

PLAN DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA 2010-2013



Región de Murcia.
Consejería de Sanidad y Consumo.

***Elaboración y redacción: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.
Dirección general de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.***

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo

ISBN: 978-84-96994-61-4

PRESENTACIÓN

I INTRODUCCIÓN

II ASPECTOS GENERALES

- II.1.- Caracterización del problema. Prevalencia y repercusión de los Trastornos Mentales en población general. Indicadores de salud.
- II.2. Demografía. Estructura de edades. Dinamismo demográfico. Zonas de Salud
- II.3.- Antecedentes históricos y Transformación de la Asistencia a la Salud Mental en la Región de Murcia. Marco Normativo

III ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL. MARCO DE REFERENCIA

- III.1.- Misión. Visión. Valores
- III.2.- Competencias de la SGSM y AsPq. Mapa 0
- III.3.- Organización y Gestión. Procesos Asistenciales
- III.4.- Gestión del conocimiento. UDIF-SM.
- III.5.- Sistemas de Información y Evaluación. RACP.
- III.6.- Sectorización.

IV ANÁLISIS DE SITUACIÓN

IV.1 Análisis de la demanda

IV.1.0. Promoción y Prevención de la Salud Mental

IV.1.1. Indicadores y perfil de usuarios

IV.1.2. Demanda de los Programas Asistenciales Comunitarios

IV.1.3. Demanda de la Atención en las Unidades de Rehabilitación.

IV.1.4. Demanda de la Atención Hospitalaria.

IV.2 Análisis de la oferta. Recursos asistenciales

IV.2.a. Recursos asistenciales en la Región de Murcia

IV.2.b. Incrementos Estructurales y Humanos

IV.3 Recursos Económicos de la Red de Salud Mental.

Gasto Sanitario y Gasto Farmacéutico

V EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2006-2009.

VI CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- VI.1. Conclusiones y oportunidades de mejora sobre “Promoción de la salud mental, Prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma”.
- VI.2. Conclusiones y oportunidades de mejora sobre la “Atención a los Trastornos Mentales”
- VI.3. Conclusiones y oportunidades de mejora en relación con la “Coordinación Interinstitucional e Intrainstitucional”
- VI.4. Conclusiones y oportunidades de mejora en relación con la “Gestión del Conocimiento” (Formación, Docencia e Investigación)
- VI.5. Conclusiones y oportunidades de mejora sobre los “Sistemas de Información en Salud Mental

VII OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

- VII.1. Línea de actuación 1: Promoción de la salud mental, Prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma
- VII.2. Línea de actuación 2: Atención a los Trastornos Mentales
- VII.3. Línea de actuación 3: Coordinación Interinstitucional e Intrainstitucional
- VII.4. Línea de actuación 4: Gestión del Conocimiento. Formación, Docencia e Investigación.
- VII.5. Línea de actuación 5: Sistemas de Información en Salud Mental

VIII BIBLIOGRAFÍA

IX AUTORES Y COLABORADORES

ANEXOS

PRESENTACIÓN

El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013 ha sido concebido como un documento de referencia, a través del cual la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Murcia propone y diseña unas líneas de actuación, objetivos y medidas necesarias para ejecutar sus contenidos en el marco de la atención a la salud mental de nuestra región. Se trata de un marco de referencia sobre las actuaciones a desarrollar en esta materia en el periodo de vigencia de este Plan.

Su justificación viene precedida por la necesidad de alineamiento estratégico con el sistema sanitario público de la región, y su adaptación a la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta los contenidos reflejados en la Declaración Europea para la salud mental, Declaración de Helsinki, el Plan de Acción Europeo/Estrategias de la Unión Europea en materia de salud mental, y el Real Decreto de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como expresan las diversas consideraciones de la OMS en materia de salud mental, sin una política estratégica ni planes de salud mental adecuados, los trastornos mentales se tratarán de una manera ineficaz y fragmentada, precisándose una política clara que defina una estrategia coherente e integral, una inversión acorde con la prioridad de estos problemas, con su magnitud y con la carga socioeconómica que representan, y una disponibilidad de tratamientos eficaces y asequibles en el ámbito comunitario.

En la elaboración de este documento se ha procurado una visión multiprofesional, buscado la máxima participación, de forma que todas las propuestas aportadas se lleven a cabo sintiéndose reflejados y lo identifiquen como suyo, y al igual que en la elaboración del Plan de Salud de nuestra región participaron activamente profesionales de salud mental para garantizar la transversalidad de las diferentes actuaciones sanitarias, en este Plan de Salud Mental se considera de gran importancia la participación de otros profesionales de la salud para garantizar la continuidad asistencial, que debe ser el eje alrededor del cual giren los diferentes objetivos y actividades propuestas.

Por último, deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a todos los que han participado en la elaboración de este Plan, ya que su trabajo contribuirá, sin duda, a mejorar la calidad de la atención al enfermo mental.

M^a Ángeles Palacios Sánchez
Consejera de Sanidad y Consumo

INTRODUCCIÓN

La transformación de la atención psiquiátrica que se ha producido en España desde la década de los años ochenta, teniendo como base el “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” y posteriormente la Ley General de Sanidad (1986), ha tenido resultados desiguales en su aplicación concreta en las diferentes comunidades autónomas.

En la década de los años noventa, coincidiendo con la creación del Servicio Murciano de Salud, la elaboración y puesta en marcha de los diferentes Planes de Salud Mental, los Planes Autonómicos de Drogodependencias y la apuesta decidida en potenciar la salud mental, se facilita y se avanza en el proceso de transformación de la asistencia en nuestra región, definiendo el modelo de funcionamiento de los diferentes servicios y planteando las estrategias para mejorar la asistencia.

El proceso de transformación de la atención a la salud mental que el Servicio Murciano de Salud emprendió hace años, sigue precisando un compromiso político, económico, técnico y social amplio y mantenido en el tiempo. Las bases teóricas y conceptuales del proceso de transformación siguen vigentes. Recientemente se ha publicado la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que contienen las directrices Europeas y Estatales necesarias para la consecución de una visión más positiva de la Salud Mental que tenga en cuenta su promoción, la prevención en determinados grupos de riesgo y la mejora de la imagen que de las personas afectadas. Se ha avanzado mucho en la implantación del modelo asistencial, pero es necesario un compromiso compartido entre el Gobierno Regional, los Profesionales, los Ciudadanos y las Instituciones tanto Sanitarias como Sociales, así como una financiación adecuada, para desplegar lo apuntado en la Estrategia.

Según la O.M.S., los trastornos mentales son uno de los principales problemas de salud y uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias nacionales e internacionales. Se estima que más del 25% de los individuos padecerán uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. De las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a estos trastornos.

En el último Plan de Salud de la Región de Murcia, se identificaba la salud mental como uno de los principales problemas de salud de nuestra región, priorizando la intervención en esta área en base a cuatro criterios: “magnitud del problema”, “severidad del problema”, “factibilidad de abordaje”, y “alineamiento estratégico con el sistema sanitario público de la región”. Se marcaban unos objetivos generales que debería contemplar un Plan de Salud Mental y que básicamente eran disminuir el impacto de la cronicidad, de la comorbilidad y de la discapacidad asociada a los trastornos mentales.

En el presente Plan, que se alinea con la Estrategia Nacional de Salud Mental, primero se lleva a cabo un análisis de situación donde se caracteriza la problemática de la salud mental en general, los programas asistenciales implantados en nuestra Región, el análisis de la demanda, así como los recursos disponibles. A continuación se elaboran una serie de conclusiones y oportunidades de mejora, que sirven para establecer los objetivos y actividades del nuevo Plan de Salud Mental para el periodo 2010-2013. Este apartado pretende delinear las actuaciones más importantes y necesarias para proporcionar a la población la mejor calidad asistencial. Se intenta potenciar los dispositivos, modelos y sistemas de coordinación e información que tengan en cuenta la especificidad de la salud mental, pero siendo congruentes y estando integrados con la organización del sistema sanitario, y ubicados en los mismos espacios que el resto de las prestaciones del sistema.

Los principios básicos del modelo de atención a la salud mental en los que se basa la realización de este Plan, pueden resumirse en los siguientes:

- Carácter público, equitativo y participativo.
- Eficaz y eficiente, procurando la mejor atención al paciente.
- Integrado en el Sistema Sanitario General dentro de la asistencia especializada.
- Orientado a un desarrollo en el marco comunitario, con distribución de recursos por áreas sanitarias y en coordinación con el resto de los dispositivos sanitarios y no sanitarios del área, y a la promoción de la Salud Mental.
- Concepción integral de la salud mental, desde una perspectiva biopsicosocial del enfermar, e incluyendo las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales.
- Contemplando la continuidad de cuidados, centrada en el paciente, y el abordaje multidisciplinar del mismo.
- Equidad, reduciendo las desigualdades detectadas en la atención o protección de las personas más vulnerables (T.M.G.) condiciones de género o diversidad cultural, en una sociedad cada vez más compleja.

II.- ASPECTOS GENERALES

Caracterización del problema

Desde que se estableció la definición de salud por la OMS como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», se acepta que la salud mental es un componente fundamental de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del individuo.

La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad. Entre las dimensiones que abarca se encuentran la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia.

La idea que se encuentra en la base de este concepto es que no basta con prevenir la enfermedad mental u otro tipo de alteraciones, sino que es necesario promover el desarrollo de una personalidad sana que, a su vez, permita la formación de familias, grupos y sociedades sanos.

Para una adecuada planificación de los servicios sanitarios dirigidos a la prevención y atención de los problemas de Salud Mental es necesario cuantificar el impacto de la enfermedad mental en la población. Este análisis no está exento de numerosas dificultades que justificarían la variabilidad de los datos disponibles. Es necesario recopilar los datos más relevantes para dar una orientación sobre la importancia de la Salud Mental en términos de cuantificación del impacto de la enfermedad mental en diversos ámbitos: en población general, en Atención Primaria y en la Atención Especializada.

Aunque se dispone de diversas escalas y cuestionarios que permiten medir la salud mental, son pocos los estudios que aportan datos sobre el bienestar psicológico, las habilidades para adaptarse a la adversidad, la autoestima, el autocontrol, y/o el apoyo social, tanto en el ámbito europeo como español. Destaca sobre todos, la encuesta del Eurobarómetro 2002, que entre los 15.531 ciudadanos estudiados incluye 951 españoles.

En este estudio se han utilizado escalas que miden el bienestar psicológico y la energía y vitalidad percibidos (adaptadas y validadas en España), siendo las diferencias entre los países muy significativas. Bélgica, Holanda y España, presentan en este estudio el nivel más alto de salud mental positiva.

Así mismo, uno de los factores de protección de la salud mental mejor estudiados es el apoyo social percibido. Para medirlo, en el Eurobarómetro se ha utilizado la escala de soporte social de 3-item Oslo66. La relación entre las puntuaciones de apoyo social y de salud mental es positiva y significativa en todos los países estudiados. España presenta una de las correlaciones más altas entre apoyo social y salud mental. (ver anexos: Estrategias Nacionales Salud Mental)

Es interesante señalar que las puntuaciones en la escala de salud mental positiva no se corresponden de forma inversa con los datos de salud mental negativa, tal como sería esperable.

II.1. Prevalencia y repercusión de los Trastornos Mentales en población general. **Indicadores de Salud.**

La Organización Mundial de la Salud, en su “Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, estima que más del 25% de los individuos – una de cada cuatro personas – padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Se estima que alrededor de 450 millones de personas padecen diversos trastornos mentales y del comportamiento. Esta situación no se concentra en ningún grupo de población en particular, sino que son problemas universales que afectan a personas de todas las regiones, todos los países y de todas las sociedades. De la misma forma,

están presentes en todas las etapas de la vida de hombres y mujeres, independientemente de su nivel socio-económico y de su ámbito de residencia (urbana o rural).

Hoy en día se asume que las medidas tradicionales de incidencia, prevalencia y mortalidad utilizadas habitualmente para medir la carga de morbilidad parecen ser más adecuadas para las enfermedades agudas, pero plantean importantes limitaciones para ser aplicadas a enfermedades crónicas y discapacitantes como las enfermedades mentales. Una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que originan es el método de la Carga Mundial de Morbilidad (Global Burden of Disease, GBD), donde se propone la utilización de los “Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad” (AVAD).

En las estimaciones originales de la OMS para el año 2000, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 12.3% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones, y se estima que ascenderá al 15% para el año 2020. Este incremento estimado, es superior al que se producirá en el resto de enfermedades en todo el mundo, incluyendo las enfermedades cardiovasculares.

Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad en la actualidad. Considerando únicamente el componente de discapacidad de la carga, las estimaciones de la OMS para el año 2000 muestran que las enfermedades mentales son responsables del 30.8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (APD). En concreto la depresión causa la mayor proporción de discapacidad, casi del 12 % del total. Entre las 10 primeras causas de discapacidad (APD) en el mundo figuran cuatro enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastornos afectivo bipolar (ver tablas en anexos)

En dicho informe se estima que una de cada cuatro familias tiene, al menos, un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento. Las repercusiones que esta situación supone para estas familias incluyen desde aspectos económicos importantes hasta los aspectos emocionales y estresantes relacionados con la convivencia con enfermos mentales con posibles alteraciones de conducta, restricción de actividades sociales y modificaciones en la rutina doméstica. Pero no sólo se deben contabilizar las cargas directas, sino también las oportunidades perdidas, dado que en las familias con algún miembro con un trastorno mental no pueden desarrollar todo su potencial en el ámbito laboral, de las relaciones sociales y del ocio.

En relación al impacto en la calidad de vida y discapacidad de los trastornos mentales en Europa, los resultados del estudio (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004d) sugieren que:

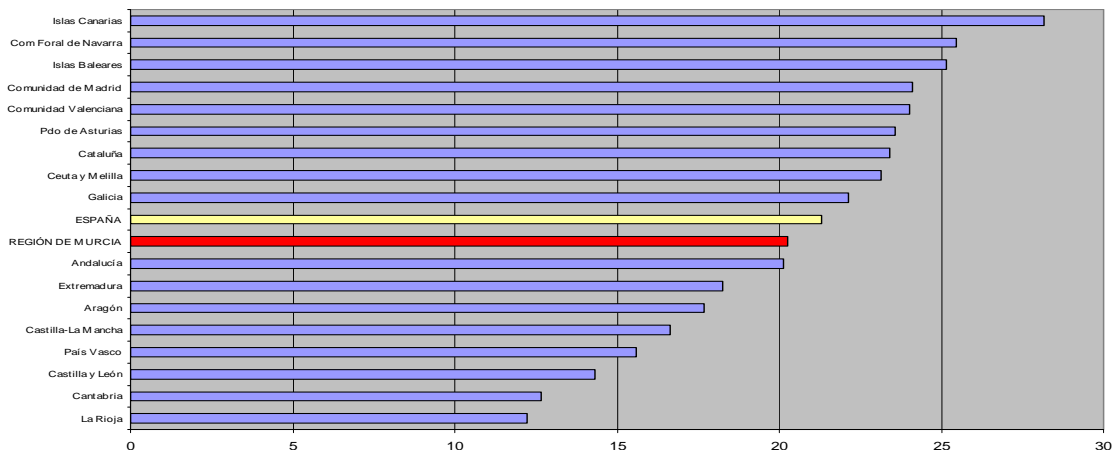
- i) los trastornos mentales se asocian a unos niveles de discapacidad y de pérdida de calidad de vida importantes
- ii) la discapacidad y la pérdida de calidad de vida se incrementan con el número de trastornos mentales presentes mostrando casi una relación dosis-respuesta
- iii) algunos trastornos mentales muestran un mayor impacto que otros. Ajustando por género, edad y la comorbilidad mental y/o física, los cinco trastornos mentales con un mayor impacto son: distimia, episodio de depresión mayor, trastornos por estrés post-traumático, por pánico y fobia social
- iv) el impacto de la patología mental sobre la discapacidad y la calidad de vida parece similar o superior al impacto de otras patologías físicas crónicas comunes (enfermedades neurológicas, artritis, patología cardíaca). Sin embargo, la patología física más incapacitante, la patología neurológica, tiene una prevalencia del 0.9%, mucho menor que cualquiera de las patologías mentales analizadas.

En relación a los patrones de prevalencia de los trastornos mentales en Europa(ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004b), uno de cada cuatro participantes manifestaron haber presentado algún trastorno mental a lo largo de su vida y uno de cada 10 lo han experimentado en los últimos 12 meses.

Prevalencia de trastornos mentales medida a través del cuestionario GHQ-12.

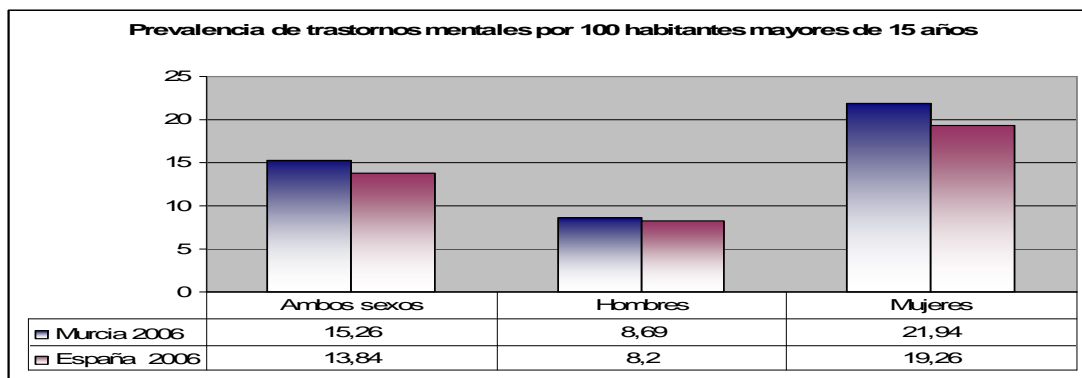
Encuesta Nacional de Salud, 2006

Tasas por 100 habitantes de las personas que obtienen una puntuación mayor de 2 puntos



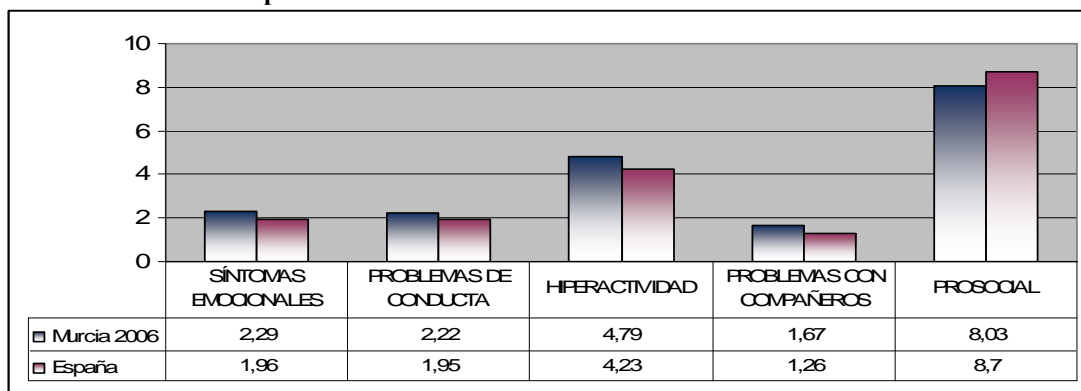
Fuente: INE. Elaboración: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad

En las tablas siguientes extraídas de la Encuesta Nacional de Salud 2006 y de los Indicadores clave del S.N.S. relativos al año 2006, se recogen cifras de prevalencia inferiores, tanto para España como para la Región de Murcia



Fuente: Indicadores claves del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La prevalencia anual de trastornos mentales en niños y adolescentes en la comunidad, aunque no está tan bien documentada como en el caso de los adultos, se estima entre un 12 y un 22 %. A pesar de la gran variación en las tasas de prevalencia, se estima que al menos un 12% de los niños y adolescentes padecían trastornos mentales importantes, y que al menos la mitad se consideraban seriamente incapacitados o alterados por su causa (Oxford D, 2003; Roberts R y cols, 1998, Junta de Castilla y León, 2003).

Salud Mental en población infantil de 4 a 15 años ambos sexos.

Fuente: Indicadores claves del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla: Prevalencia de alteraciones psicopatológicas entre niños y adolescentes.

Edades	Tasa de prevalencia
▪ Pre-escolar (1-6 años)	10.2 %
▪ Pre-adolescente (6 a 13 años)	13.2 %
▪ Adolescentes (≥ 13 años)	16.5 %
▪ En global	21.9 %

Roberts RE, Attikisson CC y Rosenblatt A (1998)

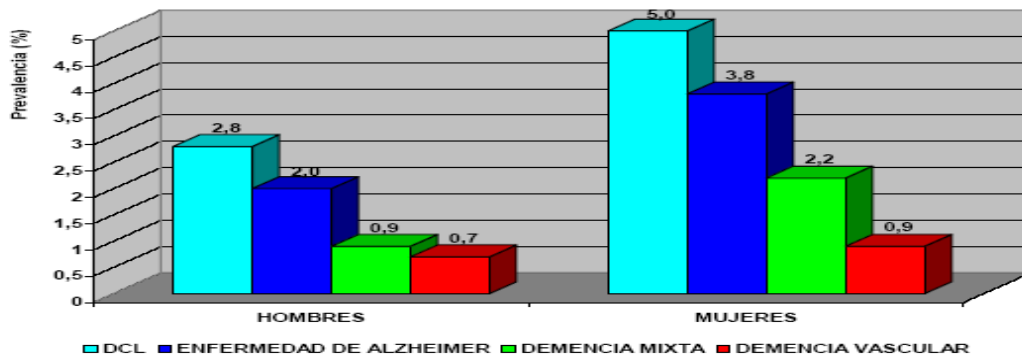
En relación a la población anciana, se ha constatado un progresivo envejecimiento de la población por diversos motivos. Entre ellos destaca el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la tasa de nacimientos general. El cambio más rápido es el que se produce en el grupo de edad más anciana (con más de 80 años). En 1950, el grupo de las personas mayores de 65 años era de un 8% en los países menos desarrollados y de un 13% en los países desarrollados, pero se estima que en el año 2050 aumentará hasta el 20 y el 32% respectivamente (Jorm A, 2003). Al igual que en el caso de la prevalencia de trastornos mentales infanto-juveniles, la información disponible sobre la variación de los trastornos mentales con la edad no es abundante, pero los estudios disponibles sugieren que el envejecimiento de la población conlleva un aumento del número de casos de demencia. Este incremento pudiera ser menos importante en el caso de otros trastornos mentales (Jorm A, 2003).

