actividades grupales y socializándose con el resto de pacientes.

- IV. Grupo de Futbito: Puesto en marcha desde finales del 2013, dirigido por un monitor ocupacional y la colaboración de personal de enfermería. Ocupado por seis o siete pacientes muy motivados por el funcionamiento de la actividad pudiendo competir incluso contra Sueca, Interasociaciones y residencias.
  
- V. Grupo de Marcha: Actividad formada por un grupo de diez pacientes aproximadamente y dirigida por dos monitores ocupaciones, realizan rutas que previamente han sido organizadas y programadas en equipo con los pacientes. Gracias a esta actividad se moviliza a los pacientes, luchando contra el sedentarismo y mejorando los hábitos saludables del ejercicio físico.
  
- VI. Deambulación: está dirigida a los pacientes más dependientes, los cuales realizan paseos de 20-30 minutos por las dependencias de la residencia supervisados por el personal responsable de la ULE.
  - Actividades extra hospitalarias
    - I. Salidas culturales y de entorno: De manera quincenal se visitan encuadres culturales y de interés y ciudades representativas. También se llevan a cabo salidas mensuales al cine y otra mensual a la Bolera.
  
    - II. Salidas bimensuales: Este tipo de salidas se encuentran programadas en el Plan de rehabilitación de la ULE. Acude un grupo numeroso de pacientes acompañados del equipo de rehabilitación y personal sanitario, ocupando tanto el horario de mañana como el de tarde, permitiendo a muchos pacientes la realización de actividades que no pueden disfrutar durante el resto del año, como comer fuera de la Unidad, o visitar entornos extra hospitalarios entre otros. Es un tipo de salida muy bien valorado por los pacientes, además de adaptarse con facilidad a los cambios respecto a los que se han dentro de la ULE, como por ejemplo el respetar las señales de tráfico, realizar peticiones de forma adecuada al personal de servicio etc. Además de seguir participando en el torneo primaveral de Futbito de Sueca para enfermos mentales.
  
    - III. Fiestas en la ULE: Se llevan a cabo celebraciones en la unidad a final de curso, Navidad o la fiesta de las Fallas.

- Otras actividades
  - I. Asamblea: Junto con el equipo de rehabilitación, los residentes de la residencia se reúnen para crear grupos de debate, opinión y tertulia, desarrollando habilidades comunicativas e interpersonales a través de la expresión de ideas, conocimientos, intereses y emociones.
  - II. Taller de cuidado del huerto: Unos cinco pacientes junto con un monitor y la trabajadora social se desarrollan habilidades y potencias aptitudes ya existentes de cuidados al huerto y de la flora de la ULE, concienciación con el medio ambiente y el cuidado de la vegetación.
  - III. Taller de cocina: Actividad que surge por el interés de los pacientes en manipular alimentos. Se aprenden y aplican recetas sencillas y de rápida elaboración.
  - IV. Taller de Lecto-Escritura: Se facilita a los pacientes un lugar donde hacer uso de leer libros, compartir lecturas o escribir textos, supervisados por el personal rehabilitador de la ULE. El personal se encarga de llevar un control del material “cogido y devuelto” por parte de los residentes.
  - V. Taller de creatividad y manualidades: Se pretende fomentar la autonomía personal, el interés y motivación por la actividad, la iniciativa, creatividad y hábito de trabajo entre otras mediante la creación y decoración con diversos materiales, siendo una actividad lúdica y creativa.
  - VI. Taller de juegos: Se realizan en espacios de tiempo libre supervisados por el personal rehabilitador de la ULE.

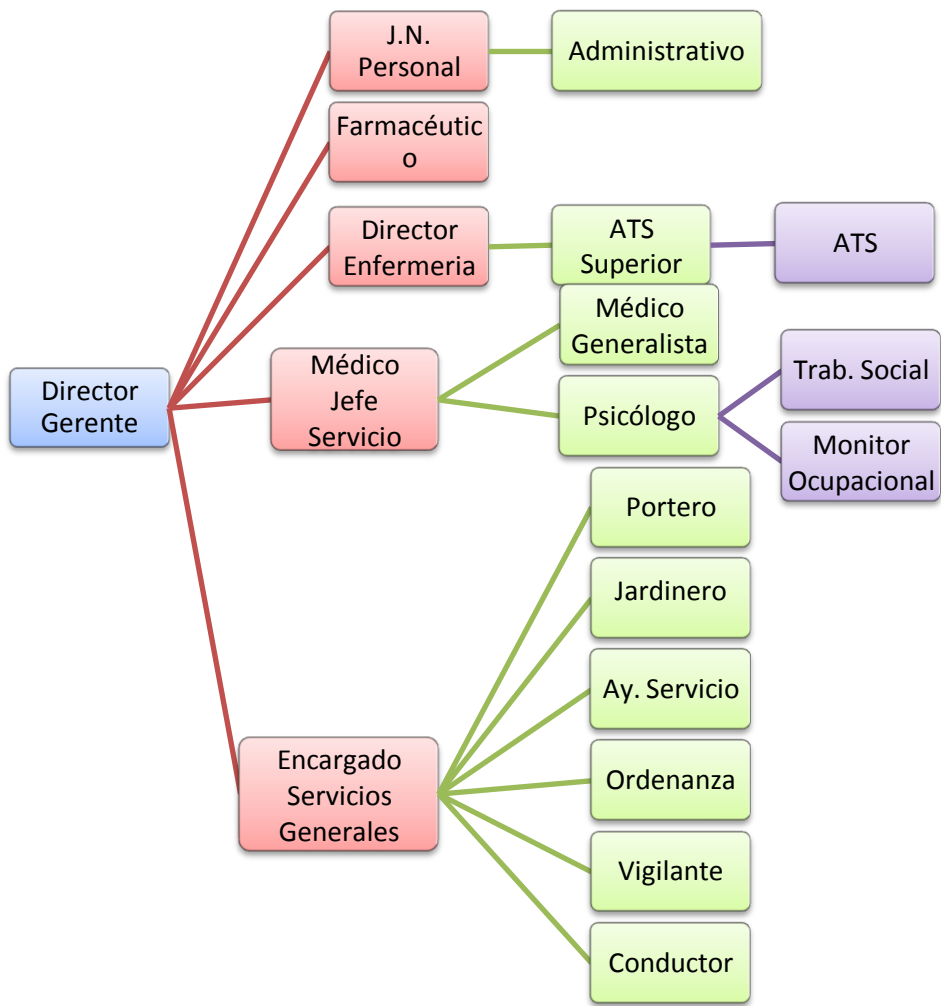
## 4.2 ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN

### 4.2.1 DISEÑO ORGANIZATIVO: ORGANIGRAMA.

#### Plantilla del Hospital Psiquiátrico de Bétera a fecha 31/12/2015

CATEGORÍA	NÚMERO DE TRABAJADORES/AS
<i>Director/a Gerente</i>	1
<i>Jefe/a de Negociado de Personal</i>	1
<i>Administrativo/a</i>	6
<i>Encargado/a de servicios generales</i>	1
<i>Farmacéutico/a</i>	1
<i>Director/a de Enfermería</i>	1
<i>ATS Supervisor</i>	1
<i>ATS</i>	4
<i>Médico/a Jefe de Servicio</i>	1
<i>Médico Generalista</i>	1
<i>Psicólogo/a clínica</i>	1
<i>Trabajador/a Social</i>	2
<i>Monitor/a ocupacional</i>	7
<i>Auxiliares de enfermería</i>	23
<i>Ayudante de residencia</i>	3
<i>Ordenanza</i>	3
<i>Vigilante</i>	2
<i>Portero/a</i>	6
<i>Conductor/a</i>	4
<i>Ayudante/a de Servicio</i>	1
<i>Jardinero/a</i>	5
<b>Total</b>	<b>75</b>

TABLA 5: PLANTILLA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE DATOS DE MEMORIAS  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL



ORGANIGRAMA 1: PLANTILLA PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL  
 FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS DEL HOSPITAL  
 PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA

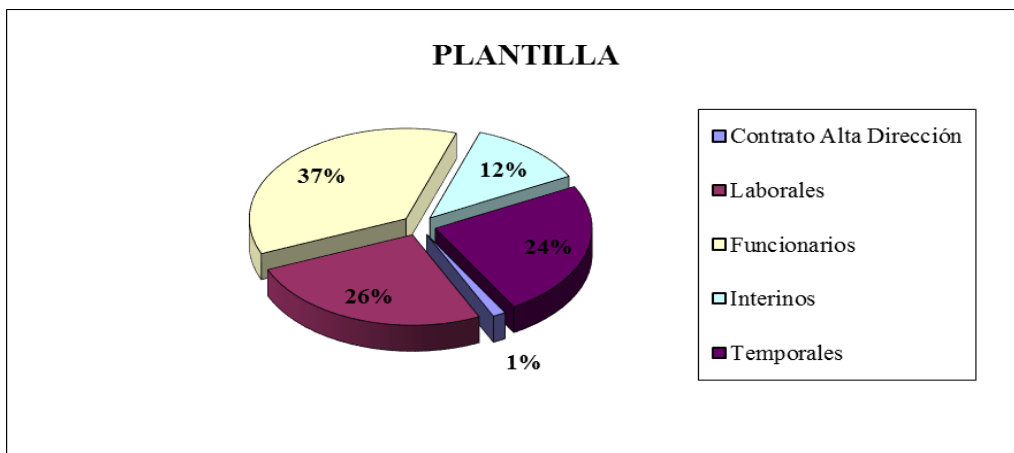


FIGURA 1: PLANTILLA HOSPITAL  
 FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE LAS MEMORIAS DEL  
 HOSPITAL



### 4.3 ANÁLISIS EXTERNO

#### 4.3.1 ANÁLISIS DEL MACROENTORNO (PESTEL)

El análisis PESTEL, combinado con el Modelo de las cinco fuerzas (Michael Porter) y el análisis SWOT de Albert Humphrey, se refiere a una estrategia que busca evaluar los factores que afectan o pueden afectar al desempeño de una organización.