Tabla: Prevalencia de trastornos mentales en personas de más de 65 años.

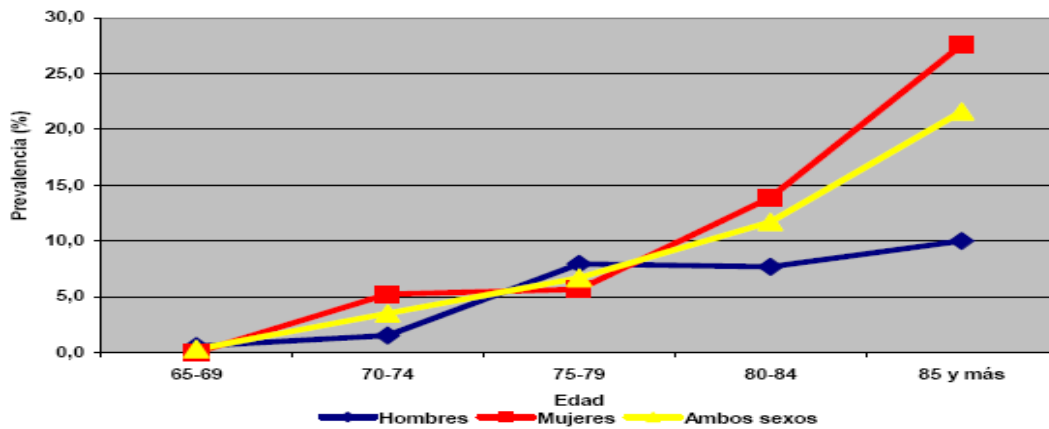
Patologías	Prevalencia
▪ Depresión	15% en población general 25% en atención primaria $\geq 30\%$ en residencias
▪ Ansiedad generalizada	4% en población general
▪ Fobias	10% en población general
▪ Demencia	5% en población geneal $\geq 80\%$ en residencias
▪ Trastornos psicóticos	1% en población general
▪ Delirium	30% en ancianos hospitalizados

MacDonald, AJD (1997)

Prevalencia del deterioro cognitivo leve y subtipos de demencia por sexo



Fuente: Programa Ariadna. Informe mayo 2006. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia
Prevalencia de demencia por grupo de edad y sexo

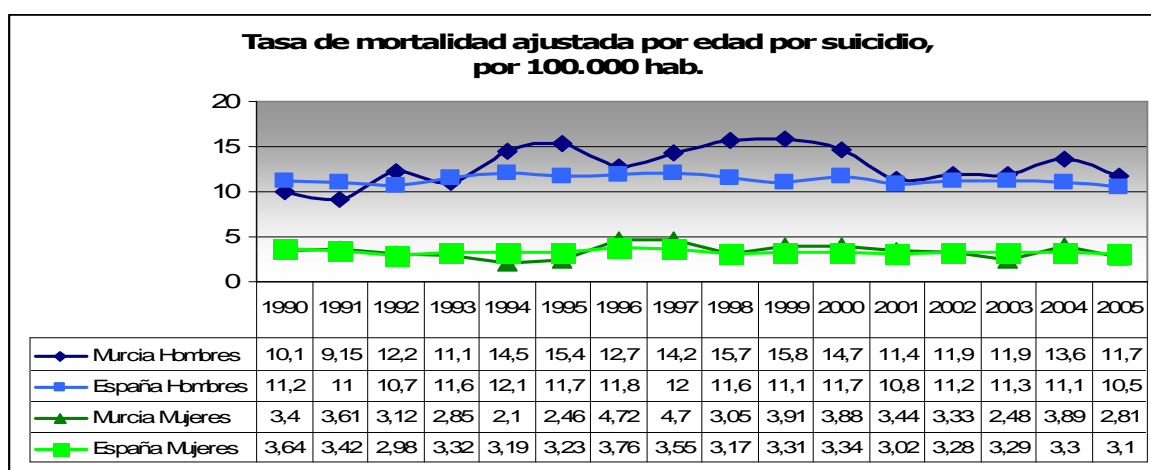
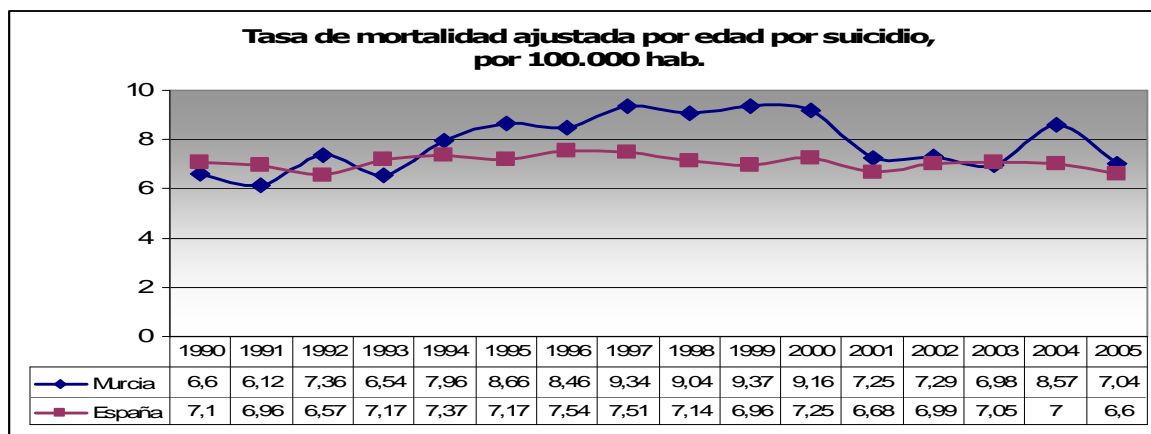


Fuente: Programa Ariadna. Informe mayo 2006. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia

Por otro lado, es muy frecuente que en un mismo individuo coexistan dos o más trastornos mentales asociados o no a trastornos físicos, en especial en edades avanzadas. La importancia de la comorbilidad radica en las graves consecuencias que tiene para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectas.

Los datos disponibles de los países europeos sobre la comorbilidad de la patología mental (ESEMED / MHEDEA 2000, 2004c) sugieren que existen unos niveles altos de comorbilidad en la población general. Las asociaciones más altas se han encontrado entre los trastornos de ansiedad entre sí y entre los trastornos afectivos y los de ansiedad. Los patrones de comorbilidad son consistentes entre los diferentes países participantes. Las mujeres presentan con mayor frecuencia una comorbilidad entre patología afectiva y de ansiedad, mientras que los hombres la presentan entre los trastornos afectivos y/o de ansiedad y los trastornos relacionados con el abuso de alcohol.

Uno de los mayores problemas de salud pública en la actualidad es el suicidio. La tasa de suicidio en el mundo, según los datos proporcionados por la OMS en el año 2001, es de 15,1 por 100.000 habitantes en 1996 (24,0 por 100.000 para la población masculina y de 6, 8 por 100.000 para la femenina). Aunque existen grandes variaciones geográficas, el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes (población de 15 a 34 años), y las cifras disponibles sobre los intentos de suicidio sugieren que puede ser hasta 20 veces superior al número de suicidios consumados. El impacto psicológico y social de un suicidio en una familia y en la sociedad es enorme.



Fuente: Indicadores claves del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Índice de Suicidios ha descendido de manera considerable en nuestra Región, en la misma proporción en que lo ha hecho este índice a nivel nacional, permaneciendo en unas cifras ligeramente superiores a las estatales (4,7 por 100.000 hab., frente a 4,3 de España, año 2005), a pesar de que la tasa de mortalidad en nuestra región es inferior a la de España (7,4 por 1000 hab. frente a 8,9 por 1.000 habitantes).

Comparativa de tasas de mortalidad y suicidio. Murcia-España. 2005

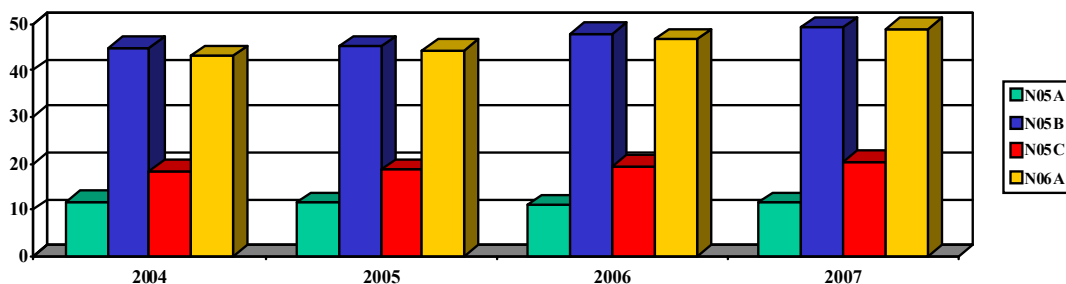
	Murcia	España
Tasa de Mortalidad (Por 1.000 habitantes)	7,4	8,9
Tasa de Suicidios (Por 100.000 habitantes)	4,7	4,3

Fuente: INE. Indicadores demográficos básicos.

Los datos disponibles sobre la utilización de fármacos psicotrópicos en la población general de Europa (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004f) sugieren algunas áreas de mejora en los patrones de prescripción de psicofármacos, en especial en los patrones de uso de los ansiolíticos y los antidepresivos. Entre los sujetos con un diagnóstico de depresión mayor pura en los últimos 12 meses, sólo el 21.2% habían recibido algún antidepresivo y un 18.4% habían recibido ansiolíticos de forma exclusiva. Por otro lado, entre los sujetos sin ningún diagnóstico de patología mental en los últimos 12 meses, un 10.1% referían haber tomado algún fármaco psicotrópico, de los que un 6% estaban tomando ansiolíticos de forma exclusiva.

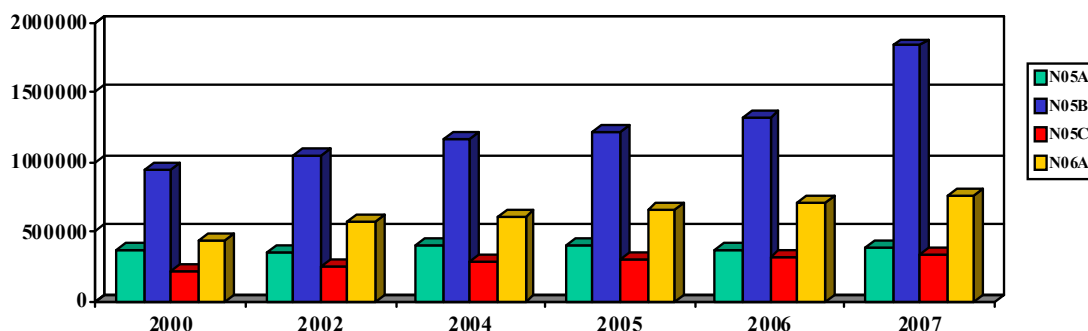
En nuestra Región, estudiando el consumo de psicofármacos a través de la prescripción de recetas, y de las “dosis por habitante día” (DHD) en el periodo 2000-2007, del “Listado de Grupos Terapéuticos con acción sobre el Sistema Nervioso Central”, grupos: N05A (Neurolépticos), N05B (Tranquilizantes), N05C (Hipnótico-Sedantes), y N06A (Antidepresivos), se evidencia un aumento constante anual en los grupos N05B, N05C, N06A, tanto en el nº de recetas como de la dosis diaria ajustada a población. Respecto al grupo N05A se observa que tanto el nº de recetas como la DHD disminuye de manera progresiva hasta el año 2006, presentando una elevación significativa el año 2007, cuya tendencia habrá que sopesar.

Dosis por Habitante y Día. Psicofármacos por grupos terapéuticos



Fuente: D.G.A.S. Servicio de Gestión Farmacéutica. S.M.S.

Prescripción de psicofármacos. Evolución anualizada por grupos terapéuticos



Fuente: D.G.A.S. Servicio de Gestión Farmacéutica. S.M.S.

II.2. Demografía. Estructura de edades. Dinamismo demográfico. Zonas de Salud.

La Región de Murcia está compuesta por 45 municipios con una superficie total de 11.314 Km², con una población de 1.386.287 habitantes, y con una densidad de población media de 122,5 habitantes por Km².

La población se distribuye así: 2 municipios de más de 100.000 habitantes, 2 de 50.000 y 100.000, 10 de 20.000 a 50.000, 13 de 10.000 a 20.000, 9 de 5.000 a 10.000 y 9 menores de 5.000. El 51% de los habitantes de nuestra comunidad se concentran en tres grandes ciudades: Murcia, Cartagena y Lorca, siendo la capital (Murcia) la que concentra el 30% de toda la población.

A efectos sanitarios, la Región está dividida en la actualidad, y hasta que no se produzcan modificaciones del mapa sanitario, en seis áreas sanitarias territoriales, que respondiendo a la Ley General de Sanidad, son las denominadas Áreas de Salud, cuya delimitación ha sido realizada teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de dotación de medios de comunicación, así como de instalaciones sanitarias. A su vez, estas Áreas de Salud se encuentran divididas en 76 Zonas de Salud.

Población total, <16 años, entre 16-64 años, >65 años, por Áreas de Salud.

Áreas de Salud	Población	< 16 años.	16-64 años	> 65 años
ÁREA 1	534.517	97.509 (18,2%)	365.530 (68,4%)	71.478 (13,4%)
ÁREA 2	365.421	66.725 (18,3%)	248.683 (68,0%)	50.013 (13,7%)
ÁREA 3	165.492	29.586 (17,9%)	112.809 (68,2%)	23.097 (13,9%)
ÁREA 4	72.202	12.457 (17,3%)	46.747 (64,7%)	12.963 (18,0%)
ÁREA 5	58.757	11.324 (19,3%)	39.435 (67,1%)	7.998 (13,6%)
ÁREA 6	195.763	36.411 (18,6%)	133.469 (68,2%)	25.883 (13,2%)
Total Región	1.392.117	254.012 (18,2%)	946.673 (68,0%)	191.423 (13,8%)

Fuente: Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2007)

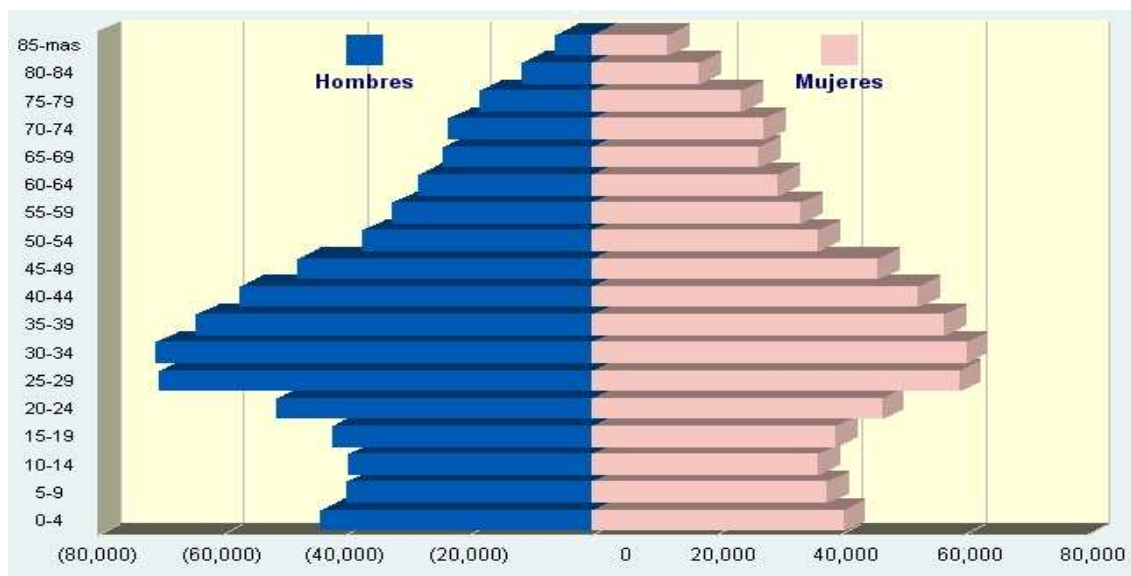
Población de la Región de Murcia por grupos de edad y sexo.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-15 años	131.149	122.863	254.012
16-64 años	492.047	454.626	946.673
> 65 años	83.130	108.302	191.423
Total	706.326	685.791	1.392.117

Fuente: Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2007)

El 85,5% de los habitantes de la Región son españoles (el 81% de los residentes en nuestra región han nacido en ella, y el 83% de ellos en el mismo municipio donde viven), frente al 14,5% de nacionalidad extranjera, de los que se ha producido un notable incremento desde 1991 en que suponían el 0,3%. El porcentaje de extranjeros empadronados en la Región, se ha multiplicado por 12 en los últimos 7 años.

Pirámide de Población



Fuente: INE. Censo de Población y Padrón Municipal de Habitantes. Año 2007.

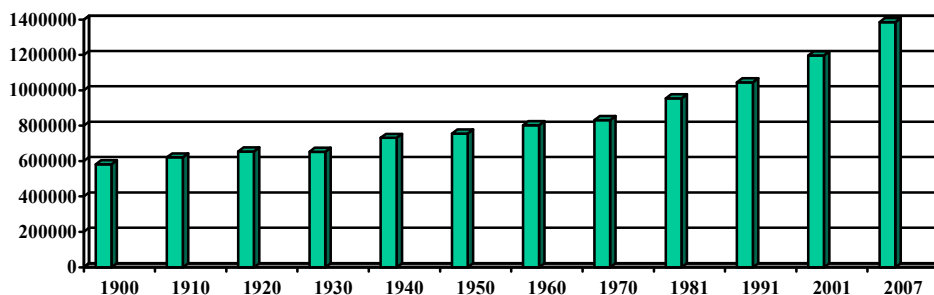
La Región de Murcia se ha caracterizado en los últimos decenios por experimentar un crecimiento mayor que el de la población española. Así mismo, el crecimiento vegetativo es positivo en nuestra Región al superar el número de nacimientos al de defunciones, ocupando el primer lugar por Comunidades Autónomas.



Fuente: Indicadores claves del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

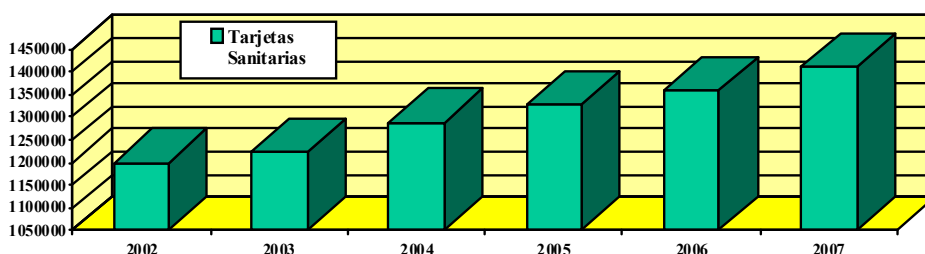
Por municipios, el mayor crecimiento se ha producido en el área sanitaria II, coincidiendo con los de mayor porcentaje de población extranjera (Mazarrón, Los Alcázares, Fuente Álamo, Torre Pacheco, San Javier, Lorca y Jumilla), y solo en algunos casos debido a una alta natalidad.

Evolución de la población de derecho según los censos oficiales. 1900-2007



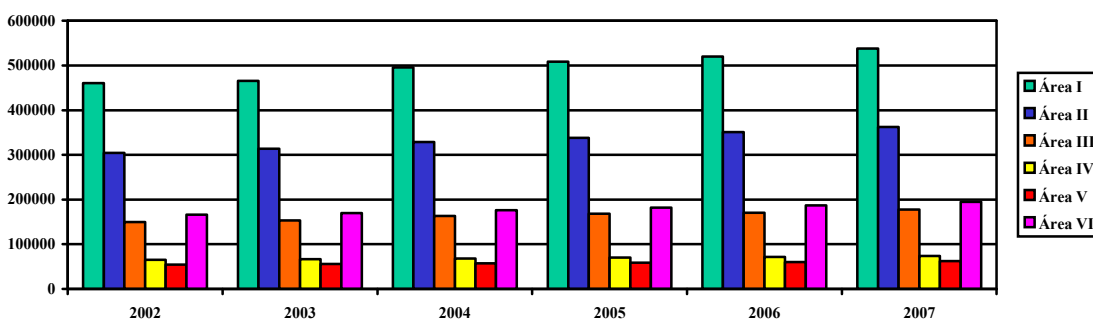
Fuente: INE. Censo de Población.

Usuarios C.A.R.M. con Tarjeta Sanitaria



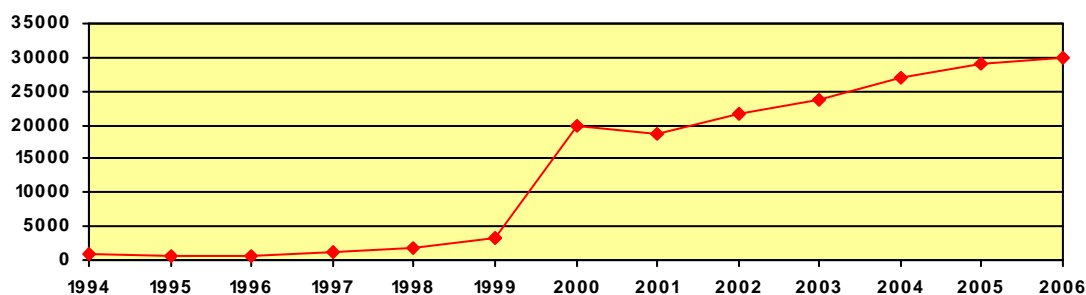
Fuente: D.G. Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Regional de Tarjeta Sanitaria.

Usuarios C.A.R.M. con Tarjeta Sanitaria. Distribución por Áreas Sanitarias.



Fuente: D.G. Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Regional de Tarjeta Sanitaria.

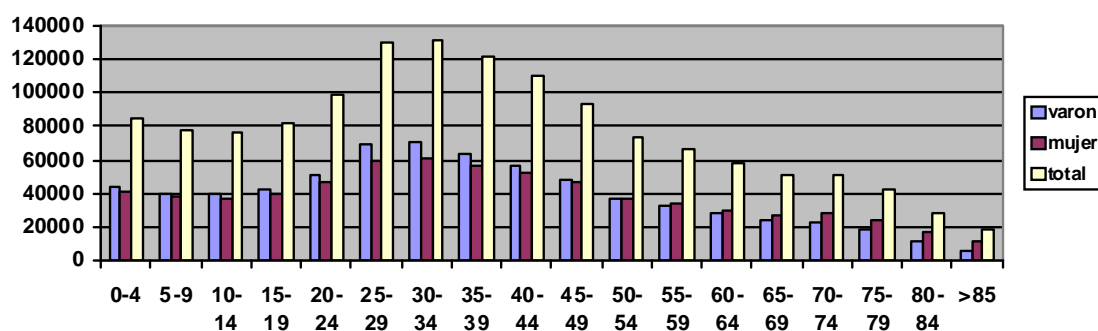
En relación con la estructura demográfica por sexo y edad, es el cuarto año consecutivo en que el número de hombres supera al de mujeres a nivel regional. Esto se debe al aumento de la población extranjera, donde el porcentaje de hombres es mucho mayor que el de mujeres (66% frente al 34%). Así mismo, tenemos una población mas joven que la media nacional (23 % frente al 20,4% de menores de 20 años), estando a la cabeza por comunidades autónomas. En cambio, el porcentaje de mayores de 65 años es menor que en el resto de España (13,8% frente al 15,7%).

Evolución de las Inmigraciones procedentes del extranjero. 1991-2006.

Fuente: INE. Inmigraciones. Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Movimientos migratorios.

Del estudio poblacional conviene destacar la presencia de varios colectivos significativos por incremento de población en el último periodo intercensal: el que corresponde a las edades más tempranas (1-15 años), el referente a las últimas edades de lo que podemos calificar como efectivos demográficos jóvenes (16-25 años), al incremento porcentual de los mayores de 64 años (aumento muy importante del Índice de Vejez en el último decenio), y el de inmigrantes.

Es previsible que debido a este incremento demográfico, existirá mayor presencia social de estos colectivos, que se está traduciendo en mayores demandas de servicios.

Gráfica: Distribución de población por grupos de edad, sexo y totales. Región de Murcia

Fuente: Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2007)

Indicadores de estructura demográfica en porcentajes. Evolución 1981-2007.

	1981	1991	2003	2007
ESTRUCTURA POR EDAD				
Menores de 20 años/Población total	38,2	31,9	23,5	23,0
Entre 20 y 64 años/Población total	51,6	56,2	62,4	63,3
Mayores de 64 años/Población total	10,2	11,8	14,1	13,7
INDICE DE VEJEZ				
Mayores de 64 años/menores de 20 años	26,7	37,1	59,9	59,8
MUJERES EN EDAD FERTIL				
Mujeres de 15 a 49 años/Total mujeres	45,5	49,2	53,0	51,7
PROPORCIÓN DE MASCULINIDAD				
Hombres/Mujeres	96,5	96,2	101,6	103,0

Fuente: INE. Censo Población. Padrón Municipal de Habitantes. Consejería Economía y Hacienda. CREM.

II.3. Antecedentes históricos y Transformación de la Asistencia a la Salud Mental en la Región de Murcia. Marco Normativo.

Antecedentes históricos

Para comprender la actual organización asistencial de la Salud Mental en Murcia es conveniente exponer una breve visión histórica, contemplando la evolución de la asistencia hospitalaria, ambulatoria y los eventos históricos que, coincidentes en el tiempo, han influido en el desarrollo de la actual red asistencial de salud mental en nuestra región. (ver tablas I y II)

A partir de la primera mitad de los años ochenta (casi coincidiendo con el “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” y la “Ley General de Sanidad”) se inicia el proceso de transformación de la Asistencia a la Salud Mental en Murcia con el desarrollo de una red comunitaria de centros de salud mental formada por equipos multidisciplinares. El antiguo Insalud comienza la apertura de alguna unidad de salud mental extrahospitalaria, y también en esta década se inicia la apertura de las primeras unidades psiquiátricas hospitalarias en hospitales generales. En 1988 se publica las “Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia”, que puede ser considerado el 1º Plan de Salud Mental de nuestra Región. (ver tabla III)

En la década de los años noventa, a partir de la creación del Servicio Murciano de Salud (Ley 2/1990), es cuando se produce el mayor desarrollo de los programas asistenciales. Se publican dos Planes de Salud Mental y dos Planes Autonómicos de Drogodependencias, y se sectoriza la asistencia psiquiátrica. Esto permite que los Centros de Salud Mental atiendan a toda la población, y que la demanda se canalice a través de Atención Primaria. (ver tabla IV)

Desde la asunción de las Transferencias Sanitarias (12/2001), en un corto periodo se han producido una serie de eventos de gran trascendencia que van a marcar definitivamente la atención a la salud mental: Ley de Cohesión y Calidad del SNS, Declaración Europea para la Salud Mental (Helsinki), Plan de Acción Europeo en materia de Salud Mental (Libro Verde), Real Decreto de Cartera de Servicios del SNS, y fundamentalmente la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”. (ver tabla V)

En general el análisis de los logros alcanzados por el desarrollo del proceso de Transformación de la Atención a la Salud Mental en el antiguo Servicio Murciano de Salud (SMS) incluye las siguientes hitos:

1. Integración de la psiquiatría por ley en el sistema sanitario general como una especialidad más.
2. Desarrollo de una estructura administrativa, que imparte directrices con competencias para la planificación, gestión y evaluación de los recursos.
3. Integración funcional de todas las redes de servicios psiquiátricos en una única red asistencial.
4. Desarrollo de recursos humanos y estructurales específicos de Salud Mental. Equipos multidisciplinares.
5. Organización de la asistencia en función de cinco programas asistenciales específicos: Programa de Adultos, de Infanto-Juvenil, de Drogodependencias, de Rehabilitación y de Hospitalización.
6. Formación postgrado de profesionales específicos. Creación de la Unidad Docente de Salud Mental (formación MIR, PIR, EIR)

En resumen, el proceso de desarrollo e implantación de la Reforma Psiquiátrica en Murcia está siendo un proceso complejo que ha seguido un ritmo desigual, con diferentes implicaciones de las administraciones responsables. Al igual que lo ocurrido en otras Comunidades Autónomas (García y Vázquez-Barquero, 1999), el mayor peso en el desarrollo e implantación de dicha transformación ha descansado en el Servicio Murciano de Salud, frente al escaso desarrollo alcanzado en el territorio dependiente del antiguo INSALUD. Completado el proceso de transferencia en competencias sanitarias, persisten en nuestra Región algunas diferencias a subsanar para la implantación del modelo comunitario de asistencia, tanto en recursos estructurales como humanos, en las diferentes áreas sanitarias.

A pesar del importante avance realizado, el proceso de transformación de la Atención a la Salud Mental en el Servicio Murciano de Salud, sigue precisando de un compromiso político, económico, técnico y social amplio y mantenido. Las bases teóricas y conceptuales del proceso de transformación siguen vigentes.

La complejidad de la implantación y desarrollo del modelo asistencial, la necesidad de cambios que afectan a diferentes niveles (tanto sanitarios, como políticos y sociales), así como la necesaria adaptación a las líneas estratégicas marcadas por la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” recientemente publicada, justifican la elaboración de este nuevo Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia.

A continuación se recogen, de forma esquemática, los principales eventos en la evolución histórica de la asistencia pública a la Salud Mental, así como la evolución histórica de la legislación en Drogodependencias en la Región de Murcia.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (I)			
Siglos	Hospitalaria		Eventos Históricos
XVI	Ingresos en primitivas “Casas de Misericordia (Barrio de Sta. Eulalia XVI-1759, 1759-1770).		1409 1º Manicomio del mundo en Valencia (Padre Jofré)
XVIII XIX	H. de la Caridad o Provincial en sus diferentes ubicaciones, y por poco tiempo. Envío de pacientes a Valencia, Granada y Barcelona.		Asistencia por Instituciones Religiosas (HH. San Juan de Dios y Mercedarios) en Manicomios y Asilos.
Años	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1770-1847	Casa de Misericordia Colegio de San Esteban	No hay constancia de consultas, si las hubo, se realizarían en el mismo Hosp. Provincial por algún médico general. 1858.- Reglamento de la D.G.Beneficencia, que prevé creación de plazas de psiquiatras. (Murcia solicita 3 y no se conceden por falta de recursos). Se encarga a un médico de plantilla para atender el “Departamento”.	1820 1ª Ley de Beneficencia. Dependencia de las Juntas Municipales.
1820-50	1ª Institución Psiquiátrica en ”Casa-refugio de Recogidas”		1849 2ª Ley de Beneficencia. Dependencia del Estado
1855	Ubicación en el antiguo Hosp. Provincial de Murcia. “Departamento de Dementes”		1862-87 Dctos y RR.OO. sobre traspaso de competencias a las Provincias/Diputaciones.

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (II)			
Años	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1892	(Asilo Provincial Enf .Mentales) 1º Manicomio Provincial en S. Esteban-Murcia (114 camas)	Consulta en el propio Manicomio	Competencias de las Diputaciones
1930-45	Clínicas Psiquiátricas: 1930.- del Dr. Muñoz. 1940.- del Dr. Valenciano 1934.- Talleres Laborterapia en Manicomio (1º en España)		1931.-Decreto sobre Asistencia a Enf. Mentales 1932.-1ªEscuela Enfermeros H.General.(Alberca) 1938-40.- T.E.C. (Cerletti) >1940 (PANAP)Patronato Nacional Asist.Psiq. 1943.- Se excluye asistencia psiquiát. hospitalaria en el Seguro Obligatorio de Enfermedad
1950	1ªCorta-Media estancia (60 camas) en Manicomio Provincial para evitar su paso a pabellones generales	>1960 Insalud inicia asistencia con Neuropsiquiatras.	>1950 Psicofármacos eficaces. Inicios de Reforma en EEUU y Europa. Antipsiquiatría (Basaglia).
1966	2º Manicomio Provincial en El Palmar-Murcia. (Nuevo Hospital Psiquiátrico)	Desde el H.P. pasan consultas en varios municipios. Dispensarios Higiene Mental (AISNA). Consultas en Sanidad y en Cruz Roja	1970-80 1º pasos de Reforma Psiquiátrica en España. Mejora de condiciones en Hosp.Psiquiátricos. Comienza desinstitucionalización de crónicos.
1975-80	Se abren camas psiquiátricas (psicosomática) en M. Interna Hospital Virgen Arrixaca.	1967.- Inicio de Inf-Juvenil (centros diag. y orient. terap.) 1970-80.- Centros educación especial y residencial Inf-Juv.	1975 1ª Cátedra de Psiquiatría en Murcia. 1978 Constitución Española 1979 1ª Cátedra de Psicología Médica

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (III)			
Años	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1983	1983 1ª Unidad de Alcoholismo en Hospital Psiquiátrico	1981-1982 Serv. Ambulatorio Inf-Juvenil en Hosp. Psiq. y en Cruz Roja.	>1980 Inicios de la Psiquiatría Comunitaria.
1986	Apertura de U.P.H. en el Hospital General de Murcia 1ª Camas de UDH en H. General	1982 Apertura de los CSM por Diputación/C.Autónoma. Equipos multidisciplinares.	1982 Estatuto Autonomía de la Región de Murcia 1985 Informe Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica(OM7/83).(Psiquiatría Comunitaria)
1987/8	En H. Virgen Arrixaca 10 camas para internamiento sin formalizar como Unidad Psiquiátrica. (No urgencias)	Apertura por INSALUD de las Unidades de Salud Mental.	1985 1º Plan Nacional de Drogas Plan Regional Intervención en Drogas (PRID)
1987	Hospital Psiquiátrico se divide en dos recursos diferenciados. Agudos (UPH/UCE) y Subagudos (UME) dependen de Sanidad. Residencia Luís Valenciano (ULE) depende de Servicios Sociales.	1º Dispensario de Metadona en Cruz Roja	1986 Ley General de Sanidad. Ley 11/86 por la que se crea el Instituto de Servicios Sociales Región Murcia (ISSORM)
			1988 (1º Plan Salud Mental) Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica en la Región de Murcia.

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (IV)			
Años	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1993	Apertura de UPH en Hospital Rafael Méndez de Lorca.	>1990 Desarrollo de los programas asistenciales (Adultos, inf-Juv, Drogas, Rehabilitación)	1990.- Creación del SMS (Ley 2/1990) 1993.- Plan Autonómico sobre Drogas. Comisionado Regional Drogodependencias
1995		>1995 Desarrollo de las UTOs	1995. - Real Decreto Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. - Orden Sectorización Psiquiátrica Reg Murcia. - 1º Plan Salud Mental Región Murcia (95-98).
1997-1999	Traslado provisional de la UPH V.Arixaca al H.M.Meseguer. Unidad T.C.Alimentaria en H.G.	(1997) Ampliación U.R.(HP)	1997.- Ley de Drogas Región de Murcia
		(1998) U.R.-C.Día Drogas Cartagena y Murcia (1999) U. Rehabilitación Lorca.	1998.- Plan Regional sobre Drogas (98-00) 1999 - Cartera de Servicios Psiquiatría INSALUD - Plan de Salud Mental Región Murcia (99-01)
2000	Derribo del H.General y traslado de esta UPH al H.M.Meseguer, y de la UDH al H.Cruz Roja.	(2001) Nuevo CSM. y U.Rehabilit. San Andrés (Adultos e Inf-Juvenil)	2001-OMS “Informe sobre la Salud Mental en el Mundo” 2002 Transferencias Sanitarias
2001	Apertura provisional de la UPH H.Virgen Rosell. (Cartagena)		

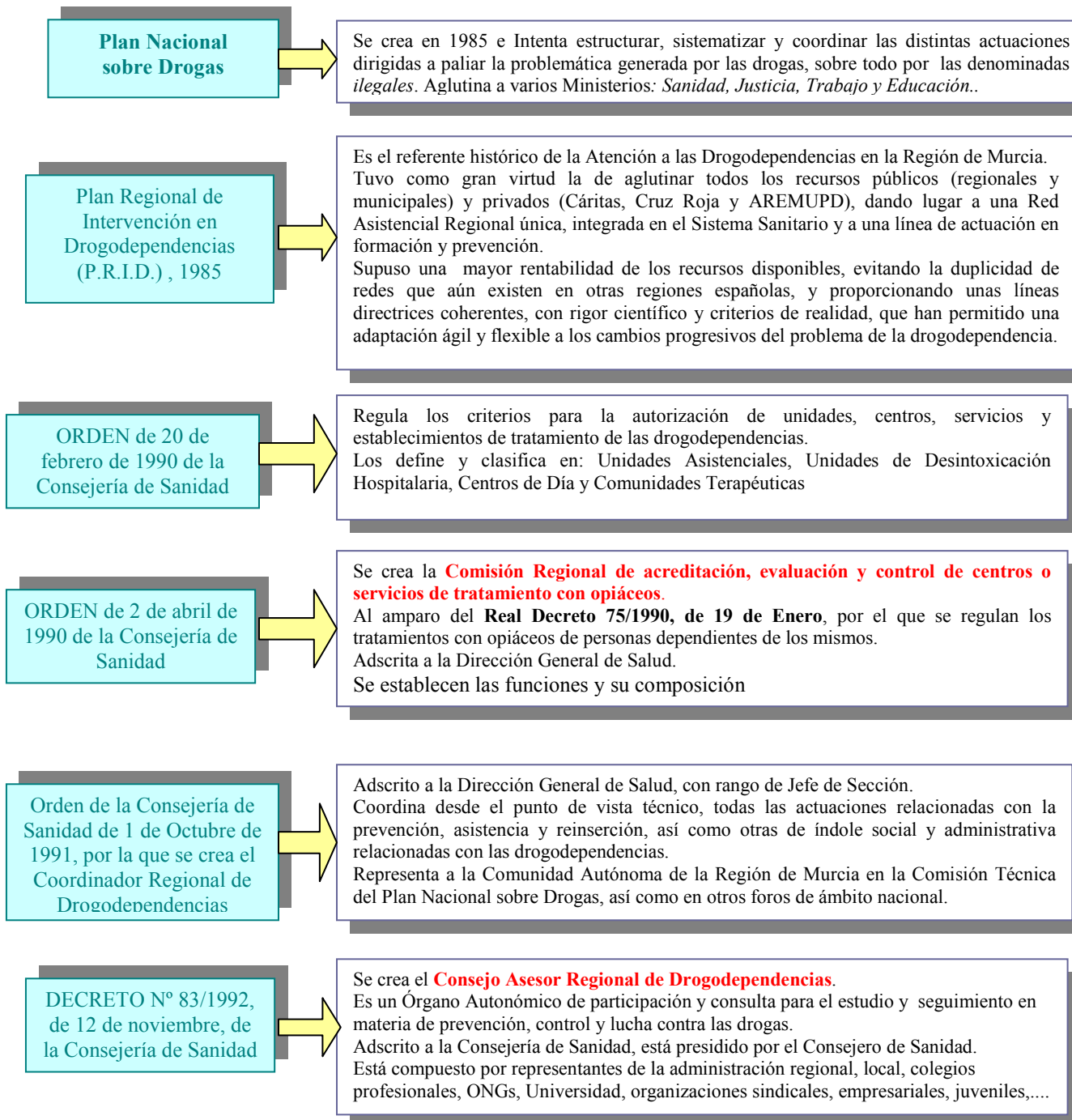
Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (V)			
Años	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
2002	Pabellón Dirección H.P.	Ampliación CSM Molina (Asoc. Murciana Rehabilit.) Nuevo CSM Caravaca ISOL Murcia, Molina (viveros), y Cartagena (Pepenh.)	2003 Ley de Cohesión y Calidad del S.N.S.
2003	Ampliación UPH Lorca		2003 Subd.Gnral.Salud Mental y Asist. Psiquiátrica
2004	-Traslado UPH Rosell-Naval -ULE S.Sociales (miniresid.)	- Nuevo CAD de Murcia - H.Día Patolog. Dual Cartagena - Desarrollo de Reinserción Sociolaboral (EQUAL) -Parque-ISOL Molina ISOL Lorca	2005 (OMS-Helsinki) -Declaración Europea para la Salud Mental -Plan de Acción Europeo/Estrategias de la U.E. en materia de Salud Mental. (Libro Verde)
2005	UPH Hospital Reina Sofía UTA Hospital Reina Sofía UDH Hospital Reina Sofía Concierto camas Media-Larga estancia (Clínica S.Felipe)		2006 - Plan Salud Mental-Drogas Reg. Murcia (2006-09) -Ley 1/2006 por la que se crea el IMAS -Acreditación Regional formac. EIR-Salud Mental -Real Decreto Cartera Servicios del S.N.S. -Estrategia en Salud Mental del S.N.S. (12/06) -Ley 39/2006 de Promoción de Autonomía Personal y Atención a Personas con situación de Dependencia 2007 - Plan Drogodependencias 2007-2010
2006	-Ampliación UME H.Psiquiát. -Apertura de UPH en Hospital Morales Meseguer. Murcia	U.Rehabilit.-H.Día de Cartagena U.Rehabilit.-H.Día de Caravaca U.T.O. Caravaca -ETAC Cartagena -ISOL (Inserción Socio-Laboral) en Caravaca y Cartagena	
2007			

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

MARCO REFERENCIAL. EVOLUCIÓN HISTÓRICA SOBRE LEGISLACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS EN LA REGIÓN DE MURCIA

NORMATIVA ESPECÍFICA EN DROGODEPENDENCIAS Y ESTRUCTURAS DE REFERENCIA



Se crea el Comisionado para la Droga de la Región de Murcia, 1993

Dependiente de la Consej. de Sanidad y Asuntos Sociales, con rango de Director General. Coordina desde la vertiente política todas las actuaciones relacionadas con la prevención, asistencia y reinserción, así como otras de índole social y administrativa relacionadas con las drogodependencias. Tiene la misión de dirigir la elaboración y posterior dirección política del Plan Autonómico sobre Drogas. Representa a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas, así como en otros foros de ámbito nacional e internacional.