El modelo PESTEL, abreviatura de aspectos Políticos, Económicos, Socio-culturales, Ecológicos y Legislativos, se centra en aquellos aspectos que rodean a las organizaciones, pero que no depende de éstas.

Este sistema de análisis es diferente dependiendo de la organización o administración que estemos estudiando. Varía dependiendo del objeto de estudio en cada caso, pero pueden citarse unas finalidades generales en las que el Modelo Pestel se centra en:

- **Optimizar la labor directiva.** Conociendo las características del entorno, resulta mucho más eficaz realizar la toma de decisiones. Es más fácil planificar y de esta manera se reduce el impacto de elementos adversos.
- **Ayudar a la evaluación de riesgos.** Sirve de gran utilidad cuando la institución se dispone a incluir nuevos elementos o estrategias.
- **Mayor adaptabilidad.** Las instituciones pueden adoptar medidas que les permita la adaptación a futuros cambios y tendencias del sector. Todo esto, analizando los factores que influyen en la oferta y la demanda.
- **Es flexible y dinámico.** Es posible aplicar el análisis a las diferentes necesidades, ya que no se trata de un listado rígido a seguir.

P	POLÍTICAS	No copago de necesidades básicas.
E	ECONOMÍA	Presupuestarios 2015.
S	SOCIO-CULTURAL	Capacitación, Bienestar y Salud Ocupacional.
T	TECNOLOGÍA	Adecuada gestión en la Compra, Renovación y Uso.
E	LEGISLACIÓN	94 Decretos en 2015.
L	ECOLOGÍA	Reducción de impacto ambiental.

TABLA 6: ANÁLISIS PESTEL  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

## I. POLÍTICAS

Las políticas seguidas para la buena gestión del hospital psiquiátrico consisten en el ingreso totalmente gratuito de los pacientes ya que se trata de un hospital público, por lo tanto, de la seguridad social. Solo existen gastos que corren por parte de los pacientes o de sus familiares como pueden ser el gasto en peluquería, objetos de higiene no considerados como básicos o algún tipo de capricho personal, que deberán ser pagados por cada individuo.

## II. ECONOMÍA

### DATOS PRESUPUESTARIOS 2015

#### GASTOS / INVERSIONES

En el cuadro de GASTOS /INVERSIONES de esta Administración, se reflejan las cantidades fiscalizadas en las diferentes partidas del hospital. Este año se ha realizado la gestión y seguimiento de 556.854,87.-€ de presupuesto en gastos corrientes, así como, los trámites necesarios para llevar a cabo los objetivos en inversiones, marcados por la Gerencia de este hospital, por un total de 29.555,33.-€. Así mismo, se han desempeñado las funciones propias de la Administración en cuanto a realización de documentos y estudios como la Estadística de Sanidad, la Memoria económica, el Presupuesto y Estudios Presupuestarios, el Inventario General, etc. También se coordina y controla el negociado de compras con la adquisición y recepción de todo el género, objeto del gasto presupuestario del Hospital, comprobación y registro de las facturas generadas, mantenimiento del registro de proveedores, etc.

### CAPÍTULO II GASTOS CORRIENTES

PARTIDAS	NOMBRE	GASTO
<b>221</b>	<b>Suministros</b>	<b>125.431,68.-€</b>
221.02	Suministro de gas	29.362,59.-€
221.03	Suministro de combustible y carburante	1.228,39.-€
221.05	Productos alimenticios	77.907,11.-€
221.06	Productos farmacéuticos	3.846,87.-€
221.10	Productos de limpieza y aseo	3.975,16.-€
221.99	Otros suministros	9.111,56.-€
<b>223.00</b>	<b>Servicio de transporte</b>	<b>1.949,10.-€</b>
<b>225.02</b>	<b>Tributos</b>	<b>9.881,38.-€</b>
<b>226.99</b>	<b>Gastos diversos</b>	<b>22.596,65.-€</b>
<b>227.99</b>	<b>Otros trabajos realizados por empresas</b>	<b>396.996,06.-€</b>
	<b>TOTAL CAPÍTULO II</b>	<b>556.854,87.-€</b>

TABLA 7: GASTOS CORRIENTES

FUENTE: MEMORIAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

## PAGOS HABILITADO PAGADOR

El Habilitado Pagador ha efectuado los siguientes pagos y recaudación de Caja:

<b>Total pagos</b>	<b>41.306,24.-€</b>
<b>Total, ingresos</b>	<b>2.891,15.-€</b>
(Maq. Bebidas)	<b>2.565,98.-€</b>
(Maq. Tabaco)	<b>325,17.-€</b>

TABLA 8: PAGOS HABILITADOS PAGADOR  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE DATOS DE MEMORIAS  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

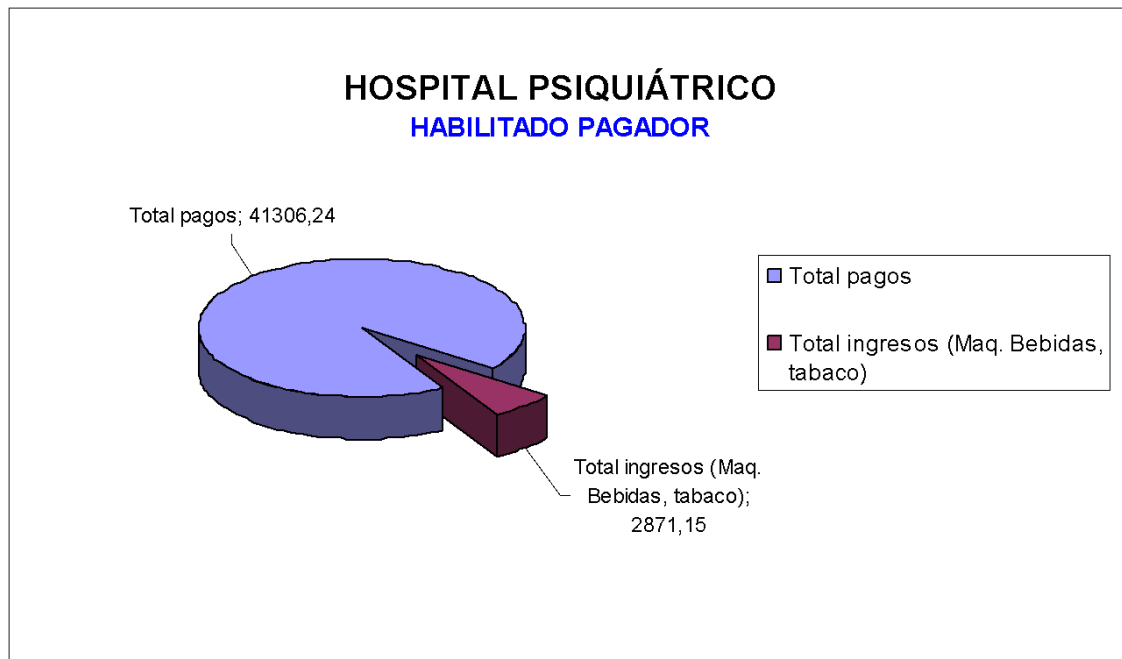


FIGURA 2: HABILITADOR PAGADOR  
FUENTE: MEMORIAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

## CAPÍTULO VI INVERSIONES

PARTIDAS	NOMBRE	GASTO
623	Maquinaria, instalación y utillaje	24.913,77.-€
625	Mobiliario	4.641,56.-€
	<b>TOTAL CAPÍTULO VI</b>	<b>29.555,33.-€</b>

TABLA 9: INVERSIONES  
FUENTE: MEMORIAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