Plan Autonómico sobre Drogas 1993-1996

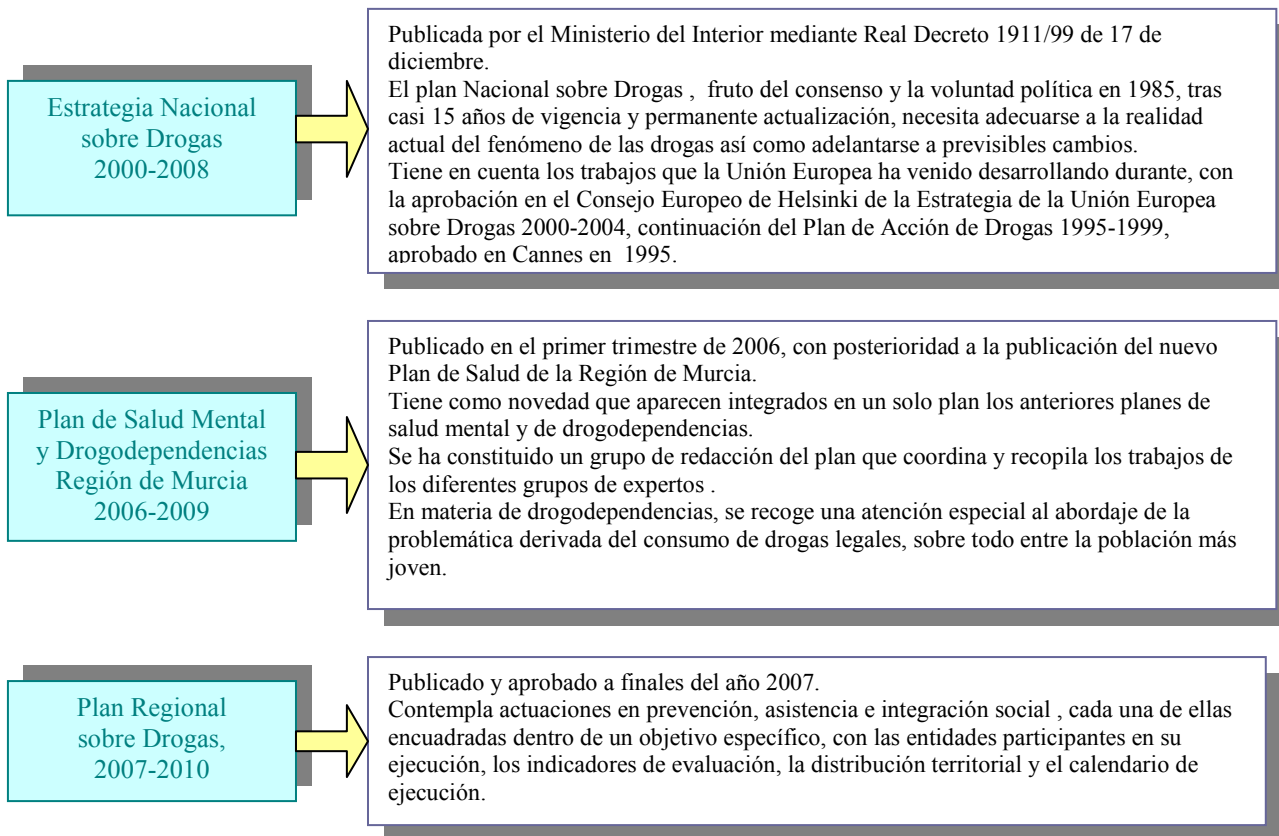
Establece los objetivos, las estrategias y las actividades, tanto en el ámbito de la prevención, asistencia, reinserción, formación y coordinación. En materia asistencial configura los recursos en los tres niveles: Primer nivel: Atención Primaria, Centros de Servicios Sociales, Serv. Médicos de empresa, ONGs. Segundo nivel: Centros de Atención a Drogodependientes y Centros de Salud Mental. Tercer nivel: Unidades de desintoxicación hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Centros de Día y Unidades de Tratamiento con opiáceos.

Ley 6/1997, (de 22 de octubre) sobre Drogas, para la prevención, asistencia e integración social

Se estructura en un título preliminar y siete títulos:
Título preliminar, en el que se establece el objeto y el ámbito de aplicación y sus principios rectores.
Título I, que recoge las actuaciones de prevención a través de medidas de reducción de la demanda y de la oferta de drogas, dando prioridad a las actuaciones dirigidas a niños y jóvenes, a la formación de profesionales y mediadores sociales.
Título II, donde se contemplan las actuaciones asistenciales, poniendo énfasis en la titularidad pública de las mismas, e incorporando la asistencia a los colectivos más vulnerables (programas de reducción de daño, ámbito judicial y penitenciario).
Título III, dedicado a las medidas de integración social, priorizando las políticas de formación y empleo, contando con la participación del tejido asociativo y de los agentes sociales.
Título IV y V, que regulan los instrumentos de planificación, coordinación y participación, estableciendo el Plan Regional sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones.
Título VI, donde se establecen las infracciones a esta Ley, así como el régimen sancionador. La edad mínima para la venta o dispensación de bebidas alcohólicas y tabaco se sitúa en los 18 años.
Título VII, donde, por último, se describen las formas de financiación para la materialización de los objetivos perseguidos por la Ley y establecidos en el Plan Regional sobre Drogas.

Plan Regional sobre Drogas, 1998-2000

Contempla 65 actuaciones en prevención, asistencia e integración social, cada una de ellas encuadradas dentro de un objetivo específico, con las entidades participantes en su ejecución, los indicadores de evaluación, la distribución territorial y el calendario de ejecución. Es la primera vez que un Plan de Drogas cuenta con una financiación definida para cada una de las actuaciones, durante su periodo de ejecución. Presenta un anexo sobre **organización y funcionamiento de centros y unidades de atención a drogodependencias**, que describe, entre otras cosas las funciones del médico en los centros y unidades de atención a drogodependientes, así como las del resto del equipo. En la actualidad se encuentra prorrogada la vigencia del Plan, hasta la publicación del próximo. El nivel de cumplimiento ha sido muy alto, casi el 90% de los de las actuaciones propuestas han sido desarrolladas.



Relación del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) con la atención al Enfermo Mental Crónico (EMC)

En relación con el ISSORM/IMAS y la atención a EMC, en el año 1985, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica propone una serie de “Principios para un Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica” entre los que figura el establecimiento de prestaciones sociosanitarias suficientes para el enfermo mental, cualquiera que sea su edad, condición, etc. En este mismo sentido la Ley 14/86, de 25 de Abril, General de Sanidad, vincula el desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental.

Basada en esta normativa legal comienza a principios del año 1986 la desagregación de la Residencia para Enfermos Mentales Crónicos “Luis Valenciano” del Hospital Psiquiátrico Provincial, constituyéndose en unidad independiente de funcionamiento.

La Ley 11/86 de 9 de Diciembre, de Creación del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia” (ISSORM), en su Art. 3, recoge, entre otras, como funciones del mismo:

- La gestión de los servicios sociales regulados por la Ley 8/85, de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

En su Disposición Adicional Primera se le adscribe la Residencia para Enfermos Mentales Crónicos “Luis Valenciano”, de El Palmar.

En el año 1988, en línea con lo preceptuado en la Ley 14/86, General de Sanidad, se elabora el documento “Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia”, que fija sus objetivos básicos en:

- Configurar un nuevo modelo asistencial en el área de la salud mental que debe ser implantado durante el proceso de reforma sanitaria iniciado
- Establecer las líneas de actuación que, partiendo de la situación actual, deben conducir a dicha implantación.

Todo ello queda reafirmado en la nueva Ley 3/2003, de 10 de Abril, del “Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia”, en la que se reitera el mandato de la anterior en sus artículos 10 y 13 y vincula de forma especial en su artículo 23 al Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia la “ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociales para los colectivos, entre otros, de personas mayores, personas con discapacidad, enfermos mentales crónicos así como las demás atribuciones que le asigna dicha Ley”.

Basada en los mandatos de Ley existentes, comienza en el año 1995 la reordenación de la “Residencia para Enfermos Mentales Crónicos Luis Valenciano”, dentro del ámbito de los Servicios Sociales, concretamente enmarcada en las competencias del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia (ISSORM).

Este Centro, desagregado del Hospital Psiquiátrico Provincial, inicialmente atendía a más de 500 enfermos mentales, con diferentes patologías y necesidades de tratamiento, por lo que el ISSORM ordena la creación de 3 centros diferenciados para dar la necesaria atención a las características especiales que presentan cada grupo, así como la reubicación en otros Centros del Instituto de parte de su población:

- Residencia Psicogeriatrica “Dr. Fco. Javier Asturiano”, actualmente “Virgen del Valle”
- Centro Ocupacional “Dr. Julio López Ambit”, destinado a la atención de personas con enfermedad mental y deficiencia mental asociada.
- Residencia para Enfermos Mentales Crónicos “Luis Valenciano”.
- Se añade una unidad psicogeriatrica en la Residencia de Personas Mayores de Espinardo, también procedente de la misma reordenación.

A partir del año 2005, se inicia la transformación arquitectónica de la antigua Residencia “Luis Valenciano”, existiendo en la actualidad 5 módulos o miniresidencias con una capacidad total aproximada de 120 pacientes, así como una Residencia Psicogeriatrica con una capacidad provisional de 100 plazas, ampliable a 140.

En el año 2006 se suprime el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia (ISSORM), y se crea el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), adscrito igualmente a la Consejería de Trabajo y Política Social, como nuevo organismo autónomo (Ley 1/2006, de 10 de abril), se le dota de una nueva asignación de funciones y una nueva organización, siendo sus áreas de actuación: “personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental crónica, personas con riesgo de exclusión social, y cualquier otro colectivo necesitado de protección social”.



III. Organización asistencial. Marco de referencia

III.1. Misión, visión y valores

La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud han optado por el enfoque en procesos como sistema de gestión para llevar a toda la organización hacia la excelencia a través del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

La gestión por procesos se basa en los principios de la calidad total (satisfacción de los usuarios/clientes, implicación activa de los profesionales y mejora continua de las actividades). A las organizaciones les permite mayor eficacia y flexibilidad para optimizar resultados, para adaptarse a los nuevos requerimientos de los clientes y mejorar tanto la calidad de los servicios ofertados como la satisfacción de sus profesionales.

La “Estrategia Nacional en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” también aboga por mejorar la calidad, la equidad y la continuidad a los problemas de salud mental, considerando la gestión por procesos como un camino a seguir.

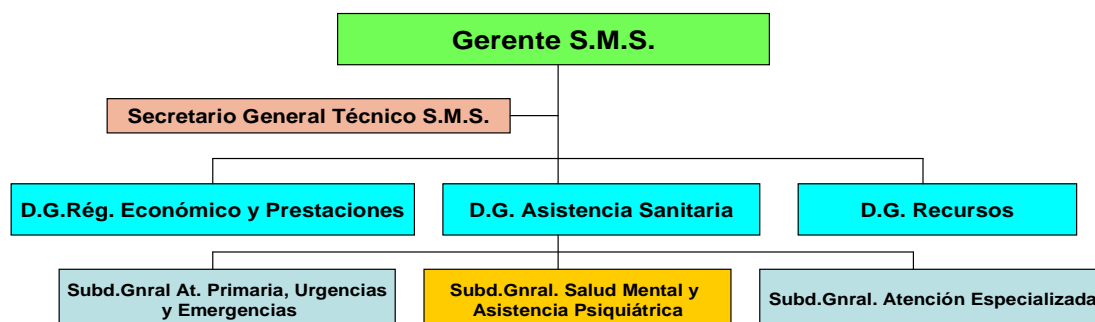
Recientemente se ha formado en EFQM a personal directivo de todas las gerencias de hospitales, atención primaria y salud mental, estableciendo el marco idóneo para asegurar “la continuidad asistencial a través de una red de integrada de servicios que incluya los hospitales generales y coordinados con atención primaria” tal como propone la Estrategia.

La Subdirección de Salud Mental a lo largo de los dos últimos años ha formado a los coordinadores de centros de salud mental y drogodependencias, unidades de rehabilitación y centros de día, y jefes de servicio de unidades de psiquiatría de los hospitales, para elaborar un proceso de continuidad de cuidados para el trastorno mental grave.

Siguiendo la metodología de la gestión por procesos, en primer lugar tenemos que ubicar la Subdirección dentro del Servicio Murciano de Salud (figura 1) y desplegar los diferentes servicios y unidades que la componen (figura 2).



Organigrama Servicio Murciano de Salud





Organigrama Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica



** Ubicado en actividad asistencial

Los diferentes unidades y servicios de la Subdirección definieron en primer lugar la misión, visión y valores, para luego desarrollar sus procesos operativos.

MISIÓN (BORM de 10/01/2003)

- Planificación, Gestión y Evaluación de los recursos específicos de Salud Mental integrados en la red pública del SMS, así como de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia y reinserción en materia de enfermedades mentales y asistencia psiquiátrica.
- Coordinación con otros ámbitos sanitarios y sociales (Atención Primaria y Especializada, Servicios Sociales, ONGs,...), imprescindibles para garantizar una adecuada continuidad de cuidados con criterios de máxima calidad, eficacia, eficiencia y efectividad.
- Promover el máximo compromiso de los profesionales integrados en equipos multidisciplinares, con una cultura asistencial de servicio e innovación continuada de la cartera de servicios, el desarrollo personal y profesional del equipo humano y su implicación en la docencia, formación continuada y la investigación en Salud Mental

VISIÓN

- La **SGSM** pretende la máxima calidad, eficacia, eficiencia y seguridad de sus servicios, procurando la mejor atención al paciente
- Comprometida con el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores, e intentando implicar al ciudadano con su proceso asistencial
- Orientada a un desarrollo en el marco comunitario, en coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y no sanitarios
- Con una concepción integral de la salud mental, tanto en lo referente a una perspectiva biopsicosocial del enfermar, como a la inclusión de las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales
- Contemplando la continuidad asistencial y el abordaje multidisciplinar del paciente

VALORES

El modelo de atención a la Salud Mental debe estar basado en los siguientes valores:

- Universalidad y accesibilidad en la asistencia (carácter público)
- Equidad
- Participación y corresponsabilidad ciudadana
- Trabajo en equipo
- Transparencia y descentralización de la gestión
- Fomento de la investigación e innovación
- Cooperación con otros organismos públicos y privados implicados en la Salud Mental

III. 2. Competencias de la Subdirección. Mapa 0.

Las competencias de la Subdirección General de Salud Mental vienen reflejadas en el BORM de 10/01/2003. Es la unidad a través de la cual la Dirección General de Asistencia Sanitaria ejerce las siguientes funciones y atribuciones:

- La asunción de la dirección técnica, programación, coordinación y evaluación de todos los centros, unidades y servicios de salud mental hospitalarios y extrahospitalarios y de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia y reinserción en materia de enfermedades mentales y asistencia psiquiátrica.
- Gestionar la información periódica de carácter asistencial.
- Formular, recibir y recomendar para su aprobación, propuestas de directrices, procedimientos, normas de funcionamiento y protocolos sobre actividades relativas a la asistencia, docencia e investigación en el campo de la salud mental y administrar las mismas una vez aprobadas.
- Proponer las variaciones necesarias en los servicios y en los recursos y plantillas asignados a los servicios de su dirección, a fin de conseguir los niveles de calidad y eficacia apropiados.
- Evaluar en el ámbito funcional a los responsables de sus unidades, informando de los resultados.
- Elaborar la propuesta de objetivos, actuaciones y memoria anual.
- Establecer con cada uno de los Directores o responsables jerárquicos de los centros o servicios, para su elevación al Director General de Asistencia Sanitaria:
 - Los objetivos que deberán lograrse durante el siguiente año para alcanzar un mejor nivel de calidad asistencial.
 - Los presupuestos para el siguiente año en cuanto al personal, gastos de funcionamiento e inversiones.
- Asesorar de forma permanente al Director General de Asistencia Sanitaria.
- Coordinar sus actividades con otras unidades de la Dirección General.
- Todas aquellas funciones que se le encomienden dentro del ámbito de su competencia.

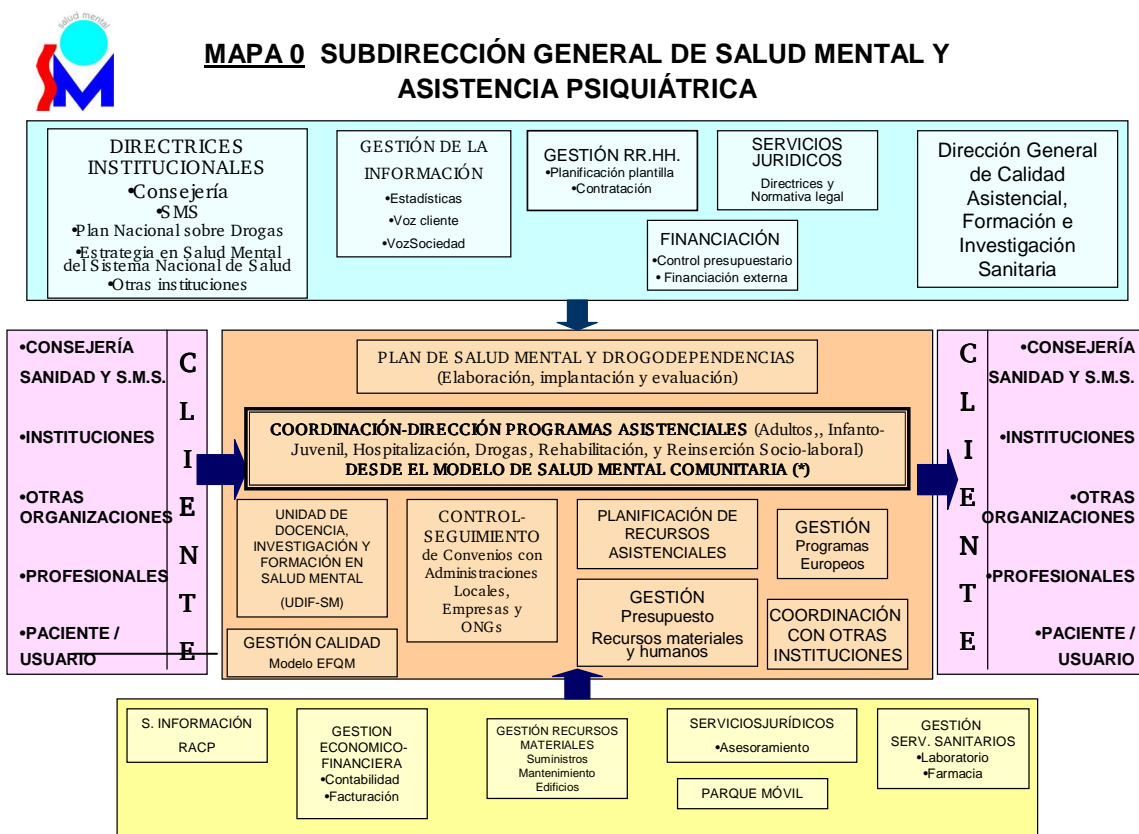
En la Subdirección se integran: los Centros periféricos de Salud Mental y los Centros de Asistencia a Drogodependientes. Las funciones de estos Centros son asistenciales, de promoción y prevención de la salud mental, formación, investigación y docencia y de coordinación.

Para la ejecución de sus funciones, ésta se estructura en los siguientes Servicios asistenciales:

- Servicio de Drogodependencias.
- Servicio de Programas Asistenciales de Adultos y Rehabilitación.
- Servicio de Programas Asistenciales Infanto-Juvenil.

Como se ha expuesto, en una primera fase, esta Subdirección además de ejercer las funciones y atribuciones que se especifican, integra dependiendo de la misma, de forma provisional, a los CSM/CAD de la red asistencial, disponiendo de presupuesto propio para gestionar directamente estos recursos. En una segunda fase, el objetivo previsto es que se adscriba cada uno de los CSM/CAD a sus Gerencias de Área respectivas, para funcionar de una manera más acorde con el modelo de gestión sanitaria del S.M.S.

Todas estas competencias se han integrado en el mapa 0 de la Subdirección (figura 3).



(*) Ver gráfica anexa del modelo de Salud Mental Comunitaria

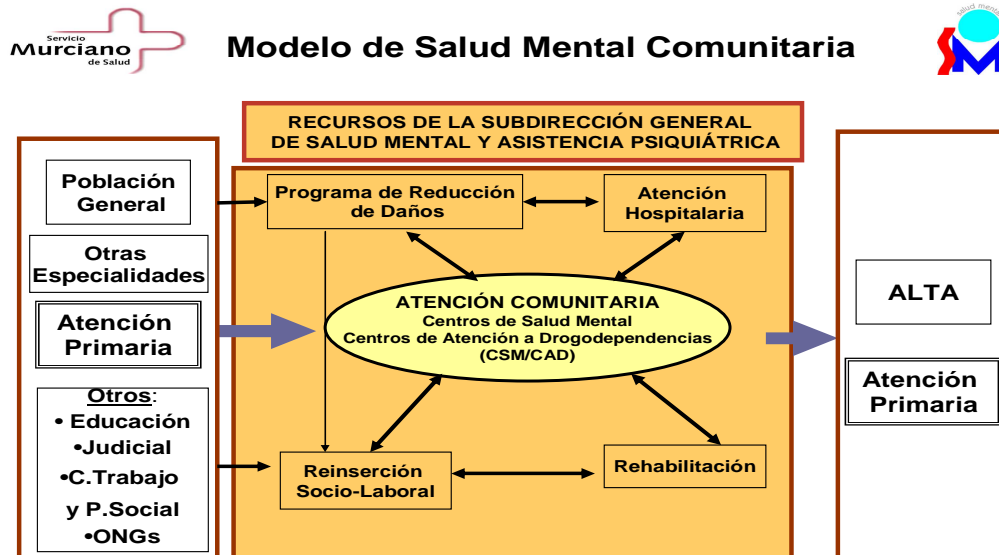
III.3. Organización y Gestión. Procesos Asistenciales.