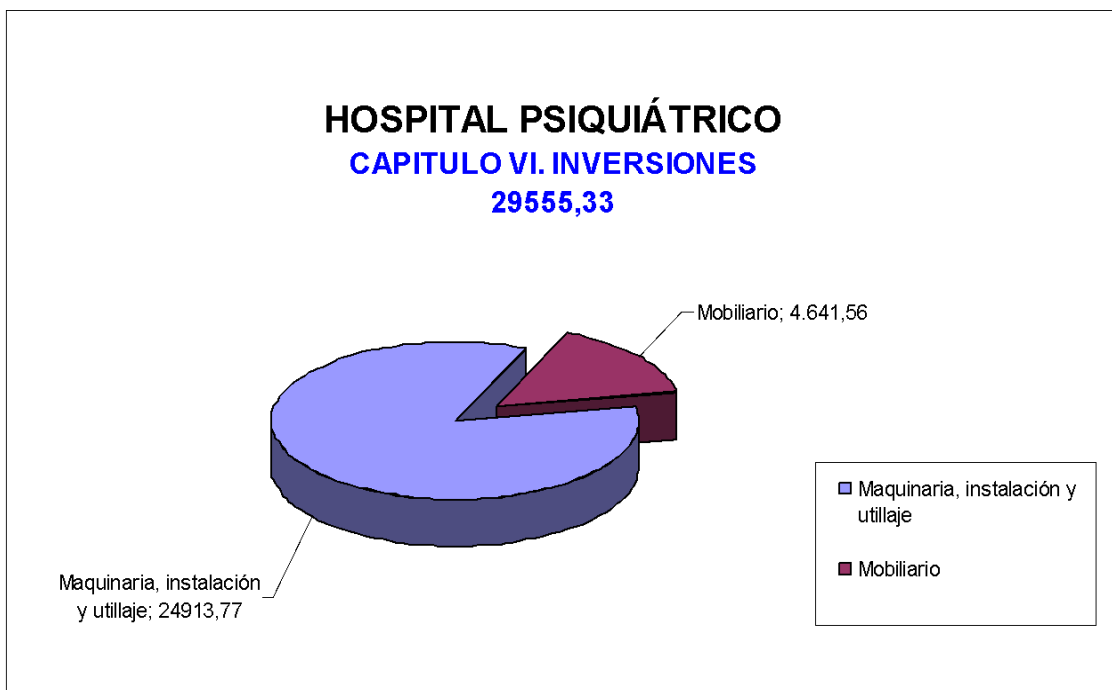


FIGURA 3: INVERSIONES  
FUENTE: MEMORIAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

**CENTROS COMARCALES ASISTENCIA PSIQUIÁTRICO**

**GASTOS**

En el cuadro de GASTOS de esta Administración, se reflejan las cantidades fiscalizadas en las diferentes partidas del Área, se ha realizado este año la gestión y seguimiento de 9.243,60.-€ de presupuesto en gasto corrientes, así como los trámites necesarios para llevar a cabo los objetivos en subvenciones, marcadas por Bienestar Social, por un total de 150.000,00.-€.

**CAPITULO II**

PARTIDA	NOMBRE	GASTO
613 31202 22699	Otros Gastos Diversos	9.243,60.-€
	TOTAL CAPITULO II	9.243,60.-€

TABLA 10: GASTOS DIVERSOS  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

## CAPITULO IV

PARTIDA	NOMBRE	GASTO
613 31202 46300	Mancomunidades	45.000,00.-€
613 31202 48000	A Organismos Autónomos	55.000,00.-€
613 31202 48200	Otras Transferencias	50.000,00.-€
	TOTAL CAPÍTULO IV	150.000,00.-€

TABLA 11: SUBVENCIONES  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

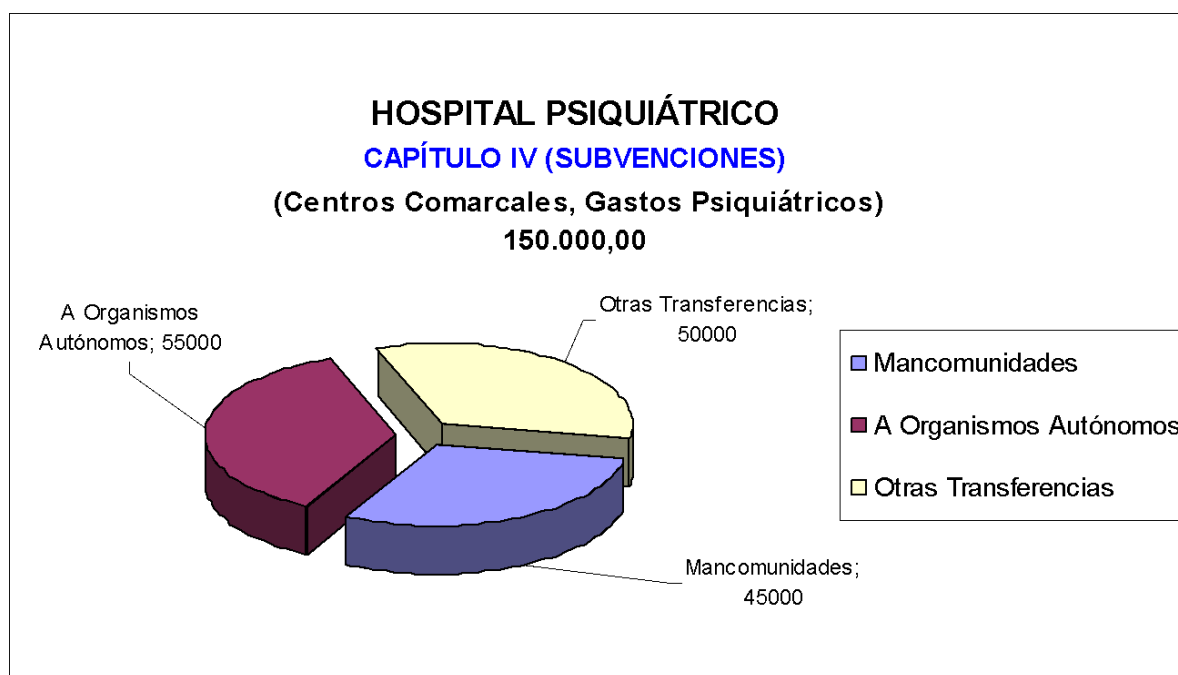


FIGURA 4: SUBVENCIONES HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
FUENTE: MEMORIAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA

### III. SOCIO-CULTURAL

Por parte del Hospital psiquiátrico se lleva a cabo el compromiso de realizar acciones relacionadas con capacitación, bienestar y salud ocupacional que contribuyan al desarrollo de talento humano y sus competencias que promuevan la transformación cultural institucional, que permita dirigir y potencializar las competencias de las personas a través del trabajo coordinado y en equipo.

En la política de talento humano se incluye la su política de gestión de la seguridad y salud en el trabajo del sistema integrado de gestión, que se comprende de un sistema de seguridad y salud en el trabajo, propiciando ambientes de trabajo sanos y seguros, que minimicen los factores de riesgo ocupacional, que puedan afectar la salud y el buen desempeño de los

colaboradores, dando cumplimiento a la legislación vigente, con el fin de garantizar una mejora continua.

#### IV. TECNOLOGÍA

Se compromete a realizar una adecuada gestión de la tecnología y los dispositivos médicos en la compra, renovación, reposición y su uso, apoyada en conceptos técnicos, de tal manera que se disminuya el riesgo para el paciente, su familia, el colaborador y el medio ambiente durante su vida útil, cumpliendo los requisitos de ley y partes interesadas.

#### V. LEGISLACIÓN

##### Decretos tramitados

Durante el año 2015 se han tramitado un total de 94 decretos, de los cuales un 34 % corresponde a contrataciones temporales, un 7 % corresponde a la declaración o modificación de situaciones administrativas (comisiones de servicio tanto internas como externas, mejoras de empleo, adscripción provisional a puestos de trabajo, excedencia en sus diversas modalidades), un 26 % corresponde al abono de Guardias, Festividad y Nocturnidad (abono de noches y festivos, guardias ATS, turnicidad), un 12 %, corresponde al ámbito de clases pasivas (jubilaciones, jubilaciones parciales, jubilaciones anticipadas), y el resto, un 21 %, corresponde a varios (reconocimientos de antigüedad, abono de gastos de renovación del carné de conducir, reconocimientos de servicios prestados, asignación de complemento de productividad, descuento en nómina, reducción de jornada, fondo social).

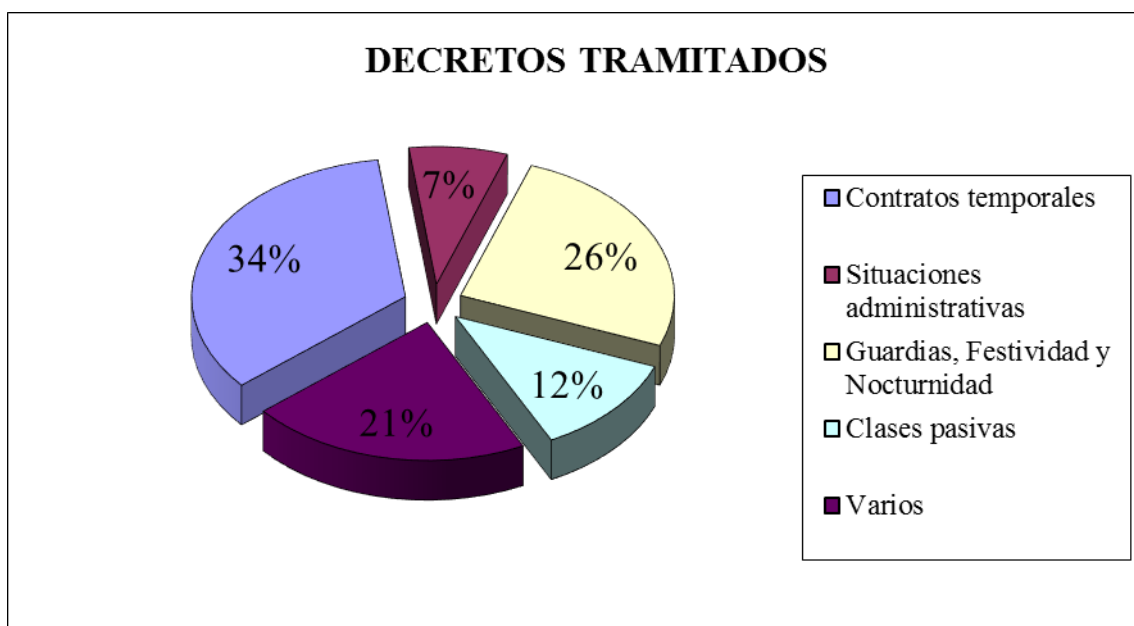


FIGURA 5: DECRETOS TRAMITADOS  
FUENTE: MEMORIAS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA

### Contrataciones Eventuales

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>TIPO CONTRATO</b>	<b>NÚMERO DE CONTRATOS</b>
<i>Auxiliares de enfermería</i>	<i>Eventual circunstancias producción</i>	<i>19</i>
<i>Farmacéutico/a</i>	<i>Interinidad</i>	<i>1</i>
<i>Médico/a adjunto/a</i>	<i>Interinidad</i>	<i>1</i>
<i>Monitor/a ocupacional</i>	<i>Eventual circunstancias producción</i>	<i>7</i>
<i>Trabajadora social</i>	<i>Contrato de relevo</i>	<i>1</i>
<i>Total</i>		<i>29</i>

TABLA 12: CONTRATACIONES EVENTUALES  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS DE  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

### Jubilaciones

Durante el ejercicio 2014 se han producido un total de 8 jubilaciones, 4 jubilaciones por edad, 3 jubilaciones anticipadas y 1 jubilación parcial mediante contrato de relevo, manteniéndose en la actualidad un total de 3 trabajadores jubilados parcialmente con contrato de relevo, por lo que estos trabajadores continúan prestando sus servicios en el Hospital durante un período de tiempo al año equivalente a un 25% o un 50% de la jornada laboral anual.

### Jubilaciones

<b>CATEGORÍA</b>	<b>EDAD DE JUBILACIÓN</b>
<i>Auxiliar de enfermería</i>	<i>65</i>
<i>Auxiliar de enfermería</i>	<i>65</i>
<i>Auxiliar de enfermería</i>	<i>64</i>
<i>Ayudante de residencia</i>	<i>65</i>
<i>Monitor/a ocupacional</i>	<i>65</i>
<i>Monitor/a ocupacional</i>	<i>63</i>
<i>Trabajador/a social</i>	<i>61</i>
<i>Vigilante</i>	<i>63</i>

TABLA 13: JUBILACIONES  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS DEL  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

<b>JUBILACIONES PARCIALES</b>	<b>NÚMERO</b>
<i>ATS</i>	<i>1</i>
<i>Trabajador/a Social</i>	<i>1</i>
<i>Jardinero/a</i>	<i>1</i>

Jubilaciones parciales

TABLA 14: JUBILACIONES PARCIALES  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS  
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

Días de baja por IT y accidente laboral, por categorías profesionales

<b>CATEGORIA</b>	<b>IT</b>	<b>ACCIDENTE LABORAL</b>
<i>Administrativo</i>	<i>152</i>	<i>-</i>
<i>ATS</i>	<i>22</i>	<i>-</i>
<i>Auxiliar de enfermería</i>	<i>1.124</i>	<i>71</i>
<i>Ayudante/a de residencia</i>	<i>96</i>	<i>-</i>
<i>Conductor</i>	<i>319</i>	<i>-</i>
<i>Médico/a generalista</i>	<i>10</i>	<i>-</i>
<i>Monitor/a ocupacional</i>	<i>94</i>	<i>15</i>
<i>Psicólogo/a clínica</i>	<i>25</i>	<i>-</i>
<i>Vigilante/a</i>	<i>18</i>	<i>-</i>
<i>Total</i>	<i>1.860</i>	<i>86</i>

TABLA 15: DÍAS DE BAJA POR IT Y ACCIDENTE LABORAL  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS DE  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL



### Vacaciones reglamentarias y días de asuntos propios

Número de días de vacaciones reglamentarias y días de asuntos propios disfrutados en cada mes del año.

<b>MES</b>	<b>VACACIONES</b>	<b>ASUNTOS PROPIOS</b>
<i>Enero</i>	18	92
<i>Febrero</i>	29	35
<i>Marzo</i>	44	42
<i>Abril</i>	26	28
<i>Mayo</i>	29	21
<i>Junio</i>	21	15
<i>Julio</i>	273	11
<i>Agosto</i>	497	7
<i>Septiembre</i>	248	8
<i>Octubre</i>	108	31
<i>Noviembre</i>	37	23
<i>Diciembre</i>	69	94
<b>Total</b>	<b>1399</b>	<b>407</b>

TABLA 16: VACACIONES REGLAMENTARIAS Y DÍAS DE ASUNTOS PROPIOS

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

## VI. ECOLOGÍA

Se compromete a prevenir la contaminación y disminuir los impactos ambientales generados en el desarrollo de todos sus procesos, buscando la mejora continua, mediante el uso eficiente de sus recursos, el desarrollo de programas ambientales y de salud pública; dando cumplimiento constante a los objetivos, metas y a la normatividad ambiental y sanitaria vigente.

### 4.3.2 ANÁLISIS Y TENDENCIAS DEL SECTOR

El análisis externo se centra en como el entorno puede afectar al funcionamiento de la empresa en cuanto a las oportunidades de aumentar sus beneficios

Con este análisis externo se pretende en primer lugar, conocer la estructura del sector en el que la empresa se mueve, ya que esto afecta a su competencia y rentabilidad. En segundo lugar, conocer la relación existente entre la intensidad de la competencia y la rentabilidad de la empresa, siendo la rentabilidad menor cuanto mayor sea la intensidad de la competencia.

En tercer lugar, para ser más dinámicos que los competidores, se sitúa a la anticipación en cuanto a tendencias del sector, para poder aprovechar las tendencias a nuestro favor. En cuarto lugar, se trata de valorar acciones comunes dentro de un sector con el fin de una mejora global, y en quinto y último lugar, se centrará en buscar oportunidades de negocio en las necesidades de los clientes y las debilidades de la competencia.

#### DEL ENTORNO AL ANALISIS SECTORIAL

Como ya se ha dicho, el entorno es todo aquello que afecta al funcionamiento de la empresa, de manera directa o indirecta. Es por ello que la institución necesita hacer un estudio del entorno y en él destacar todo aquello que es imprescindible para su supervivencia.

Factores políticos, económicos o sociales condicionan de alguna manera la estrategia de la empresa pudiendo generar oportunidades de negocio para la empresa. Lo importante es saber cuándo estos factores globales del entorno o macro entorno pueden afectar al entorno sectorial de la empresa o micro entorno.

Análisis de la competencia (Segmentación del mercado y Cliente estratégico)

Hospital General de Castellón.

Hospital de la Santa Faz de Alicante (ahora otro nombre).

### 4.3.3 ANÁLISIS DEL PACIENTE

#### ○ DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES

Los pacientes crónicos psiquiátricos fijos de la Unidad son descritos de la forma siguiente:

El número total de pacientes existentes residentes a fecha 31/12/15 es de 38, siendo 27 hombres y 11 mujeres.

El perfil sociodemográfico de los pacientes nos daría una distribución, atendiendo a los parámetros de edad y diagnósticos psiquiátricos principales, en relación con el sexo, que quedaría reflejada en las tablas siguientes:

➤ Tabla de distribución por edad y sexo:

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
30-35	2	2	4
36-40	0	1	1
41-45	5	0	5
46-50	5	0	5
51-55	4	2	6
56-60	5	3	8
61-65	4	0	4
66 en adelante	2	3	5
<b>TOTAL:</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>38</b>

TABLA 17: TABLA DE DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS DE  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

➤ Tabla de Diagnóstico y sexo.