La red de Salud Mental de la Región de Murcia se organiza en diversos programas asistenciales: Adultos, Infanto-Juvenil, Drogodependencias, Rehabilitación y Hospitalización.

- El **Programa Adultos** se organiza y actúa en relación a la Salud Mental de la población general mayor de 16 años, que resida en el área de salud correspondiente. (Consideramos dentro del Programa Adultos el **Subprograma Psicogeriatría** en relación a población mayor de 65 años).
- El **Programa Infanto-Juvenil** debe cubrir a la población comprendida entre 1 y 15 años, que resida en el área de salud correspondiente.
- El **Programa Drogodependencias** va dirigido a la población con problemas de abuso y dependencia de alcohol, tabaco y drogas ilegales, así como las ludopatías (como conducta adictiva)
- Estos tres programas deben cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos, así como las correspondientes tareas de rehabilitación.
- El **Programa Rehabilitación y Reinserción** constituye una parte esencial de los dispositivos asistenciales. Su finalidad es lograr el máximo nivel posible de recuperación, normalización del comportamiento e integración psicosocial, evitando la marginación y estigmatización que supone la pérdida de la salud mental.
- El **Programa Hospitalización** se dirige a la población con problemas de salud mental que, por sus características clínicas, no es posible atender en el ámbito extrahospitalario.

Pueden consultarse las Guías de organización y funcionamiento de los diferentes programas en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=2904&idsec=88#psm>

La organización asistencial de la red de salud mental quedaría integrada dentro del modelo de salud mental comunitaria. Se representa gráficamente en la figura siguiente



La complejidad que supone la atención integral a los problemas de Salud Mental desde un modelo de Salud Mental Comunitaria exige que profesionales con distinta formación y cualificación participen en la actividad asistencial, aportando de forma complementaria los

conocimientos y habilidades propios en cada caso en coordinación con las de los demás dispositivos asistenciales.

Estos dispositivos incluyen desde los Centros de Atención Primaria a los dispositivos específicos de Salud Mental, pasando por otras especialidades médicas y estructuras socio-sanitarias específicas.

Aunque hoy en día ya no se cuestiona la importante labor que está realizando y que debe realizar el personal sanitario de Atención Primaria en la atención a los problemas de Salud Mental, aún no se ha desarrollado un modelo de integración claro. En general, el más desarrollado en nuestro entorno es el de “consulta y enlace” entre los diferentes equipos de Atención Primaria y los equipos comunitarios de salud mental.

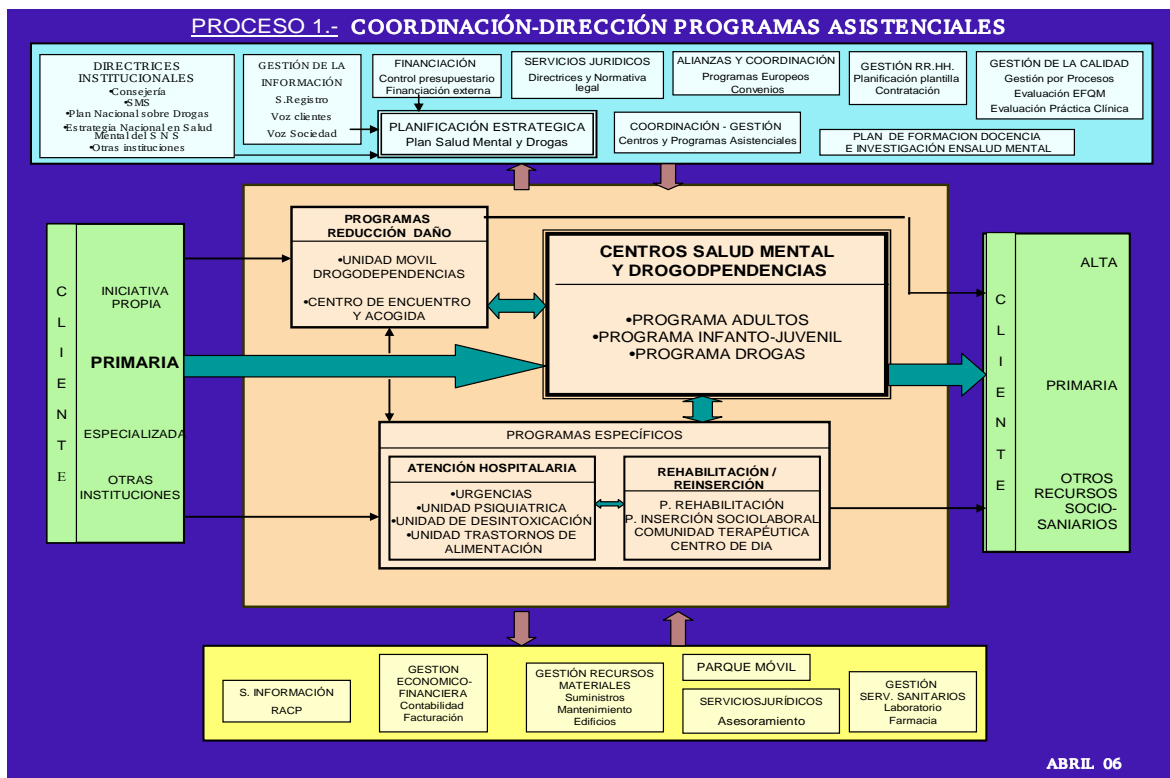
La creación por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental, de orientación multidisciplinar con representantes de los diferentes profesionales implicados (médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería y trabajo social), ha venido a mejorar y regularizar la colaboración y comunicación de ambos.

El objetivo general básico de esta comisión es el de promover iniciativas y asesorar de forma permanente en cuantos temas compartidos relacionados con Atención Primaria y Salud Mental les sea encargados mediante el desarrollo de estrategias de implantación del modelo de Salud Mental Comunitaria en las relaciones entre Atención Primaria y Salud Mental, la identificación de áreas de mejora y la propuesta de estrategias para su desarrollo.

Fruto de este trabajo son los documentos: “Comisión Mixta Atención Primaria y Salud Mental.”, “Relaciones Atención Primaria-Salud Mental: Hacia un modelo de Cooperación”, y la “Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos”

La organización y gestión de procesos asistenciales de la red de salud mental se representa gráficamente a partir del mapa 0, como proceso 1: Coordinación-dirección programas asistenciales.

Figura 3. Proceso 1 de la Subdirección de Salud Mental



III.4. Gestión del Conocimiento. Formación Continuada, Docencia, Investigación.

Los servicios sanitarios son considerados en la actualidad como organizaciones intensivas de conocimiento. La Gestión del Conocimiento, se constituye en la actualidad, como una de las principales estrategias de gestión en las organizaciones sanitarias para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria ofertada. Dentro de la Gestión del Conocimiento se incluyen aspectos que tradicionalmente han sido abordados de forma independiente, pero que en los inicios del Siglo XXI deben ser considerados desde una visión integradora (la formación pregrado, la formación especializada, la formación continuada y la investigación)". Este modelo requiere una integración lo más completa posible entre las áreas de gestión, la parte clínico-asistencial y el área de formación, docencia e investigación.

Desde la publicación del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2006-09, la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (SGSM y AP) del Servicio Murciano de Salud ha ido desarrollando una serie de actuaciones en relación a la Gestión del Conocimiento:

1. Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM)
2. Formación Continuada
3. Formación especializada
4. Formación pregrado
5. Investigación.

1.-Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM)

La SGSM ha creado la **Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM)** de ámbito regional y con competencias directas en la formación continuada, formación especializada e investigación. La UDIF-SM se constituye como una unidad de orientación multiprofesional desde el ámbito de la Salud Mental Comunitaria. Bajo este modelo, respaldado por todos los organismos internacionales, nacionales y regionales, como el más adecuado para la asistencia a los problemas de Salud mental, la atención se centra en el abordaje multiprofesional a estos problemas incluyendo a psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, trabajo social/ocupacional, y otros profesionales sanitarios de otras especialidades o no sanitarios.

La UDIF-SM que depende de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (SGSM y AP) del Servicio Murciano de Salud, ha definido su misión, visión y valores siguientes:

MISIÓN:

- Promover una atención sanitaria de calidad a los problemas de salud mental en la R. de Murcia coherente con el modelo de Salud Mental Comunitaria, mediante el desarrollo personal y profesional de los diferentes trabajadores de la red asistencial fomentando una cultura de servicio, de innovación continuada y de compromiso con la organización sanitaria y con la excelencia profesional al servicio de los ciudadanos.
- Para ello, se coordina, promueve y organiza el ámbito regional una adecuada docencia, investigación científica y formación continuada y especializada mediante el modelo de gestión del conocimiento que incluye un abordaje integral y multiprofesional de las mismas con un uso eficiente de los recursos (humanos, estructurales y económicos).

VISIÓN:

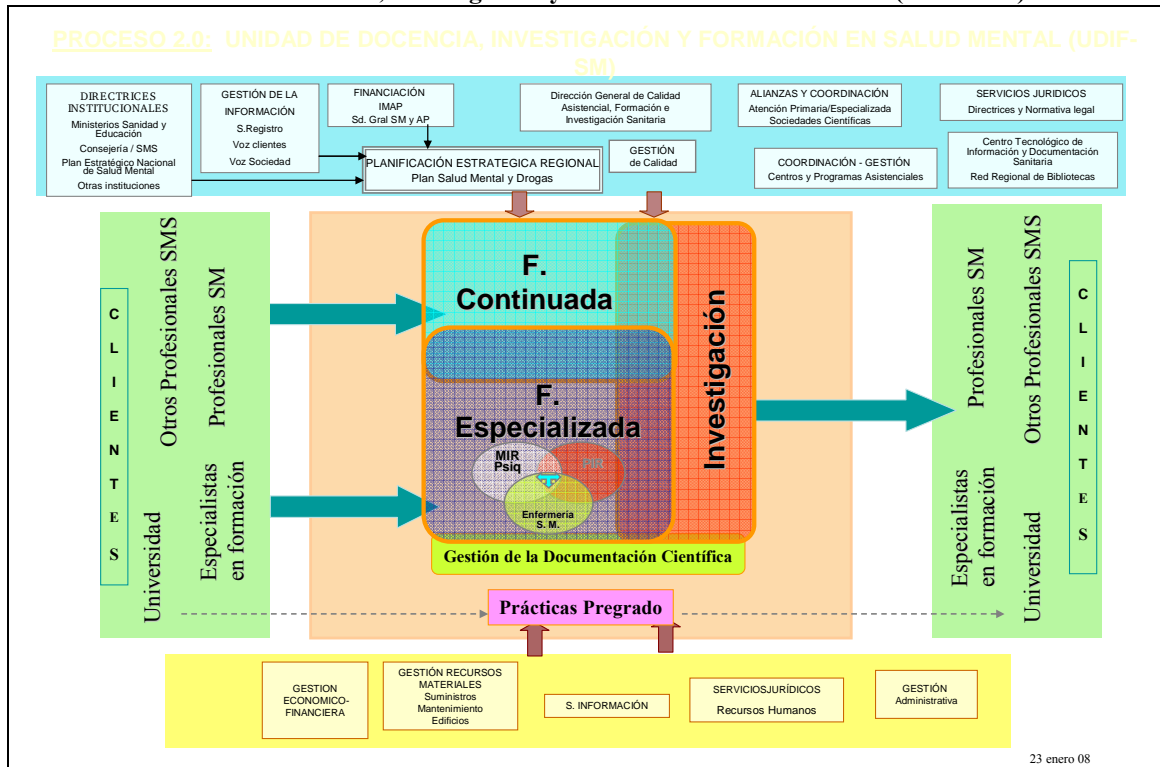
- Contribuir a que la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica del Servicio Murciano de Salud sea reconocida como una de las mejores organizaciones asistenciales a los problemas de Salud Mental por sus excelentes resultados, la alta calidad asistencial prestada y por el compromiso de sus trabajadores con la excelencia profesional y con la población de la Región de Murcia.
- Ser una unidad docente de referencia regional y nacional en la gestión del conocimiento en Salud Mental.

VALORES:

- Intentamos ser acogedores y accesibles para nuestros compañeros, a los que consideramos como nuestro más valioso activo
- Apoyamos una cultura centrada en la mejora continua desde la gestión del conocimiento y que implica una actitud positiva hacia el cambio y alienta la innovación.
- Buscamos la integración organizativa con el fin de lograr la utilización óptima (eficiente y eficaz) de los recursos colectivos de la organización.
- Nos esforzamos en proveer un ambiente que apoye y aliente el liderazgo, así como la participación activa de todos los profesionales, fomentando un trabajo en equipos multiprofesionales coherentes con el modelo asistencial.

Dentro de la estrategia general de implantación de la gestión por procesos, la UDIF-SM está elaborando sus principales procesos.

Proceso 2.0: Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM)



2.- Formación Continuada

La SGSMYAP del Servicio Murciano de Salud ha fomentado la Formación Continuada como una clara estrategia de gestión. La ha considerado no como un fin en sí mismo, sino como un medio para mejorar las competencias de sus profesionales y desarrollar un sistema de gestión del conocimiento que facilite la adaptación eficiente y eficaz de la organización a un entorno cambiante. Es algo más ambicioso que la mera realización de actividades formativas aisladas.

Las líneas directrices que se han ido consolidando en los diferentes planes de formación continuada pueden esquematizarse en:

1. Descentralización
2. Orientación multiprofesional
3. Formación en investigación y lectura crítica de artículos (S.Mental Basada en Evidencias)
4. Orientación a la introducción de cambios en la asistencia sanitaria

Por otro lado, se ha colaborado estrechamente con las indicaciones facilitadas por la actual Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad para la adecuada acreditación de los cursos ofertados en los diferentes planes elaborados. En la actualidad se está elaborando el plan de formación continuada correspondiente al año 2009.

3.- Formación Especializada

En la actualidad coexisten dos unidades docentes, la UDSM de la SGSMYAP, proveniente de la antigua unidad docente del antiguo Hospital General Universitario, actualmente Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, y la Unidad Docente del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. La creación de la Unidad Docente de Salud Mental (UDSM) con su correspondiente Comisión Asesora en la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (SGSMYAP) del Servicio Murciano de Salud en el año 2002 permitió el desarrollo de un modelo de formación especializada que garantiza la utilización de todos los recursos asistenciales desarrollados desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, aplicando las recomendaciones de los respectivos planes de formación de cada especialidad y centrado en las necesidades formativas del residente. Esta unidad ha sido acreditada en los últimos años para la formación de especialistas en Psiquiatría, en Psicología Clínica y en Enfermería de Salud Mental, con un incremento paulatino en el número de plazas ofertadas (ver siguiente tabla).

La reciente publicación del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada ha confirmado la vigencia de este modelo. En el anexo II del citado real decreto se enumeran las 6 unidades docentes de carácter multiprofesional, siendo las primeras las *“Unidades docentes de Salud Mental en las que se formarán médicos especialistas en Psiquiatría, psicólogos especialistas en Psicología Clínica y enfermeros especialistas en Enfermería de Salud Mental”*.

El modelo que se ha ido desarrollando en los últimos años en coordinación con la actual Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad de Murcia es el de una unidad docente de ámbito regional, dividida en áreas docentes denominadas según el hospital de referencia del área (ver tabla en anexos), y de carácter multiprofesional con responsabilidades en la formación MIR de Psiquiatría, PIR (Psicología Clínica) y EIR (Enfermería de Salud Mental).

Plazas ofertadas en el año 2009 en Salud Mental en Murcia

	UDIF-SM	HGU Virgen de la Arrixaca	Total plazas ofertadas/año	Nº total de residentes en formación en 2009
Psiquiatría	3MIR/año H. Reina Sofia-Murcia	2 MIR/año	7 plazas MIR/año	21 MIR de Psiquiatría <ul style="list-style-type: none"> • 12 MIR H Reina Sofia • 2 MIR H.V. Rosell (2º año de acreditación) • 1 MIR H.M.Meseguer (1º año de acreditación) • 8 MIR H.V. Arrixaca
	1 MIR/año H.V.Rosell-Cartagena.			
	1 MIR/año H.M.Meseguer-Murcia			
Psicología Clínica	2 PIR/año H. Reina Sofia-Murcia	-	4 plazas PIR/año	8 PIR <ul style="list-style-type: none"> • 6 PIR H. Reina Sofia • 1 PIR H.V. Rosell • 1 PIR H.M. Meseguer
	1 PIR /año H.V.Rosell-Cartagena.			
	1 PIR/año H.M. Meseguer-Murcia.			
Enfermería Salud Mental	6 EIR	-	6 EIR/año	6 EIR
TOTAL 2009				35 residentes de Salud Mental

4.- Formación pregrado

La UDIF-SM colabora con la formación de pregrado en la realización de prácticas curriculares y extracurriculares de Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional de las distintas universidades de nuestra Región, en función de los convenios para la realización de prácticas docentes, firmados entre el SMS y las Universidades.

5.- Investigación

A pesar del consenso generalizado que existe para considerar a la investigación sanitaria como un elemento necesario e imprescindible en cualquier estrategia de mejora de la salud para la población general, la integración real de la investigación con la práctica clínica es una de las asignaturas pendientes de los servicios sanitarios. Esta integración garantizaría una mayor calidad de los servicios de salud, una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y un cuidado más ético, eficaz y eficiente de los pacientes, contribuyendo al uso racional de los recursos sanitarios. En los últimos años se han tomado en la Región algunas iniciativas muy prometedoras que están empezando a dar sus frutos (CTIDS, portal sanitario MurciaSalud, DGPOSFI, FFIS)

La Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM) lideró, a finales del 2007, la realización de las “Lineas estratégicas para el Fomento y Potenciación de la Investigación en Salud Mental en la Región de Murcia 2008-2018”.

Los principales **objetivos estratégicos generales** asumidos por la UDIF-SM son:

- i) fomentar una cultura de investigación en la organización sanitaria
- ii) promocionar la investigación en Salud Mental en la Región de Murcia para contribuir a la generación de conocimientos
- iii) difundir los resultados de la investigación, mediante una adecuada gestión del conocimiento.

Desde la UDIF-SM se han iniciado dos líneas estratégicas de investigación. Una sobre la detección y la atención sanitaria a los problemas de violencia de género en los centros asistenciales de Salud Mental regionales, y un ambicioso proyecto epidemiológico en coordinación con el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de Murcia, el Instituto de Neurociencias de Alicante y el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (IMIM-Hospital del Mar) de Barcelona. Este último proyecto “Epidemiología de los Tr. Mentales en la Región de Murcia (Proyecto Pegasus-Murcia): factores de riesgo biológicos,

psicológicos y sociales de las enfermedades mentales”, pretende analizar la prevalencia en la población general de las principales patologías mentales en Murcia, así como la comorbilidad, la calidad de vida percibida y discapacidad asociada, la utilización de los recursos asistenciales, la adecuación del tratamiento recibido, así como el análisis con los principales factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales.

III.5. Sistemas de Información y Evaluación. R.A.C.P.

En los últimos años los sistemas de registro de la información han adquirido un gran protagonismo en el campo de la Salud Mental. Esta creciente importancia ha ido acompañada de un crecimiento en los sistemas de registro de información sanitaria favorecido por su utilización en diversas áreas: investigación epidemiológica, gestión y planificación de recursos asistenciales y en evaluación de los rendimientos de las diversas estructuras asistenciales. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) podría ser considerado como el exponente principal de sistema de información sanitaria desarrollado a nivel nacional y, específicamente, en el ámbito hospitalario.

En Salud Mental, coincidiendo con el proceso de implantación de la llamada Reforma Psiquiátrica, va creciendo la necesidad de disponer de sistemas de registros que permitan obtener los datos necesarios para una correcta planificación sanitaria. De esta forma, se ha desarrollado a nivel nacional un sistema de información específico de drogodependencias, el Sistema Estatal de Información en Toxicomanías (SEIT), que incluye todos los pacientes que solicitan tratamiento en los centros integrados en el Plan Nacional de Drogas.

En relación al resto de patologías de Salud Mental, se ha desarrollado el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP), que es un sistema de información específico de Salud Mental consistente en una recogida sistemática de los datos relacionados con las personas atendidas por los dispositivos de Salud Mental en un área geográfica delimitada desde el punto de vista sanitario. Estos sistemas de registro han experimentado un rápido crecimiento debido a diferentes factores, entre los que cabe reseñar el incremento en los servicios asistenciales de Salud Mental, la cronicidad de las enfermedades mentales, el flujo de pacientes entre los diferentes servicios, el seguimiento de pacientes a lo largo de su vida para estudiar los cambios diagnósticos y los posibles patrones de enfermedad.

El desarrollo de estos sistemas específicos de Salud Mental en España ha seguido un proceso desigual según las diferentes CC.AA. Esta situación ha dado lugar a la existencia de diferentes tipos de RACP en función de sus objetivos y del origen de sus datos. A diferencia del SEIT, no ha existido una iniciativa estatal que unifique las diversas experiencias en RACP.

En los años 1997-1998 se inició el desarrollo e implantación de un RACP en la red ambulatoria asistencial de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. En él se recoge la actividad asistencial de los Centros de Salud Mental (CSM), y de los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD). En la actualidad se dispone de registros específicos de los programas asistenciales de Adultos, Drogodependencias, Infanto-Juvenil y de Rehabilitación.

La información obtenida a través del RACP sirve principalmente para la planificación y gestión de los servicios sanitarios relacionados con la Salud Mental. Esta situación se ha visto claramente beneficiada por el hecho de que tanto el mantenimiento como la gestión del RACP se realiza en la propia Subdirección General de Salud Mental. Este hecho permite una fluidez y agilidad en la obtención y análisis de los diferentes indicadores y en su inmediata aplicación en las diferentes estrategias elaboradas por la citada Subdirección.

En la actualidad, en el marco del Plan Director de Sistemas de Información (PDSIS), nos encontramos en el proceso de diseño de un nuevo sistema de Registro de Salud Mental, compatible con el sistema informático (SELENE) que actualmente está implantando el Servicio Murciano de Salud en Atención Especializada.

III. 6. Sectorización.

La sectorización de los recursos asistenciales en nuestra Región, se definió inicialmente, a través de la “Orden de la Consejería de Sanidad (Mayo 1995) sobre la Sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia”, referida tanto a sectorización ambulatoria (contemplando la asistencia en los programas de Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias), como a la sectorización hospitalaria. En el año 2006 se derogó esta Orden, pero sin definir un nuevo modelo de sectorización en salud mental.

El modelo provisional actual de sectorización de los recursos asistenciales en nuestra Región, es un poco complejo debido a que no corresponden de igual manera las zonas de salud con cada uno de los centros de salud mental y los programas a que hemos hecho referencia. El programa de Rehabilitación Psiquiátrica, que no fue sectorizado en la anterior Orden, sigue presentando una sectorización provisional que se expone en una de las tablas que se adjuntan a continuación.

Sectorización del tratamiento ambulatorio de la Salud Mental en el Área Sanitaria I.

Subáreas de Salud	Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)/(CAD)
Programa de Adultos		
1	Vistabella, Infante, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo	CSM-2 (Infante)
2	Espinardo, S.Andrés, Cabezo Torres, Barrio Carmen, La Ñora	CSM-1 (San Andrés)
3	Murcia-Centro, Vistalegre, Santa María de Gracia	CSM-H. M. Meseguer
4	Alcantarilla, Alhama, Librilla, Sangonera. Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo Cart. Mula	CSM Alcantarilla CSM-H. V. Arrixaca CSM-Mula
Programa Infanto-Juvenil		
1, 2, 3 y 4	Vistabella, Infante, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo, Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora. Murcia-centro, Vistalegre, Santa María de Gracia Alcantarilla, Sangonera la Seca, Alhama Mula	CSM-Inf-Juv. (San Andrés) CSM-Mula
Programa de Drogodependencias		
	Toda la población del Área Sanitaria I	CAD-Murcia #

CAD: Centro de Atención a Drogodependencias

Sectorización tratamiento ambulatorio de Salud Mental. Áreas Sanitarias II, III, IV y V.

Áreas	Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)
Programas de Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias		
II	Cartagena	CSM. Cartagena
III	Lorca, Totana, Puerto Lumbreras y Aledo	CSM. Lorca
	Aguilas	CSM. Aguilas
IV	Caravaca, Barranda, Calasparra, Cehegín, Bullas, Moratalla.	CSM. Caravaca
V	Yecla	CSM. Yecla
	Jumilla	CSM. Jumilla

Sectorización tratamiento ambulatorio de Salud Mental. Área Sanitaria VI.

Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)
Programa de Adultos	
Cieza, Abarán, y Blanca.	CSM- Cieza
Molina Molina-La Ribera, Alguazas, Archena, Ceutí y Lorquí	CSM- Molina
Fortuna, Abanilla, Las Torres de Cotillas	CSM- Morales Meseguer
Programa Infanto-Juvenil	
Toda el Área Sanitaria VI (provisional)	CSM- Molina
Programa de Drogodependencias	
Cieza, Abarán, y Blanca	CAD-Cieza #
Molina, La Ribera de Molina, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Archena, Fortuna y Abanilla	CAD-Murcia

CAD: Centro de Atención a Drogodependencias

Sectorización del tratamiento hospitalario en Salud Mental. Región de Murcia.

Zonas de Salud	Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UPH)
Vistabella, Murcia-Infante, Murcia-Carmen, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo, Espinardo, Cabezo de Torres, San Andrés, La Ñora, Vistalegre, Sta. Mª de Gracia y Murcia-Centro.	Hospital Reina Sofía (Murcia)
Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena, Alcantarilla, Sangonera, Alhama, Librilla y Mula.	Hospital Virgen de la Arrixaca
Área II (Cartagena)	H. V. del Rosell-H. Naval.
Área III (Lorca)	Hospital Rafael Méndez
Áreas IV y V (Noroeste y Altiplano)	Hospital "Román Alberca" **
Área VI (Vega del Segura)	Hospital Morales Meseguer

** Se realizan ingresos en este hospital de forma provisional de pacientes de las áreas sanitarias I y II, por no disponer de un número de camas suficientes en estas áreas.

Sectorización tratamiento ambulatorio de Salud Mental. Programa de Rehabilitación.

Áreas de Salud	Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)	Unidades/H.Día Rehabilitación
Programa de Rehabilitación			
Subárea 1 (Area I)	Vistabella, Infante, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo	CSM-Infante	U.R-H.D. San Andrés
Subárea 2 (Area I)	Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora. (Población 100.000 hab.)	CSM SanAndrés	U.R-H.Día S.Andrés
Subárea 3 (Area I)	MurciaCentro, Vistalegre, Sta MªGracia	CSM-H. M. Meseguer	U.R-H.D. S. Andrés
Subárea 4 (Area I)	Alcantarilla	CSM Alcantarilla	U.R-C.D. H. Psiquiat
	Sangonera, Alhama, Librilla, Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena	CSM-Hospital Virgen Arrixaca	U.R-C.D. H. Psiquiat
	Mula	CSM-Mula	U.R-C.D. H. Psiquiat
Area II	Área Sanitaria II (Cartagena)	CSM-Cartagena	U.R-H.D. Cartagena
AreaIII	Área Sanitaria III (Lorca)	CSM Lorca-Águilas	U.R-H.D. Lorca
Área IV	Área Sanitaria IV (Noroeste)	CSM Caravaca	U.R-H.D. Caravaca



IV. Análisis de Situación**IV.1. Análisis de la demanda****IV.1.1. Indicadores y perfil de usuarios**

En relación con la utilización de servicios ambulatorios, tal y como se observa en las tablas que se exponen a continuación, en el periodo comprendido entre 2004 y 2007, se ha producido una disminución importante de la incidencia, prevalencia y frecuentación atendidas (ajustada a población), tanto en “total programas” como específicamente en cada uno de ellos.

Sobre la utilización de estos servicios, hay que remarcar que los tiempos de espera para ser atendidos los pacientes en los CSM/CAD del S.M.S., que en el año 2004 eran en todos los casos inferiores a las cuatro semanas, siendo la demora media no superior a las dos semanas, en la actualidad estos tiempos de espera o demoras en la atención se han incrementado un 30% debido básicamente a la permanencia en tratamiento en los CSM/CAD de pacientes detectados con trastorno mental grave/severo.

Indicadores asistenciales en los diferentes programas de los CSM/CADs de la Red de Salud Mental. Comparativa 2004-2007

S.M.S. Total Programas.	
Indicadores	2004/2007 (%)
Incidencia atendida	-20,8%
Prevalencia atendida	-15,1%
Frecuentación atendida	-11,6%
Casos Nuevos	-8,2%
Pacientes Atendidos	-7,7%
Total Consultas	+2,3%
Urgencias atendidas	-11,4%
Consultas paciente/año	+4,1%

S.M.S. Programa Adultos.		S.M.S. Subprograma adultos >65 años.	
Indicadores	2004/2007 (%)	Indicadores	2000/2007 (%)
Incidencia atendida	-12,9%	Incidencia atendida	-28,2%
Prevalencia atendida	-9,9%	Prevalencia atendida	+3,7%
Frecuentación atendida	+0,8%	Frecuentación atendida	+0,8%
Casos Nuevos	-5,1%	Casos Nuevos	-6,9%
Pacientes Atendidos	-1,5%	Pacientes Atendidos	+34,4%
Total Consultas	+10,1%	Total Consultas	+39,3
Urgencias atendidas	-25,1%	Urgencias atendidas	+47,8%
Consult. paciente/año	+5,9%	Consult. pacient/año	+3,3%

S.M.S. Programa Infanto-Juvenil.		S.M.S. Programa Drogas	
Indicadores	2004/2007 (%)	Indicadores	2004/2007 (%)
Incidencia atendida	-13,8%	Incidencia atendida	-30,0%
Prevalencia atendida	-7,0%	Prevalencia atendida	-13,0%
Frecuentación atendida	-9,8%	Frecuentación atendida	-29,3%
Casos Nuevos	-6,2%	Casos Nuevos	-23,0%
Pacientes Atendidos	+1,2%	Pacientes Atendidos	-5,4%
Total Consultas	-1,7%	Total Consultas	-23,0%
Urgencias atendidas	+97,2%	Urgencias atendidas	+145,2%
Consult. pacient/año	-3,0%	Consult. pacient/año	-18,7%

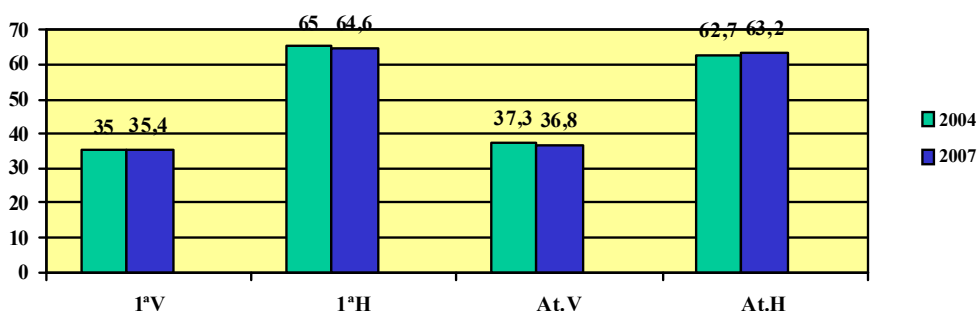
IV.1.1a) Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental. Programa Adultos.

Los datos que se proporcionan a continuación son los referidos al año 2007, tanto en relación con los pacientes que acuden por primera vez a los CSM/CAD, como con los datos de pacientes atendidos, y las comparaciones se realizan respecto a los datos del año 2004 (que son los que aparecían en el anterior Plan de salud Mental), estando referidas sólo a los datos de primeras consultas (casos nuevos).

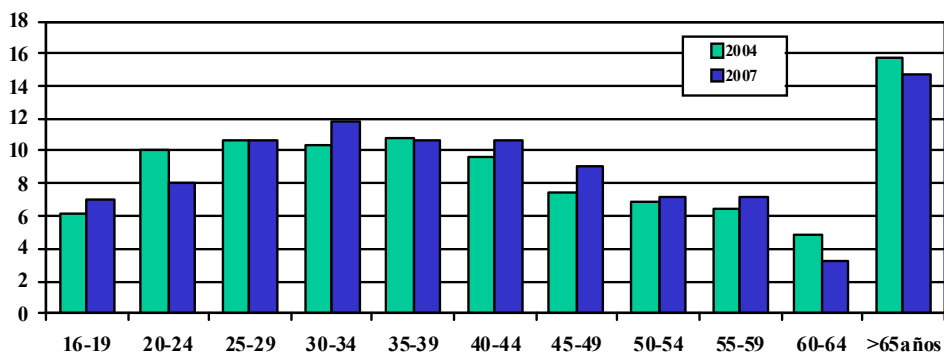
El perfil predominante es el de mujer (64,6%), en un grupo de edad mayoritario que va desde los 25 a los 44 años (43,6%), con un nivel socio-educativo medio/bajo (estudios primarios 43%, seguido de un 20% para E.G.B/Bachiller elemental). Es llamativo el que permanezcan porcentajes altos de los que no tienen ningún tipo de estudios (20%), aunque haya descendido al 4% el relativo a analfabetos. (Ver gráficas)

En cuanto al estado civil encontramos que se concentra entre casados (51%) y solteros (30%), siendo el trabajo fijo (54,3%) y el trabajo eventual (12,1%) la actividad laboral más frecuente, apareciendo un 9,1% de estudiantes, y un 8,7% en situación de jubilado. Respecto al tipo de convivencia nos encontramos con que el 56% conviven con la familia propia, y que el 26,6% lo hacen con su familia de origen (padres). (Ver gráficas)

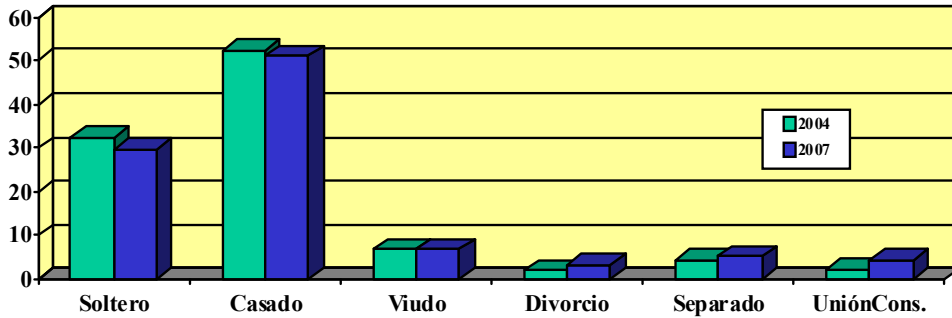
Gráfica 1: Comparativa respecto al género de 1ª consultas (casos nuevos) y atendidos en el programa de adultos. Años 2004-2007 (Fuente: Memorias Asistenciales)



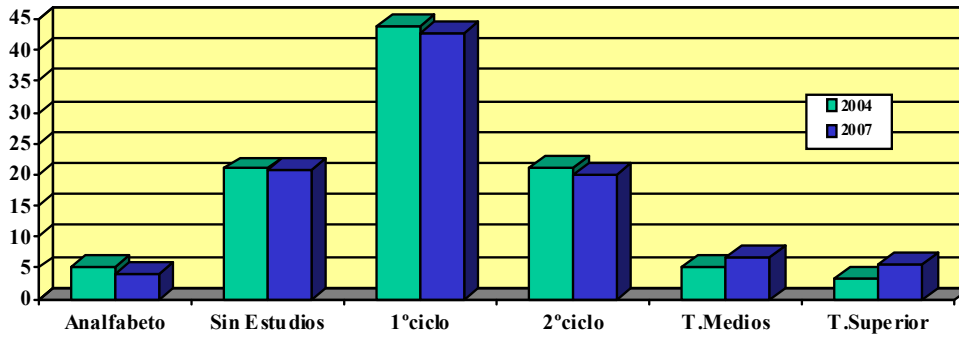
Gráfica 2: Comparativa 2004-2007 por grupos de edad de casos nuevos en programa adultos. (Fuente: Memorias Asistenciales 2004-2007)



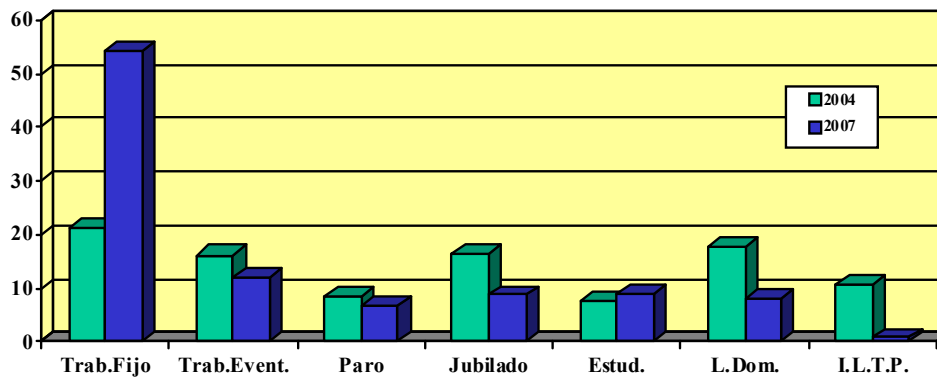
Gráfica 3: Comparación del estado civil de los primeros casos en Programa Adultos en los años 2004-2007. (Fuente: Memorias Asistenciales 2004-2007)



Gráfica 4: Nivel educativo en primeros casos en Programa Adultos en los años 2004-2007. (Fuente: Memorias Asistenciales 2004-2007)



Gráfica 5: Comparación de la situación laboral de primeros casos en Programa Adultos entre los años 2004-2007. (Fuente: Memorias Asistenciales 2004-2007)

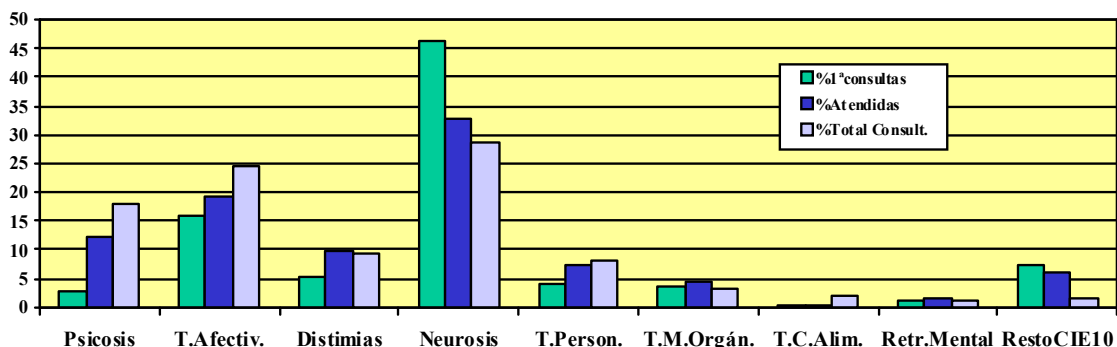


En el apartado de diagnósticos, de primeras consultas, el grueso del porcentaje aparece en los trastornos neuróticos afectivos 46,3% (48,1% en 2004), seguido por los trastornos afectivos 15,8% (14,6 % en 2004), y las Distimias que suponen un 5,2% (7,2% en 2004). Por último los trastornos psicóticos suponen un 3% (3,2% en 2004). (Ver gráficas). En los trastornos neuróticos, afectivos y distimias, prevalece el sexo femenino sobre el masculino, siendo el masculino el que prevalece en los apartados: otros diagnósticos de la CIE-10, retraso mental, trastornos de la personalidad, y psicosis.

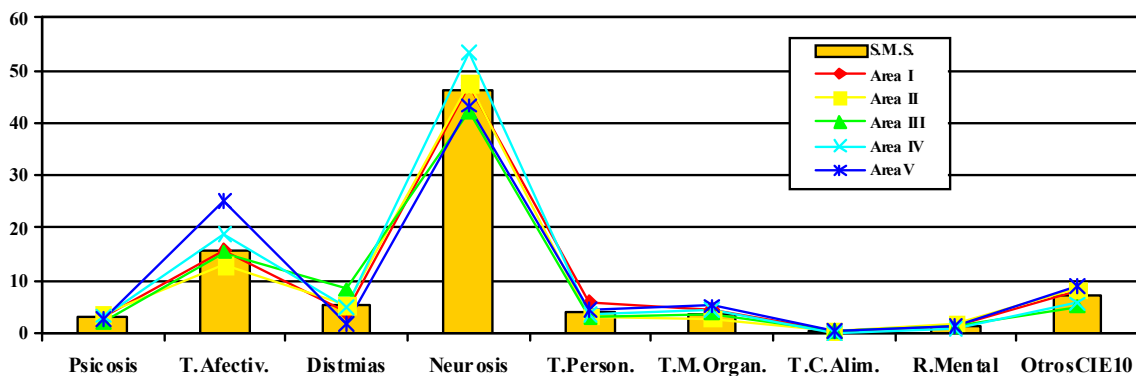
Estos porcentajes diagnósticos se ven modificados, como es de suponer, si se comparan con los de las tablas de pacientes atendidos así como los referidos al total de consultas, donde se encuentran los mayores incrementos porcentuales en los diagnósticos de Psicosis, Trastornos de Personalidad y Trastornos Afectivos, en detrimento de los Trastornos Neuróticos. (ver gráficas).

En referencia a centros de salud mental y/o áreas sanitarias, los porcentajes de las agrupaciones diagnósticas, tal y como se refleja en las tablas posteriores, varían significativamente, evidenciándose en los casos nuevos una demanda inferior a la media en las áreas III y V en “psicosis”, en el área II en “trastornos afectivos”, y en las áreas I y V en “distimias”, así como un incremento significativo de las demandas por “T.Personalidad” en las áreas I y V, por “T.M.Orgánico en las áreas I, IV y V, y por “T. Conducta Alimentaria” en las áreas I, II y V.

Gráfica 6: Agrupaciones diagnósticas (%) de los primeras consultas, de las atendidas y del total de consultas en el Programa de Adultos 2007



Gráfica 7: Agrupaciones Diagnósticas (%) de las primeras consultas por Áreas Sanitarias 2007

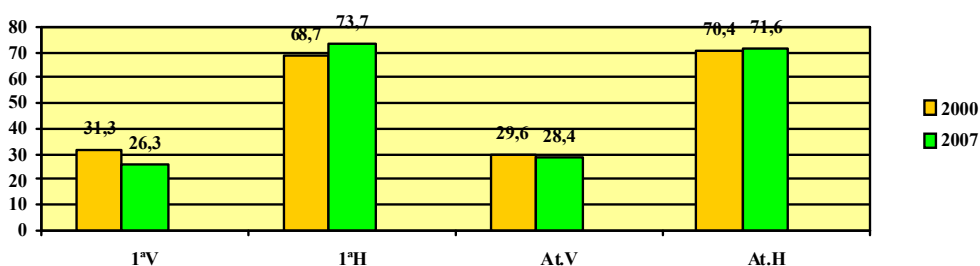


IV.1.1b) Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental de Adultos, Subprograma Mayores de 65 años.