Los diagnósticos se citan según la clasificación **CIE-10**. De acuerdo con ello, la tabla de distribución por diagnóstico y sexo sería:

DIAGNÓSTICO (según CIE-10)	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<i>Esquizofrenia paranoide (F20.0)</i>	14	1	15
<i>Esquizofrenia hebefrénica ( F20.1)</i>	1	4	5
<i>Esquizofrenia catatónica (F20.2)</i>	-	1	1
<i>Esquizofrenia indiferenciada (F20.3)</i>	2	1	3
<i>Esquizofrenia residual (F20.5)</i>	3	2	5
<i>T.Esquizoafectivo (F25)</i>	2	-	2
<i>T.Esquizoafectivo Tipo Mixto (F25.2)</i>	-	1	1
<i>Retraso mental grave (F72)</i>	2	-	2
<i>T.personalidad (F 0.2)</i>	1	-	1
<i>T. bipolar, (F31)</i>	1	1	2
<i>Sd. post-conmocional (F07.9)</i>	1	-	1
<b>11 Categorías diagnósticos principales</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>38</b>

TABLA 18: TABLA DE DIAGNÓSTICO Y SEXO  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MEMORIAS  
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

- Movimiento de pacientes

a) **Altas**

En este ejercicio se concedieron un total de 37 altas. Atendiendo a su modalidad podemos establecer la siguiente distribución:

- Traslados

Durante el año 2015 ninguno de los pacientes fue dados de alta por traslado definitivo desde esta Unidad.

Sin embargo, 2 pacientes fueron trasladados a otros hospitales y fallecieron en ellos. Por otro lado, el resto, 27, lo han sido por traslado temporal a otros hospitales.

- Éxitus Letalis

Durante el año 2015 no se han producido ningún **éxitus** en la Unidad

- Fugas

Esta figura administrativa viene dada porque los pacientes se encuentran ingresados mediante autorización Judicial de Internamiento, generando un total de 8 altas por fuga.

b) **Ingresos**

Atendiendo a su modalidad podemos distinguir:

- Procedentes de las áreas sanitarias.

Procedentes de las áreas sanitarias y por aplicación del Decreto nº 6.498 del 02/09/98 de la Presidencia de la Exma. Diputación Provincial de Valencia, en el año 2014 ingresaron 2 pacientes

- Procedentes de instancias judiciales.

Durante el año 2014 no ingresó ningún paciente procedente de instancias Judiciales.

c) **Traslado de Pacientes**

- Intrahospitalarios

El 26/2/15 se procede a la reunificación de la Residencia "A" en la U.L.E. Residencia "B", siendo trasladados todos los pacientes de la Residencia "A" a la "B".

- Desplazamientos

Realizados desde la Unidad, bien por petición de asistencia fuera de la misma por el médico generalista de la U.L.E. o por demandarlo la Autoridad Judicial y cuyo número es imposible de cuantificar.

- Permisos

Bajo esta denominación se hace referencia a las estancias de los pacientes en sus domicilios familiares, siempre por petición de sus familiares responsables y como refuerzo por haber cumplimentado semanalmente los objetivos previstos en sus P.I.R. Habitualmente tienen lugar en periodos vacacionales o fechas muy significadas del calendario (Pascua y Navidad), y con una evolución clínica favorable.

Durante el año 2015 ha habido un total de 13.248 pernoctaciones a las que habrá que descontar los días de permiso correspondientes.

Se han concedido 218 permisos con un total de 515 días de repartidos de la siguiente manera:

- 5 Pacientes con menos de 10 permisos al año, con un total de 15 permisos = 33 días.
- 5 Pacientes entre 10 y 20 permisos al año, con un total de 71 permisos = 264 días.
- 3 Pacientes con más de 20 permisos al año y con un total de 132 permisos = 218 días.

## 4.4 CAPACIDAD ESTRATÉGICA

### 4.4.1 ANÁLISIS DE RECURSOS TANGIBLES E INTANGIBLES DE LA ENTIDAD.

#### DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS

##### UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

El Depósito de Medicamentos, Farmacia del Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera, se encuentra situado en el edificio destinado actualmente a funciones administrativas, ocupando parte del ala izquierda del mismo. Su ubicación, que no ha variado desde su creación, se encuentra junto a los antiguos despachos de gerencia, laboratorio, locales sindicales y medicina laboral.

Estructuralmente consta de dos plantas conexionadas por una escalera interior:

a) Planta superior, formada por tres estancias:

- Despacho del farmacéutico dotado de una pequeña biblioteca
- Despacho de administración.
- Servicio.

b) Planta inferior, que consta de un almacén distribuido en:

- Área para unidosis, con nevera para fármacos termolábiles y armario de seguridad para estupefacientes.
- Zona de principios activos o fármacos.
- Zona de material desechable.
- Despacho de personal auxiliar y ATS.
- Zona de recepción de medicación y material sanitario de proveedores, así como de recepción y dispensación de los pedidos de los distintos pabellones.

Por otro lado, el laboratorio, está dotado con el material necesario para realizar las fórmulas magistrales, dos máquinas strockar para el envasado en unidosis, capsuleros para la elaboración de pavolines etc. (Existe también ubicado en él un pequeño inodoro).

Consta de un almacén de productos de farmacia de gran volumen o que necesitan unas condiciones específicas de almacenamiento, (vendas, envases, alcohol, suplementos alimentarios etc.). Así como un almacén con productos sanitarios y para incontinencia integrados en el proyecto SUPRO de la Consellería de Sanidad y un almacén para los residuos tóxicos del Hospital (en cumplimiento de todos los requisitos exigidos por la legislación vigente)

En el pasillo de acceso del laboratorio al almacén también se encuentra un trastero y un cuarto con material de limpieza.

Se puede llegar tanto al almacén como al resto de dependencias mencionadas, a través de una escalera situada en la planta baja del corredor principal del edificio.

#### 4.4.2 DAFO

El modelo de análisis DAFO facilita la identificación de las oportunidades y amenazas que ofrece el mercado actual y el entorno exterior para un negocio, permitiendo, a su vez, detectar las fortalezas y debilidades del proyecto y del equipo profesional que lo dirige. En definitiva, constituye una herramienta para la gestión de la organización, otorgando una visualización sobre dónde y en qué condiciones se va a desarrollar la futura empresa en su mercado de actuación.

El análisis externo nos sirve para identificar las oportunidades y amenazas que el entorno brinda o que acechan a la nueva empresa o al nuevo negocio. Éste va a resultar determinante, puesto que permitirá analizar qué puede favorecer o dificultar el desarrollo del nuevo proyecto empresarial en relación con aquellos factores que no son controlables por la propia organización.

El análisis de la situación interna nos sirve para identificar las fortalezas y debilidades del proyecto para el que estamos realizando el plan de negocio, proporcionando una imagen de la viabilidad del mismo. Resulta determinante, puesto que deberá permitir verificar qué elementos del negocio se sabrán hacer de forma adecuada y correcta y, por otra parte, cuáles se harán mal o son ampliamente mejorables.

Pese a que el Hospital Psiquiátrico es una entidad pública vamos a plasmar lo que podría ser un ejemplo de análisis DAFO:

En el análisis interno que encontramos las posibles debilidades y fortalezas de la institución podríamos situar el hecho de mantener una mala organización o relación con las empresas proveedoras de medicamentos. Esto produciría una debilidad dentro del Hospital ya que conllevaría que no existiera suministros para todos los pacientes en un determinado periodo de tiempo. Para poder subsanar esta debilidad, el Hospital podría incorporar su fortaleza en el correcto suministro de medicamentos sin derrochar por ejemplo medicamentos de tipo analgésicas o antiinflamatorias, de los que alomejor su uso no son de necesidad extrema y por otro lado conocer y contratar a otros proveedores de medicamentos para conocer otros mercados.

Dentro del análisis externo se sitúan las amenazas y oportunidades que se le pueden dar a la organización. Con esto, podemos señalar como amenaza el hecho de poseer un bajo presupuesto por parte de la Conselleria de Sanidad para poder mantener las instalaciones, personal, medicamentos, y demás materiales para poder mantener las condiciones óptimas del Hospital. Esta amenaza da la oportunidad a la institución de fomentar de manera más significativa la reinserción y rehabilitación de sus enfermos para demostrar la necesidad de los presupuestos, y sea imagen de buena gestión se sus habilidades.

## 4.5 ESTRATEGIA A NIVEL DE NEGOCIO

### 4.5.1 RELOJ ESTRATÉGICO

La estrategia competitiva se refiere a las bases sobre las que una unidad de negocio puede conseguir una ventaja competitiva en su mercado.