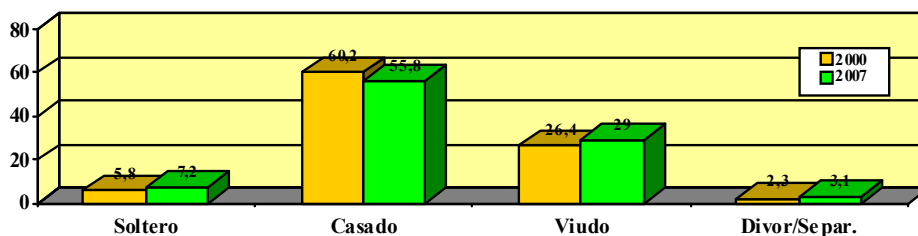
El perfil predominante es el de mujer (73,7%), con un nivel socio-educativo bajo (sin estudios 55,8%, seguido de un 20% para estudios primarios). Es llamativo el que permanezcan porcentajes altos de los que no tienen ningún tipo de estudios, aunque haya descendido al 13% el relativo a analfabetos. (Ver gráficas)

En cuanto al estado civil encontramos que se concentra entre casados (55,8%) y viudos (29%). Respecto al tipo de convivencia nos encontramos con que el 58% conviven con la familia propia, y que el 20,3 % viven solos. (Ver gráficas)

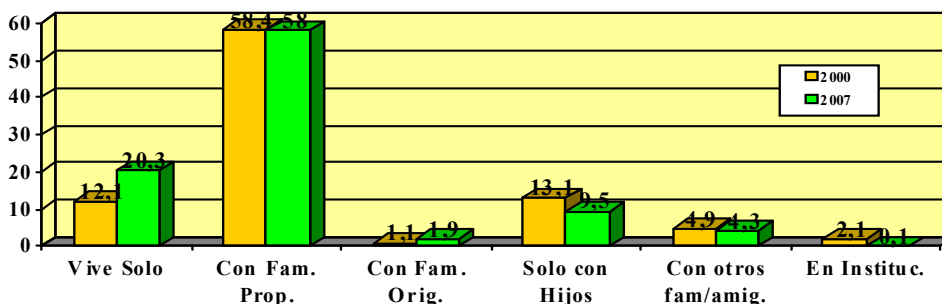
Gráfica 8: Comparativa respecto a género de 1ª consultas (casos nuevos) y atendidos, en el programa > 65 años. Años 2000-2007 (Fuente: Memorias Asistenciales)



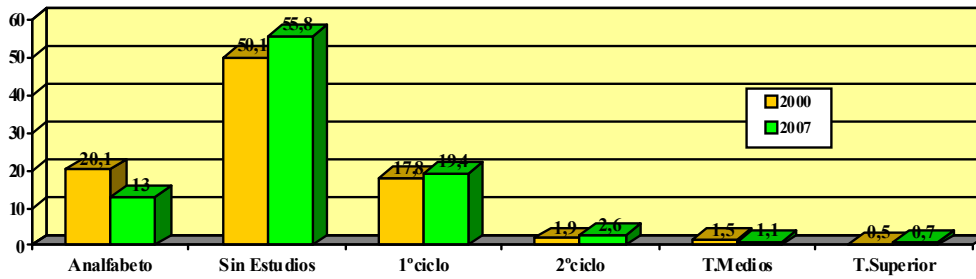
Gráfica 9: Comparativa del Estado Civil de las 1ª consultas en el Programa “mayores de 65 años” de los CSM. Años 2000-2007.



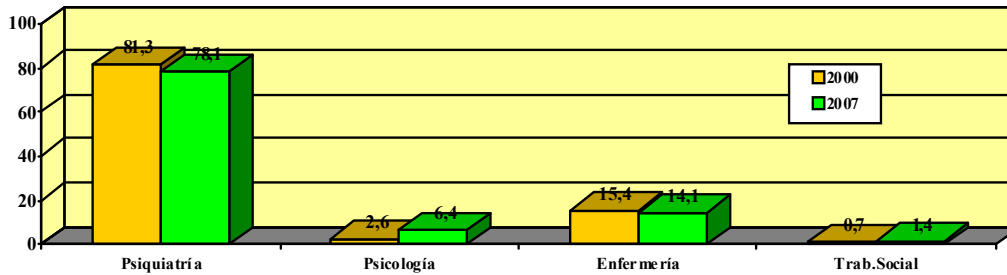
Gráfica 10: Comparativa del Tipo de Convivencia de las 1ª consultas en el Programa “mayores de 65 años”, de los CSM. Años 2000-2007.



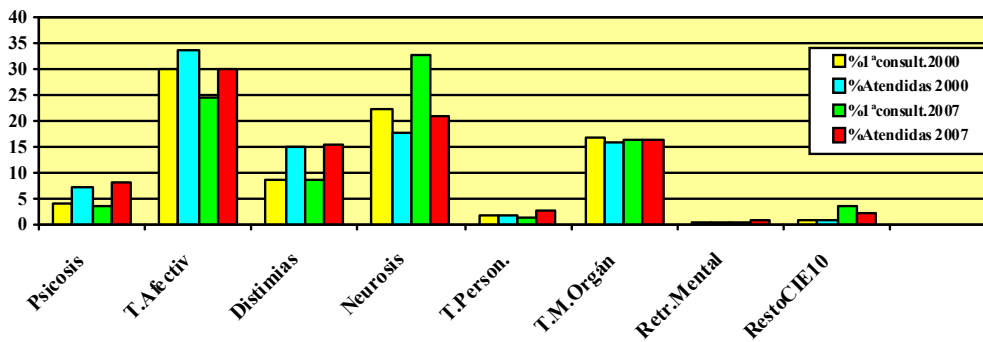
Gráfica 11: Comparativa del Nivel educativo en las 1ª consultas en el “Programa mayores de 65 años” de los CSM. Años 2000-2007



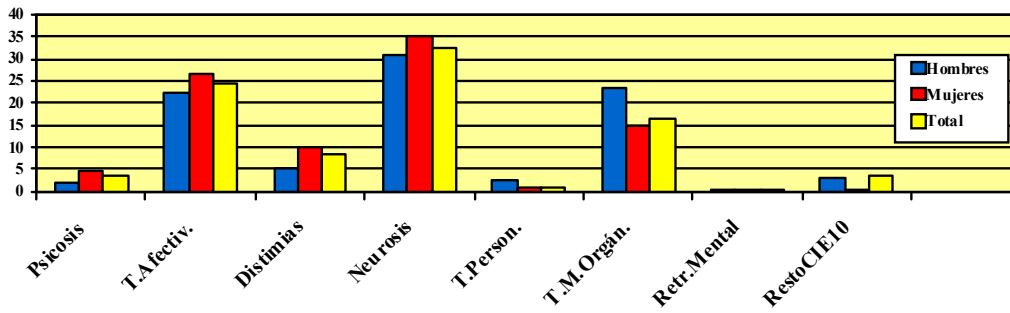
Gráfica 11: Comparativa sobre tipo de asistencia por profesional en el “Programa mayores de 65 años” de los CSM. Años 2000-2007



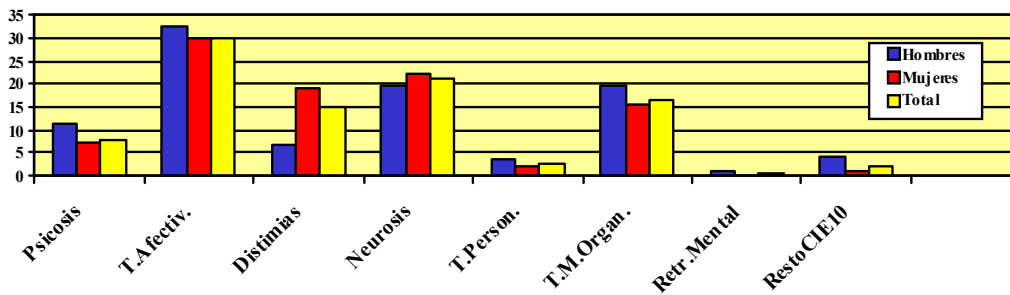
Gráfica 12: Agrupaciones diagnósticas (%) de las 1ª consultas y de personas atendidas en el Programa > 65 años. Comparativa 2000-2007



Gráfica 13: Agrupaciones diagnósticas (%) por Géneros y Total de las 1ª consultas, en el Programa > 65 años de los CSM. Año 2007



Gráfica 14: Agrupaciones diagnósticas (%) por Géneros y Total de los pacientes atendidos, en el "Programa > 65 años" de los CSM. Año 2007.

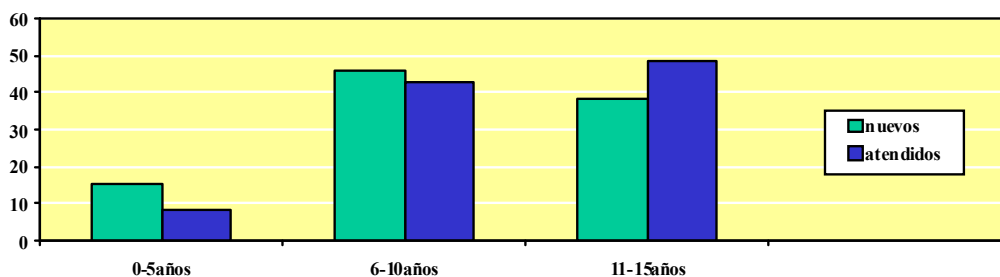


IV.1.1c) Perfil de los usuarios del Programa Infanto Juvenil.

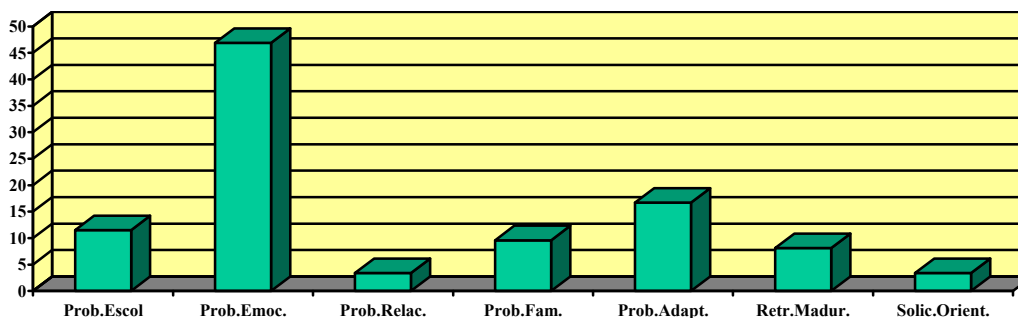
El perfil del usuario de los centros de salud mental infanto-juvenil corresponde a un individuo de sexo masculino (63%), con una edad de entre 6 y 10 años (45,9%). El nivel cultural se centra en E.G.B. Bachiller elemental, estando escolarizado correspondiendo con su edad el 81,8%. Convive con su familia de origen en un 78,7% de los casos, y destacar que el 13,2% de todos los pacientes atendidos conviven con “familia monoparental”.

El 83,5% de los casos atendidos no presentaban antecedentes asistenciales en salud mental, y el principal motivo de consulta en los casos nuevos es por “problemas emocionales” en un 46,9% seguido de “problemas de adaptación” en un 16,7%, y de “problemas escolares” y “problemas familiares” en un 11,5% y 9,6% respectivamente.

Gráfica 15: Distribución por edades de los casos nuevos y atendidos en el Programa de Inf.-Juvenil.
(Fuente: Memoria Asistencial año 2007).



Gráfica 16: Distribución por motivo de consulta de los casos nuevos. Programa Infanto-Juvenil.
(Fuente: Memoria Asistencial año 2007).

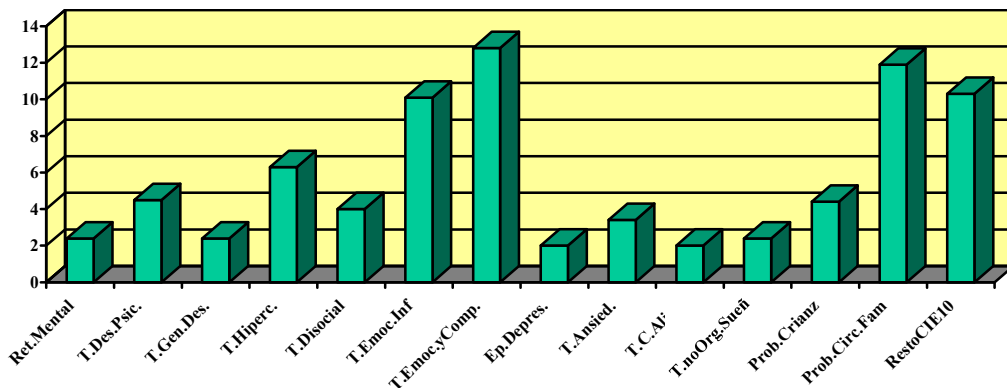


Demanda por diagnósticos psiquiátricos. Programa Infanto-Juvenil.

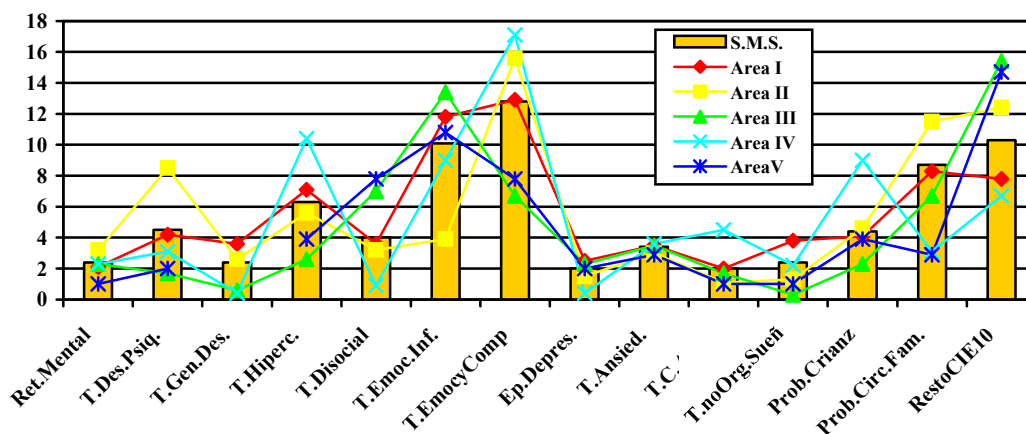
Respecto a las agrupaciones diagnósticas más frecuentes que nos encontramos, son "otros trastornos de las emociones y del comportamiento, o ties", así como los "problemas relacionados con circunstancias familiares", que suponen un 12,8% y 11,9% respectivamente, la agrupación "otros diagnósticos del resto de la CIE-10" y los "Trastorno de las emociones de comienzo en la infancia" representan un 10,2% de los casos, seguidos por los "trastornos hiperkinéticos" (6,3%), "trastornos del desarrollo psicológico", "problemas de la crianza" y "trastornos disociales" con un 4,5%, 4,4% y 4% respectivamente.

En relación con los centros de salud mental y/o áreas sanitarias, las agrupaciones diagnósticas que destacan por su aumento significativo sobre la media regional son las siguientes: "trast. desarrollo psiquiátrico y psicológico" en el área II, "trast. generalizados del desarrollo" en el área I, "trast. disociales" en las áreas III y V, "trast. hiperkinéticos" en áreas I, y IV, "trast. emociones y comportamiento" en área III, "retraso mental" en área II, y "trast. conducta alimentaria" en el área IV. (ver gráficas).

Gráfica 17: Agrupaciones diagnósticas (%) de los Casos Nuevos del Programa Infanto-Juvenil. (Fuente: Memoria Asistencial año 2007).



Gráfica 18: Agrupaciones Diagnósticas (%) de las primeras consultas por Áreas Sanitarias 2007. (Fuente: Memoria Asistencial año 2007)



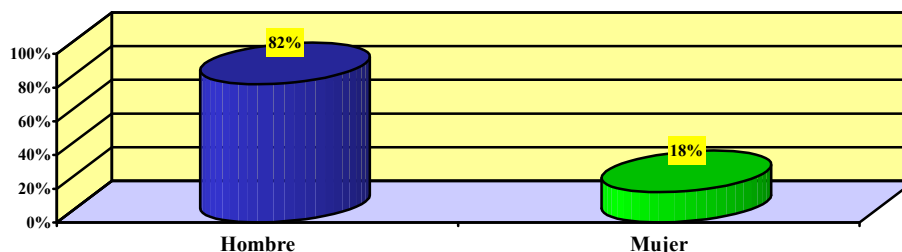
IV.1.1d) Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental. Programa Drogas.

Durante el año 2007 se han atendido un total de 5.910 pacientes (CADs más Unidad Móvil), siendo el usuario que más acude a tratamiento un individuo de sexo masculino (82%) con edades comprendidas entre los 30-34 años (21,6%), soltero (48,7%), con trabajo eventual y/o fijo (57,43%).

El alcohol es la primera droga por la que se demanda tratamiento (32,3%), seguido por la cocaína (25,9%) y por los opiáceos (9,1%). Sin embargo, son estos últimos los que siguen generando el segundo mayor porcentaje de consultas atendidas (22,7%) precedido del alcohol (29,2%)

Comparando con años anteriores la demanda de tratamiento por adicción a cocaína ha sufrido un marcado descenso, pasando de 30,9% en 2005 a 25,9% en 2007. Por el contrario los opiáceos han pasado de un 7,5% a 9,1%.

Distribución por géneros (%) de los pacientes atendidos en el Programa de Drogodependencias. (Fuente: Memoria Asistencial año 2007).



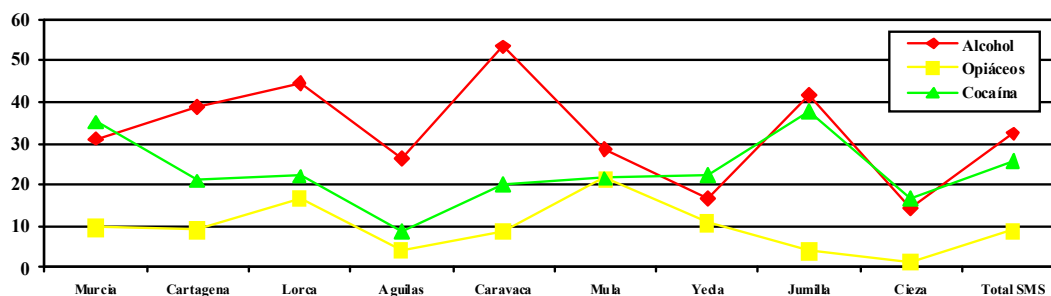
Demanda por Diagnóstico. Programa Drogas

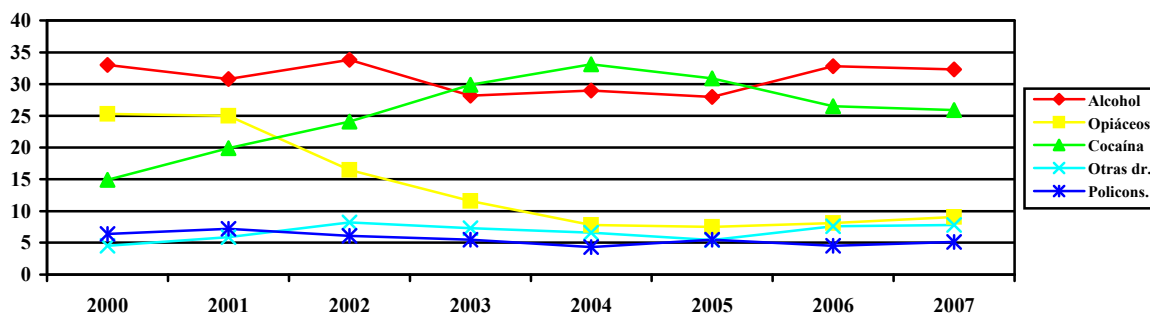
Programas Asistenciales

Programa Ambulatorio: llevado a cabo por los CAD y CSM repartidos por las seis áreas de salud de la región, con una demanda asistencial de 4.894 pacientes que han generado unas 32.048 consultas.

En las siguientes gráficas, se puede observar cual ha sido la evolución:

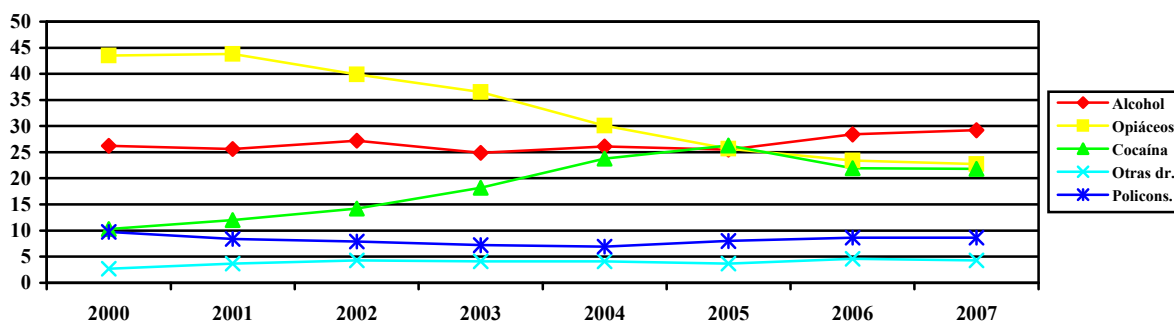
Diagnósticos de Primeras Consultas (en %) por CSM/CAD. Año 2007



Evolución Diagnósticos 1ª consultas. Años 2000-2007

Como anteriormente se ha indicado la primera droga por la que se demanda tratamiento durante el año 2007 ha sido alcohol, seguida por cocaína, la cual siguió una curva ascendente desde el 2000 hasta 2004 y desde entonces va en descenso. Los opiáceos se mantienen.