La ventaja competitiva se consigue proporcionando a los clientes lo que desean o necesitan de manera más eficiente que sus competidores (Bowmany Dávani)

A partir de aquí podemos representar las categorías de diferenciación y costes de Michael Porter en el reloj estratégico. El reloj estratégico representa diferentes posiciones en un mercado en el que los clientes o clientes potenciales tienen diferentes requerimientos en términos relación calidad-precio. Se pueden definir diferentes estrategias en relación con las diferentes posiciones en el reloj estratégico.

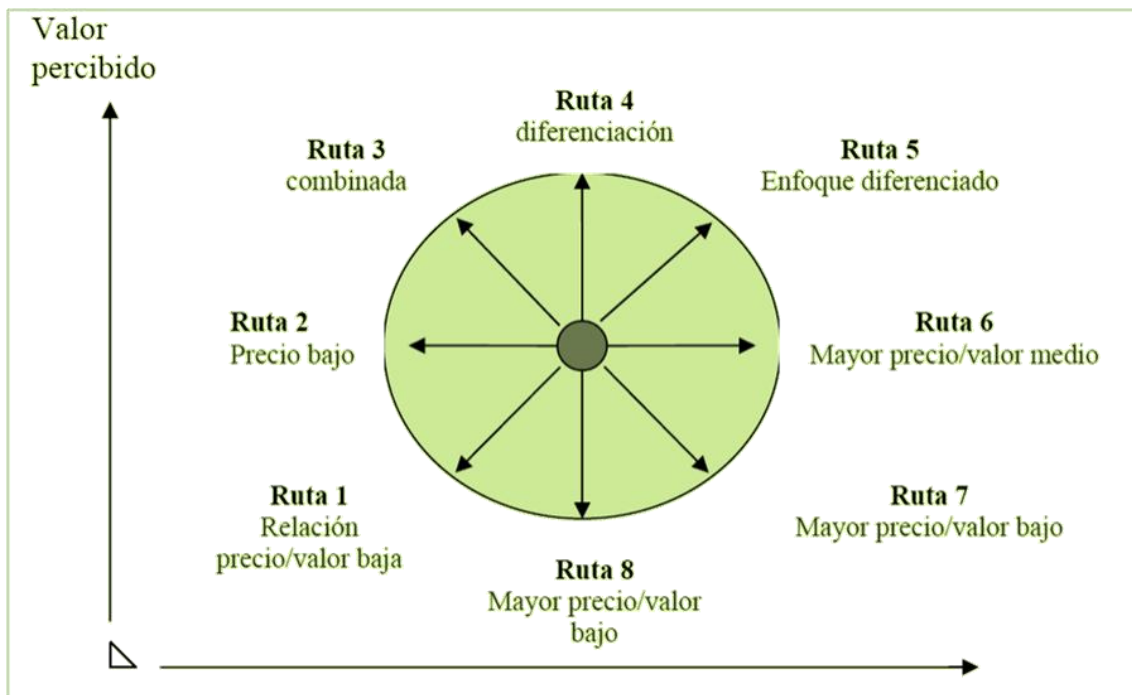


FIGURA 6: RELOJ ESTRATÉGICO

FUENTE: [http://www.qhana.es/wp-content/uploads/freshizer/5d94333d45a8c80694e0cb0dce385504\\_relojestr-863-430-c.png](http://www.qhana.es/wp-content/uploads/freshizer/5d94333d45a8c80694e0cb0dce385504_relojestr-863-430-c.png)



### ✓ Estrategias basadas en el precio (trayectorias 1 y 2)

Trayectoria 1: Precio bajo y nivel percibido del valor del producto o servicio bajo. Es un enfoque basado en un sector de mercado sensible al precio, pudiendo ser debido a:

- Los mercados de materias primas donde el cliente no aprecia diferencias entre los distintos oferentes.
- La existencia de clientes sensibles al precio que no pueden permitirse o no quieren comprar bienes de mejor calidad.
- Los compradores cuentan con mucho poder y no hay elección. Ofrece una oportunidad de eludir a los principales competidores si estos compiten sobre otras bases.

Estrategia de precios bajos (trayectoria2): Trata de ofrecer un precio menor al de sus competidores ofreciendo productos cuyo valor percibido sea similar al de sus competidores. Cuando se compite en precio existen dos riesgos:

- Reducciones de márgenes para todos.
- Incapacidad para invertir que resulte en pérdida del valor percibido del producto

A largo plazo las estrategias de bajo precio no pueden perseguirse sin una base de costes bajos, aunque este no constituye por sí mismo una ventaja competitiva. Se trata de reducir los costes de un modo que otros no puedan hacer.

### ✓ Estrategia de diferenciación (trayectoria 4)

Proporciona productos o servicios que aporten beneficios diferentes a los de los competidores y que sean valorados por los compradores de manera extensiva. El éxito de este enfoque depende de dos factores clave:

- La identificación y comprensión del cliente estratégico.
- La identificación de los competidores clave. El análisis de los competidores puede ayudar en los siguientes aspectos:
  - o La dificultad de la imitación.
  - o El grado de vulnerabilidad de la competencia basado en precios en algunos mercados los clientes son más sensibles a los precios y puede que las bases de la diferenciación no sean lo suficientemente fuertes como para que paguen precios más altos.

### ✓ Estrategia híbrida (trayectoria 3)

Persigue conseguir de manera simultánea una diferenciación a un precio bajo. El éxito de esta estrategia depende de si se puede llevar a cabo consiguiendo beneficios. Existe un debate en si es aconsejable mantener precios bajos cuando se es capaz de diferenciarse. La estrategia híbrida podría resultar ventajosa cuando:

- Pueden conseguirse volúmenes muy superiores a los de los competidores, lo que implica mejores costes y márgenes.
- Se encuentran disponibles reducciones de coste fuera de sus actividades diferenciadas.
- Se utiliza como una estrategia de entrada en un mercado con competidores establecidos.

✓ **Diferenciación segmentada (trayectoria 5)**

Proporciona un producto o servicio con un alto valor percibido lo que justifica un precio alto. Esto podrían ser productos de calidad orientados a un público selecto. La diferenciación segmentada plantea algunas cuestiones importantes:

- Tienen que realizarse una elección entre una estrategia segmentada y una diferenciación amplia.
- Tensiones entre una estrategia segmentada y otras estrategias.
- Crecimiento en los nuevos negocios.
- Los cambios en el mercado pueden erosionar las diferencias entre segmentos. Los clientes pueden no estar dispuestos ya a pagar más por la diferenciación que se les ofrece a medida que otros competidores ofrecen productos mejores a menor precio.

Respecto a la aplicación del reloj estratégico en el Hospital Psiquiátrico podríamos decir que no es posible aplicarlo ya que se trata de una institución pública que depende de la Diputación de Valencia, por lo tanto, no existe competitividad ni se aplican estrategias como de bajo precio o diferenciación. Si se tratara de un hospital privado, posiblemente sí que tratarían de aplicar estrategias de diferenciación con respecto a otros hospitales y la bajada de precios para poder atraer a más pacientes a sus instalaciones. De todas formas, aquí se muestra una comparativa entre el hospital público de Bétera, y un Hospital de tipo privado perteneciente a Zaragoza.

<i>RELOJ ESTRATÉGICO</i>		
<i>Nombre Hospital</i>	Hospital Psiquiátrico Provincial	Centro Hospitalario Rehabilitación Mental Prisma
<i>Población</i>	C. Valenciana (Bétera)	Zaragoza
<i>Año de creación</i>	1973	2005
<i>Ámbito:</i>	Público	Privado
<i>Pago:</i>	Gratuito	Pago directo
<i>Especialidad:</i>	Rehabilitación y reinserción	Rehabilitación
<i>Número de trabajadores:</i>	-	75

#### 4.5.2 VENTAJA COMPETITIVA

Michael Porter se encargó de describir la estrategia competitiva las acciones tanto ofensivas como defensivas de una empresa para que éstas puedan crearse una posición de defensa dentro del mercado. Las acciones, daban respuesta a las cinco fuerzas determinantes de la naturaleza y el grado de competencia que rodeaba a una organización.

Como se ha dicho anteriormente, la estrategia competitiva hace referencia a las bases sobre las que una organización puede obtener una ventaja competitiva en el mercado. Entre las estrategias que engloban a la ventaja competitiva destacan:

##### **1) Sostenibilidad basada en precios:**

Operar con menores márgenes puede ser posible para una organización debido a que tiene un volumen de ventas muy superior.

Una estructura de costes de carácter único (localización en un área de costes laborales bajos, acceso a materias primas más barato...)

Pueden existir capacidades específicas que le permitan reducir costes en la cadena de valor de una forma más eficiente que sus competidores

Centrarse en segmentos de mercado en los que los precios bajos sean especialmente valorados.

##### **2) Sostenibilidad basada en precios:**

Existen tres grandes peligros a la hora de tratar de seguir estrategias de precio bajo:

- Los competidores pueden ser capaces de hacer lo mismo.
- Los competidores empiezan a asociar bajo coste con baja calidad.
- Las reducciones de coste pueden resultar en una incapacidad total para la diferenciación en caso de ser necesario.

##### **3) Sostenibilidad de una ventaja basada en la diferenciación:**

No tiene sentido esforzarse en ser diferente si los competidores pueden imitarlo fácilmente. Para mantener la ventaja frente a la competencia podemos:

- Crear dificultades para la imitación.
- Movilidad imperfecta de manera que las capacidades que sustentan la diferenciación sostenible no sean intercambiables en el mercado. Hay bases difíciles de intercambiar en el mercado:
  - o Los recursos intangibles (marca, imagen, reputación)
  - o Pueden existir costes de cambio.

- Coespecialización si las competencias o recursos están íntimamente relacionados con las operaciones del comprador.
- Una posición en costes más favorable que la de los competidores.

#### **4) Bloqueo estratégico:**

Otro enfoque para la sostenibilidad, ya sea de estrategias basadas en precio o basadas en diferenciación, es el bloqueo estratégico. Este se produce cuando una empresa consigue una posición de exclusividad en una industria y se convierte en un estándar de la industria. La consecución del bloqueo puede depender de:

- El dominio del mercado.
- El dominio derivado de mover primero, tales estándares es probable que se produzcan temprano en los ciclos de vida de los mercados.
- El compromiso que se realimenta, cuantas más empresas lo apoyan más se ven obligadas a seguirlas.
- La insistencia en la preservación de la política de bloqueo

#### *4.5.3 COLABORACIÓN*

La ventaja no siempre puede ser conseguida a través de la competencia. La colaboración entre organizaciones puede ser una forma de obtener una ventaja. Pueden aparecer tipos de colaboración para conseguir diferentes objetivos:

- Colaboración para incrementar el poder de venta.
- Colaboración para incrementar el poder de compra.
- Colaboración para construir barreras de entrada.
- Colaboración para conseguir la entrada y poder competitivo.
- Colaboración para compartir tareas con los clientes.
- En el sector público conseguir mayor aprovechamiento de las inversiones públicas.

## 5 CAPÍTULO V: NUEVO MODELO DE SALUD MENTAL PARA EL PSIQUIÁTRICO DE BÉTERA

El centro sanitario actual, en el que conviven pacientes dependientes y autónomos, conocido como un CEEM, caracterizado por ser una residencia de enfermos crónicos permanentes, se convertirá en un principio en un centro con tres áreas diferenciadas.

En esta línea se dirigen los esfuerzos de la Consellería de Sanidad, cuya intención es cambiar el modelo asistencial del Psiquiátrico de Bétera reconvirtiéndolo en tres áreas, una Unidad de Larga Estancia, una Unidad de Media estancia, y un centro de día.

La unidad de Larga Estancia tendrá capacidad para 40 pacientes, y se harán nuevas contrataciones de un psiquiatra, trabajadora social, psicólogos, auxiliares, enfermeros, monitores y otro nuevo médico generalista.

Esta Unidad se pretende utilizar para estancias como máximo de diez meses, siendo la estancia ideal alrededor de los 6 a 8 meses, todo esto, según los criterios seguidos por la comisión selectiva de ingresos.

En segundo lugar, se situará la Unidad de Media Estancia, conocida como UME. Esta unidad tendrá capacidad para unas 20 o 30 camas y estará dedicada para pacientes con crisis determinadas para una estancia de 15 o un mes como máximo.

La capacidad del centro de día oscilará entre los 10 y 20 pacientes. En esta unidad se llevará con control diario de personas con alguna crisis determinada realizando actividades para la reinserción en la sociedad.

En ella se contratará otro psiquiatra, auxiliares, y los ATS pasarán a tener turno rodado y no de guardias.

Por último, tanto el centro de día, como la Unidad de Media Estancia, establecerán los pacientes en función del presupuesto y costes que suponga su manutención.

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades y puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida. Pero la salud mental no es solo la ausencia de un trastorno mental, sino también dignificar la asistencia a las personas atendidas por trastornos mentales, orientándola hacia la rehabilitación y la inclusión social.

Por esto, el fin último de este tipo de centros es el de orientar el servicio hacia la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes, pasa por la necesidad de incorporar a los servicios aspectos de promoción y prevención de la Salud Mental y garantizar una atención adecuada tanto a las personas con trastornos mentales como a sus familias.

con la ayuda de la Consellería de Sanidad, además de ser necesario las negociaciones con la Diputación con la Conselleria para establecer los presupuestos disponibles para este cambio tan significativo.

Se deberá establecer un acuerdo entre la Consellería de Sanidad y la Diputación de Valencia para determinar los plazos para convertir el actual Hospital Psiquiátrico de Bétera en un centro dividido en diferentes áreas para los diferentes grados de enfermedad mental.

En paralelo se están produciendo reuniones con el Ayuntamiento de Bétera para integrar a las asociaciones vecinales en el día a día del psiquiátrico con actividades conjuntas del tipo jornadas de puertas abiertas, exposiciones o competiciones deportivas en las que puedan participar los pacientes y sus familiares. El centro dispone de una zona verde con huertos en los que se fomentará la agricultura ecológica entre los pacientes.

## 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como se ha dicho a lo largo del trabajo, el cuadro de mando integral se utiliza como herramienta que facilita a la consecución de la estrategia de una organización. Para poder hacer frente a los objetivos marcados al principio del trabajo, una de recomendación que podría darse para este hospital, es el hecho de realizar una encuesta de satisfacción tanto a pacientes del centro como a sus familiares.

Por este motivo sería necesario hacer tres tipos de encuesta en la que dos de ellas irán destinadas a los residentes del hospital y una a los familiares de los mismos.

Encuesta sobre el centro hospitalario, en la que se incluirá la satisfacción en aspectos como:

- Competencias y conocimientos.
- Limpieza de zonas comunes, instalaciones, habitaciones...
- Comida.
- Silencio por las noches.
- Comodidad del paciente.

Encuesta acerca del personal del hospital:

- Satisfacción con cada uno de los empleados.
- Tiempo de los trámites administrativos.
- Trato, amabilidad y forma de acoger a los pacientes en el momento del ingreso.
- Tiempo y dedicación a los pacientes.

Encuesta destinada a los familiares de los enfermos, en las que se incluirá:

- Satisfacción con el personal y el trato a pacientes.
- Información por parte del centro de la evolución de sus familiares.
- Información facilitada tanto al ingreso como a la salida del hospital.
- Instrucciones a seguir en casa.

Otra manera de conocer el cuadro de mando integral del hospital es a través del cálculo de ratios que mediante el uso de indicadores nos desvelen si el personal existente en el centro es suficiente para la cantidad de pacientes que se dan.

Se va a calcular a partir de la plantilla del hospital, el personal de cada área que hay disponible para los pacientes, de esta manera, siendo 38 los pacientes vamos a calcularlo en las siguientes especialidades:

### **PACIENTES/PERSONAL**

Si el número de administrativos hace un total de 6, si realizamos el cálculo de 38 pacientes entre los 6 administrativos, resultará un total de 6,33. Es decir,  $38/6= 6,33$  lo que es lo mismo que un total de 3 administrativos para cada 19 pacientes.

El número de ATS en total es de 4, por tanto,  $38/4$  hace un total de 9.5, lo que es lo mismo que la atención de 2 ATS por cada 19 pacientes.

Trabajadores sociales solo existen 2 dentro del hospital, por tanto, para cada uno de los trabajadores sociales tendrán a su cargo 19 pacientes. ( $38/2=19$ ).

Los monitores ocupacionales suman un total de 7 en todo el hospital, por tanto, si dividimos los pacientes totales entre estos 7 monitores dará un total de 5.42, esto significa que, a cada uno de los monitores prestarán atención a un redondeo de 5 pacientes por monitor.

Respecto a los auxiliares de enfermería que hacen un total de 23, se realizará el cálculo de  $38/23$  que hace un total de 1.65, es decir, para cada un auxiliar se asignara alrededor de 1,65 pacientes.

Por último, los ayudantes de residencia suman 3, esto es,  $38/3=12.66$ , es decir, a cada 3 ayudantes se le asignarán 12.66 pacientes.

El número del resto de personal sanitario se reduce a uno, lo que significa que su trabajo va dedicado directamente al total de los pacientes del hospital. Sería necesario hacer contrataciones al menos en los puestos de médico generalista y psicólogos, para reducir la carga de pacientes por especialista, y de esta manera mejorar la atención a los pacientes pudiendo establecer una mayor dedicación a cada caso en específico y poder llevar a cabo más y mejores revisiones.

Habría que tener en cuenta que, puesto que la esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, lo que conlleva a que exista una población envejecida y muchas de las patologías tratadas en el hospital son de tipo crónico, posiblemente dentro de unos años, el personal existente en el centro se vea en la necesidad de ser duplicado para poder atender a todos los pacientes, ya que existirán pacientes ya residentes más los de nuevo ingreso.

Respecto a lo que actualmente sigue siendo el Hospital Psiquiátrico de Bétera, si el objetivo es el bienestar de los pacientes que ingresan, puede que sea un éxito la nueva propuesta de creación de diferentes unidades, dependiendo de si es para adicciones que conllevaran una larga, media o corta estancia en el centro.

Es importante además de aplicar fármacos, el hecho de hacer uso de actividades socioculturales que favorezcan la inserción de los enfermos a la sociedad, enfrentando sus adicciones y sean capaz de vencerlas. Todo esto con ayuda de profesionales y familia o personas cercanas al enfermo.

Sería conveniente también que, un hospital aun siendo publico preste atención a las posibles debilidades que se pueden dar en la institución, tanto a nivel interno como externo, y de esta manera tener un protocolo de actuación en caso de ser necesario, ya sea a nivel del personal del centro, de los proveedores de medicamentos o comida, o del presupuesto por parte de las administraciones públicas.

Los responsables de este centro, la Diputación de Valencia debería plasmar en sus sitios web información sobre este centro, de manera que se dé a conocer y toda la información pueda ser



accesible a la población, tanto las actividades que se realizan, los programas de rehabilitación que se lleva a cabo, los trabajadores que son necesarios y que se publiquen los presupuestos que se reservan para este hospital.

Otra recomendación en general acerca de la salud mental, es que se dé a conocer a la población, que los niños desde edades tempranas conozcan casos de enfermedades mentales y aprendan lo grande que es el área de trastornos mentales, ya que estos pueden ser crónicos desde que una persona nace, o consecuencia del desarrollo de una vida con malos hábitos o el consumo de sustancias adictivas.

Para concluir este trabajo fin de grado me gustaría mostrar la necesidad de una atención a la salud mental de una manera detallada. Como se ha visto, desde hace muchos años y en toda Europa se han dado problemas mentales en la población y no siempre se ha sabido aplicar las medidas oportunas. De esta manera sería interesante ajustar todos los centros hospitalarios, o centros tanto de media como larga estancia a las necesidades de cada paciente y no reunirlos a todos en las mismas áreas, ya que cada persona es diferente y por tanto será necesaria una rehabilitación diferente. De esta manera se contribuiría a una rehabilitación de calidad, que además de ser necesaria para los enfermos, también es necesaria para sus familiares.

## **7 CUADRO DE ABREVIATURAS**

**CMI:** Cuadro de Mando Integral.

**DAFO:** Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

**RRHH:** Recursos Humanos

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**UE:** Unión Europea.

**CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos.

**CCAA:** Comunidades Autónomas.

**INE:** Instituto Nacional de Estadística.

**ESCRI:** Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

**MSC:** Ministerio de Sanidad y Consumo.

**UDH:** Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

**ULE:** Unidad de larga Estancia

**IT:** Incapacidad Temporal.

**ATS:** Auxiliar Técnico Sanitario.

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades

**PIR:** Psicólogo Interno Residente.

**SEAFORMEC:** Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada.

## 8 BIBLIOGRAFÍA

1. Albizu Gallastegui, E., & Landeta Rodríguez, J. (2011). *Dirección estratégica de los recursos humanos*. Madrid: Piramide.
2. Arjonilla Domínguez, S. J., & Medina Garrido, J. A. (2009). *La gestión de los sistemas de información en la empresa : teoría y casos prácticos*. Madrid: Piramide.
3. Bétera, H. P. (2014). *Hospital Psiquiátrico Provincial* .
4. Comunidad de Madrid. (2015). *El Ciudadano y el Sistema Sanitario. Encuestas de satisfacción de los usuarios*. Obtenido de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354587310573&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1142536918568](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354587310573&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142536918568)
5. Consumo, M. d. (2005). *Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985*.
6. Consumo, M. d. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
7. Diputació de València. (2 de Mayo de 2016). *La Diputación prepara un nuevo modelo de salud mental para el Psiquiátrico de Bétera* . Obtenido de <http://www.dival.es/es/sala-prensa/content/la-diputacion-prepara-un-nuevo-modelo-de-salud-mental-para-el-psiquiatrico-de-betera>
8. Diputació de València. (2016). *Un nuevo Psiquiátrico de Bétera* . Obtenido de <http://www.dival.es/es/sala-prensa/content/un-nuevo-psiquiatrico-de-betera>
9. Diputació de València. (s.f.). *Organigrama hospital Psiquiátrico de Bétera*. Obtenido de <http://www.dival.es/es/apps/org-hos-psi>
10. Diputació de València. (s.f.). *Salud Mental Provincial*. Obtenido de <http://www.dival.es/es/content/salud-mental-provincial>
11. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano . (Mayo de 2016). *EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2015 Informe global de resultados* . Obtenido de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEncuesta+de+Satisfacci%C3%B3n+2015.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSal>
12. Fernandez Pinzón, Y. A., Vanegas Vargas, C., & Leonela Vargas, J. (2009). *LA RAZÓN (RATIO) ENFERMERA- PACIENTE: RELACION CON LOS RESULTADOS EN LOS PACIENTES Y ESFUERZOS POR ESTABLECERLO POR LA LEY*.

13. Humanas, F. C. (s.f.). *Ficha del Centro*. Obtenido de file:///E:/Centro-Hospitalario-Rehabilitación-Mental-Prisma.pdf
14. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (s.f.). *Salud mental en Europa: políticas y práctica Líneas futuras en salud mental*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
15. Las Provincias. (2 de Mayo de 2016). El psiquiátrico de Bétera se convertirá en centro de salud de media estancia. *Las Provincias*.
16. León, J. M. (2015). *ESTRATEGIA Y DISEÑO DE LA ORGANIZACIÓN*. Obtenido de file:///E:/UPV\_EDO\_TEORIA\_15\_16.pdf
17. Miguel Molina, M., Herrero Blasco, A., Guijarro Tarradellas, E., Castellano Cervera, V., & Rodríguez Martínez, P. (2012). *Fundamentos de dirección estratégica para organizaciones públicas*. Valencia: Universitat Politècnica de València.
18. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud Mental*. Obtenido de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
19. Rodríguez, J. A. (2010). *Cómo preparar el plan de empresa*. Madrid: Fundación Confemetal.
20. Salud, O. M. (s.f.). *Plan de Acción sobre Salud Mental*.
21. Scribd. (s.f.). *La ventaja competitiva de Michael Porter*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/25446581/La-Ventaja-Competitiva-de-Michael-Porter>

## 9 ANEXOS



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
Universidad Zaragoza

Comisión de Prácticas  
Grado de Psicología

### FICHA DEL CENTRO

<b>Nombre del centro</b>	<b>Centro Hospitalario Rehabilitación Mental Prisma</b>	
<b>CIF</b>		
<b>Dirección (calle, número, CP y población)</b>	C/ Torre del Cerezo, nº 17 - SAN JUAN DE MOZARRIFAR (ZARAGOZA)	
<b>Tfno./Fax</b>	976151152 / 976151153	
<b>E-mail</b>	prisma@prismasa.org	
<b>Web</b>	<a href="http://www.prismasa.org/">http://www.prismasa.org/</a>	
<b>Titularidad del Centro (marcar con una X)</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
		X
<b>Entidad que tiene la titularidad del centro</b>		
<b>Persona que firma el acuerdo por parte del centro y cargo</b>	<b>Nombre y cargo</b>	
	M <sup>a</sup> Dolores Pérez Ruiz (Gerente)	
<b>Nº de trabajadores (aproximadamente)</b>		
<b>Trabajadores psicólogos en el centro (añadir más si es necesario)</b>	<b>Nombre</b>	
	Juancho Pérez Aramendia-Psicólogo Coordinador del Hospital de día Inmaculada Mañes Lorente-Psicóloga Clínica Ana M <sup>a</sup> Pamplona Hortas-Psicóloga	
Dr. Óscar Herrero-Director Médico		

<b>Breve descripción de los objetivos del centro</b>	<p>Los servicios que prestamos y necesidades que cubrimos, están claramente definidos desde el principio, y nos permite desarrollar un plan asistencial integral, innovador y que viene a cubrir un espacio en la red psiquiátrica nacional.</p> <p>Todos los PLANES DE SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES DE ESPAÑA, dan prioridad a la generación de unidades que permitan la rehabilitación del paciente, tanto infanto-juvenil, como adulto joven.</p> <p>El proyecto PRISMA, se define como un conjunto de dispositivos de asistencia psiquiátrica, que proporciona atención terapéutica integral, en el campo de la salud mental.</p>
<b>Breve descripción de las actividades del centro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultural y de Ocio</li> <li>• Programa Rehabilitador</li> <li>• Programa Terapéutico</li> </ul>
<b>Sector de población</b>	Salud mental
<b>Horario o turnos del centro</b>	
<b>Requisitos imprescindibles para la realización de prácticas</b>	