En 2007, por centros, la cocaína se mantiene en segundo lugar, sólo en los CAD de Murcia, Yecla y de Cieza se mantiene en primer lugar. El alcohol queda en primer lugar como droga por la que se demanda tratamiento en la Región.

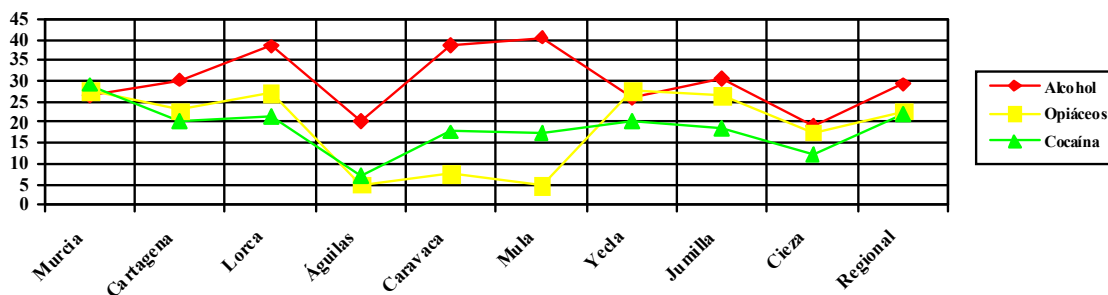
Evolución Diagnósticos Atendidas. Años 2000-2007

El mayor porcentaje de personas en tratamiento hasta 2005 lo fue para los opiáceos, desde entonces hasta 2007 ha sido el alcohol., manteniéndose la cocaína en tercer lugar. Por centros, observamos que solo en Murcia la cocaína se mantiene en primer lugar y los opiáceos en Yecla. En el resto de la región de mantiene en primer lugar el alcohol..

En relación con el tabaco, aunque existe la oferta de tratamiento en los CADs de la Región, todavía no existe apenas demanda, dado que forma parte de los programas asistenciales de Atención Primaria. El nº de personas atendidas en todos los CADs durante el 2007, según datos recogidos en nuestro sistema de registro, ha sido 54, siendo 37 nuevos inicios de tratamiento.

Con respecto a cannabis, durante 2007 se han atendido 252 personas y han demandado tratamiento 95

Distribución Diagnósticos (%) Atendidas por CSM/CAD. Año 2007

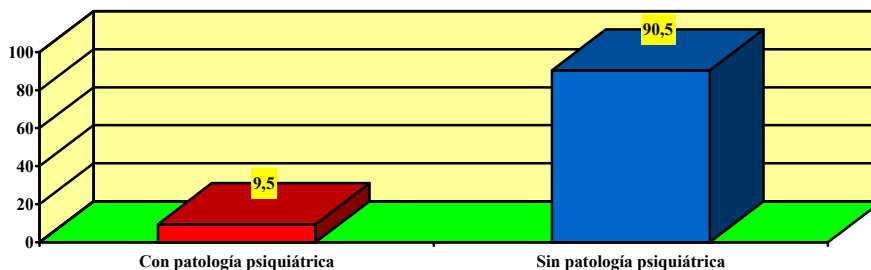


Patología Dual

En los últimos años estamos siendo testigos del aumento de pacientes en los que además de su problema de drogodependencias se asocia algún trastorno psiquiátrico. En nuestro sistema de registro pueden ser recogidos hasta tres diagnósticos, el primero que se recoge es el diagnóstico principal de drogodependencias y el diagnóstico de patología mental queda en segundo, tercer lugar y a veces no puede ser registrado porque los tres diagnósticos han sido ocupados por otras drogas consumidas. Esta característica de nuestro sistema de registro hace que la patología mental asociada quede infradiagnosticada.

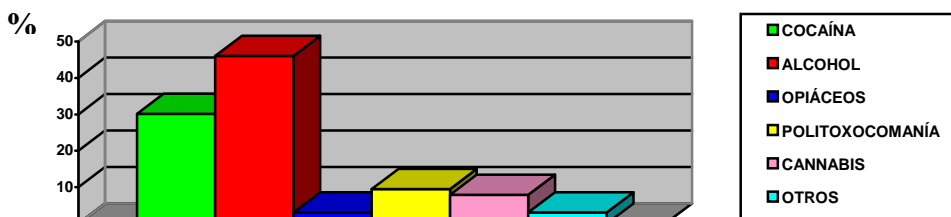
Teniendo en cuenta este problema, nosotros hemos recogido de todos los pacientes que iniciaron tratamiento por consumo de drogas durante 2007 (1322), los que tienen como segundo diagnóstico patología mental (126) que suponen un 9,5%.

Distribución Patología Dual



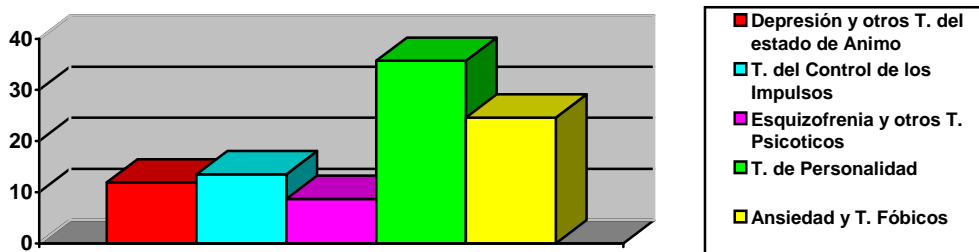
En este grupo de pacientes, la distribución de drogas por la que inician tratamiento es la que sigue:

Drogas por las que inician tratamiento



Como podemos observar, en este grupo también es el alcohol y la cocaína las drogas por las que más se demanda tratamiento, seguido por la politoxicomanía. El consumo de opiáceos es muy bajo.

Distribución diagnósticos Patología Dual



Se puede observar que son los trastornos de personalidad los que se asocian con más frecuencia con las adicciones, seguido de la ansiedad y T. fóbicos y el T. de control de impulsos

Como resumen podemos concluir que:

- A pesar de que actualmente la patología dual pueda quedar infradiagnosticada por los condicionantes anteriormente expuestos, los trastornos de personalidad y los trastornos neuróticos y fóbicos son los trastornos psiquiátricos que más se asocian al consumo de drogas. El alcohol es la droga que más se asocia a la presentación de patología dual (patología psiquiátrica concomitante) y en segundo lugar se encuentra la cocaína.

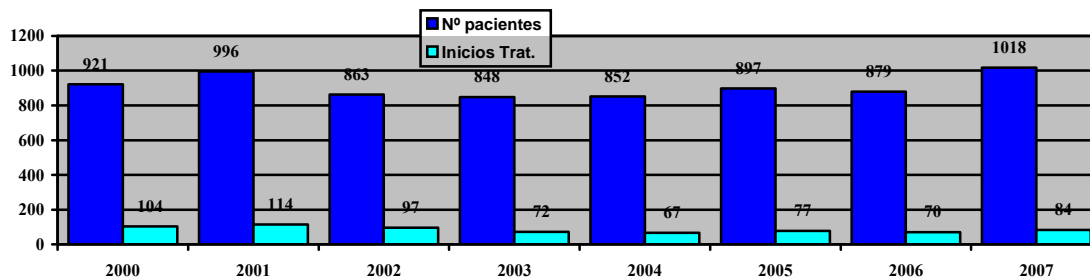
Programa de reducción de daños:

1.-UNIDAD MÓVIL

La Unidad Móvil lleva a cabo un programa de “bajo umbral” y durante 2007 ha dispensado metadona a 1018 pacientes en 12 puntos de dispensación repartidos en Murcia, pedanías y varios municipios cercanos. Como puede observarse en el gráfico, el nº de pacientes atendidos durante 2007 es el mas alto de los últimos años.

Además la Unidad Móvil tiene un programa de intercambio de jeringuillas y reparto de preservativos, un programa de tuberculosis (despistaje y tratamiento), y el programa de tratamientos directamente observado (antiretrovirales y tratamientos psiquiátricos).

Evolución Asistencial Unidad Móvil 2000-2007



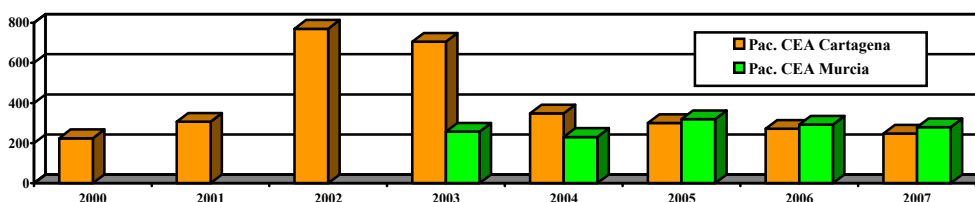
2.-CEAS (Centros de encuentro y acogida):

En la actualidad están funcionando los CEA de Cartagena y de Murcia, aunque este último inició el 2003 su funcionamiento. Ambos centros son de “La Huertecica”, ONG con la que existe convenio de colaboración con el SMS.

Su programa ofrece los siguientes servicios:

- Servicio de información y orientación.
- Servicio de café-contacto.
- Servicio de higiene y cuidados básicos.
- Servicio de disminución del daño. Servicio sanitario.

Evolución Asistencial CEA Cartagena y Murcia. Años 2000-2007.

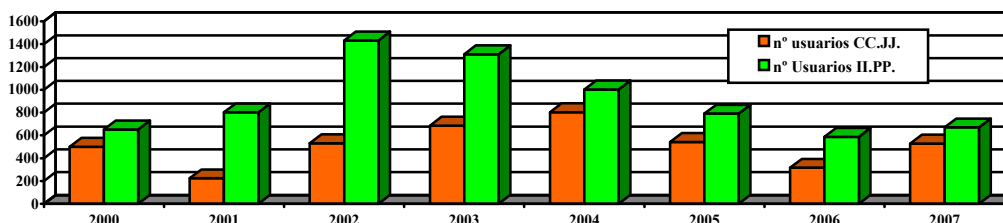


3.- Programas INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, COMISARÍAS Y JUZGADOS:

Los lleva a cabo Cruz Roja, mediante un convenio de colaboración con el SMS

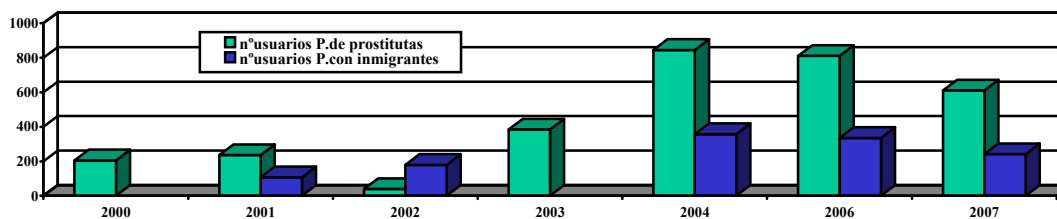
Los programas de Comisarías y Juzgados e Instituciones Penitenciarias atienden a personas tóxicómanas detenidas en comisarías y juzgados y/o internas en los centros penitenciarios de Murcia y Cartagena, que manifiestan su deseo de iniciar o continuar el proceso terapéutico que les permita abandonar el consumo de drogas.

Evolución Asistencial Programas Comisarías y Juzgados e Instituciones Penitenciarias 2000-2007



Como consecuencia de los cambios sociales producidos por la inmigración, Cruz Roja Murcia ha puesto en marcha programas específicos para este colectivo, como son los programas para población de prostitutas y programas para población inmigrante.

Evolución de Programas Asistenciales con “Población en Riesgo de Exclusión Social”



IV.1.2) Demanda programas asistenciales comunitarios.

Las fuentes utilizadas son el sistema propio de información de la red de Salud Mental (RACP) al que remiten los dispositivos dependientes del Servicio Murciano de Salud, así como la información facilitada por las Gerencias de Atención Especializada correspondientes a las Unidades de Salud Mental de los centros transferidos del antiguo Insalud.

Existe un crecimiento continuo en la actividad de los Centros de Salud Mental en sus distintos programas. (ver gráficas). Ese crecimiento ha sido más pronunciado en los últimos años en el programa de adultos, por el proceso de integración funcional de redes, con la incorporación de la totalidad de los dispositivos de Salud Mental a los servicios especializados del Sistema Sanitario y la utilización de los cauces normalizados de derivación desde Atención Primaria, habiéndose consolidado actualmente.

Este aumento constante en la actividad origina una sobrecarga de los CSM, provoca un aumento en las demoras (listas de espera), y lo que es peor, desvía la atención a la patología psiquiátrica menos grave en detrimento de la atención a la patología grave o trastorno mental severo, con la consiguiente merma de la operatividad de los centros de salud mental. Previsiblemente, se hará más significativo también este crecimiento, de forma progresiva, en los programas de Salud Mental Infanto-Juvenil y Drogodependencias que se han incluido en los cauces habituales de derivación de pacientes.

En la actualidad siguen las dificultades para conseguir datos completamente fiables relativos a la actividad asistencial realizada por centros transferidos del antiguo Insalud, que aún no disponen del sistema de registro (RACP), por lo que se incluyen gráficas específicas con esos datos.

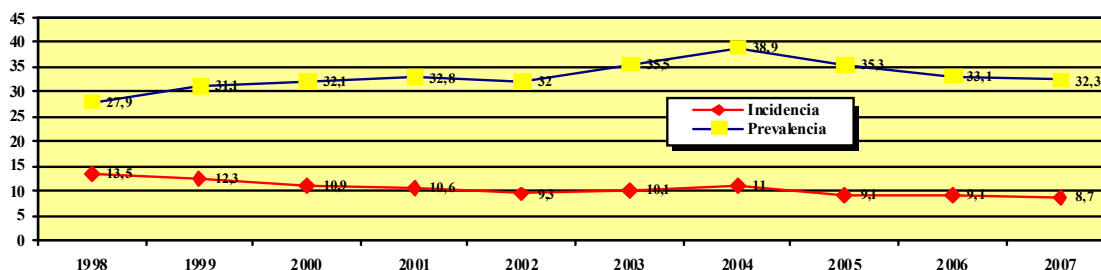
Los datos de los dispositivos de rehabilitación son escasos, disponiendo desde fechas recientes de un sistema de registro uniforme compatible con el resto de programas. De los datos disponibles, solamente puede indicarse que su atención está dirigida mayoritariamente al paciente psicótico, con una discreta tendencia hacia la baja rotación de los pacientes que acuden a los pocos recursos específicos que existen, siendo estos dispositivos deficitarios en recursos estructurales y humanos, y los que precisan un mayor crecimiento y dotación.

Un hecho significativo respecto a los datos asistenciales ambulatorios, es que la Tasa de Incidencia Atendida (nº de pacientes que han contactado con los CSM/CAD por 1ª vez, por 1.000 habitantes) disminuye progresivamente en el periodo 1998-2002 en el programa adultos, en el programa drogas, y en “total programas”, experimentando un ligero ascenso en los años 2003 y 2004; no así en el programa infanto-juvenil en el que esta tasa no experimenta prácticamente variación. A partir del año 2005 vuelve a disminuir la incidencia hasta la actualidad.

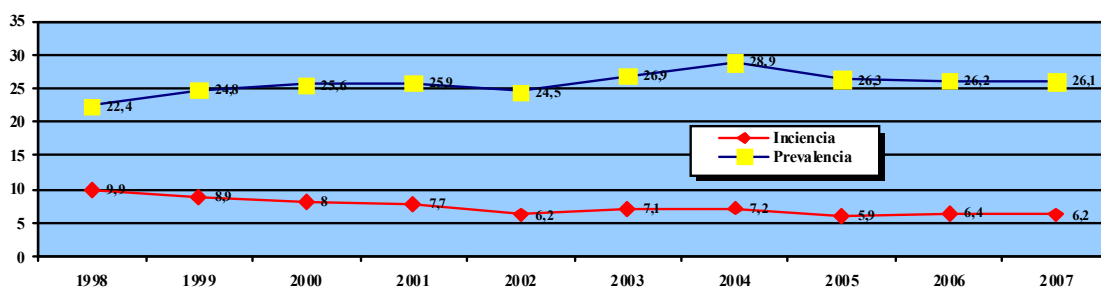
La Tasa de Prevalencia Atendida (nº total de pacientes que han sido atendidos en los CSM/CAD, por 1.000 habitantes) se estabiliza o aumenta muy ligeramente en todos los programas hasta el año 2003 y 2004, y es a partir de esa fecha cuando vuelve a disminuir en todos ellos, y la Tasa de Frecuentación Atendida (nº total de consultas realizadas en los CSM/CAD, por 1.000 habitantes), experimenta un aumento considerable. El número de consultas paciente/año se mantiene o aumenta ligeramente, el índice sucesivas/primeras aumenta constantemente, y se mantiene el índice de resolución (altas/atendidos).

En relación con la actividad global y áreas sanitarias (básicamente debido a la actividad del programa adultos), merece la pena resaltar que las “Tasas de Incidencia y Prevalencia Atendidas” son muy superiores a la media regional en el área sanitaria IV, así como la “Tasa de Frecuentación Atendida” es muy superior a la media en las áreas IV y V. (No obstante exponemos en tablas adjuntas los datos más significativos, remitiendo así mismo al apartado anexos para completar información al respecto).

Gráfica 19: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendida entre 1998 y 2007 en la totalidad de programas asistenciales de Salud Mental.



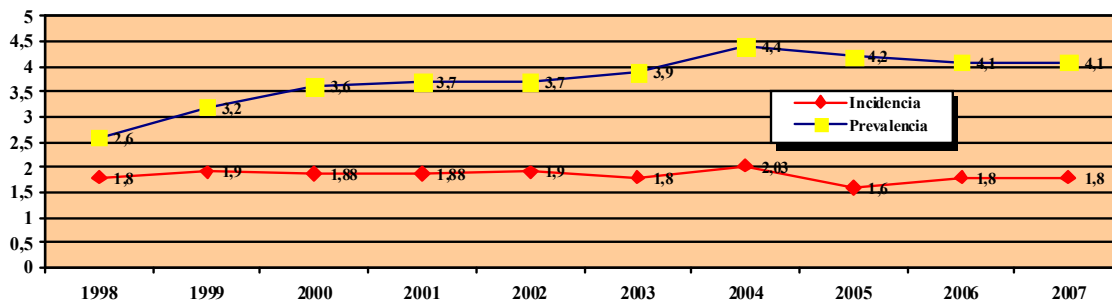
Gráfica 2: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2007 en el programa de adultos.



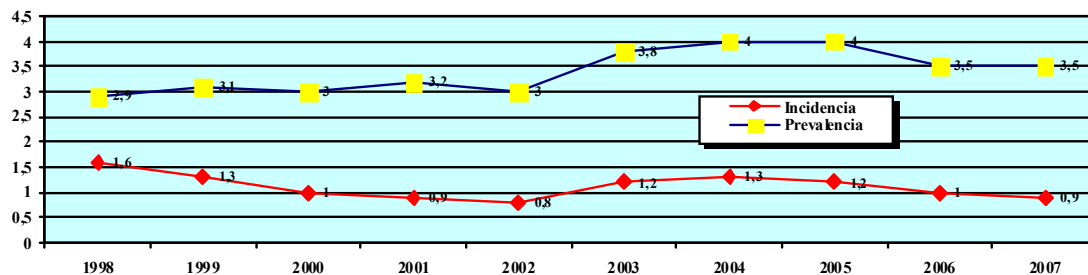
(Subprograma adultos)	Programa >65 años. Año 2000	Programa >65 años. Año 2007
Población	104.664 * (18%)	135.654* (16,8%)
Tasa Incidencia	8,91 *	6,40*
Tasa Prevalencia	29,12 *	30,21*
Tasa Frecuentación	86,74 *	93,27*
% 1ª visitas	10,27	6,87
Consultas paciente/año	2,98	3,08

(*) Programa incluido en el programa de adultos.
 * Datos referidos a la población mayor de 65 años
 Fuente: Memorias Asistenciales años 2000 y 2007

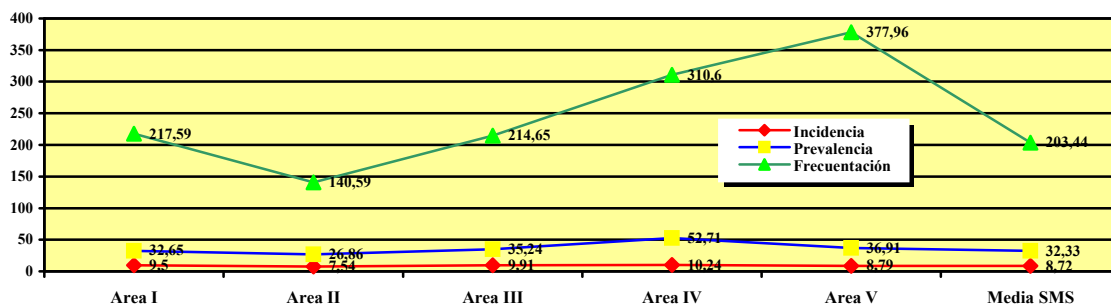
Gráfica 3: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2007 en el programa de infanto-juvenil.



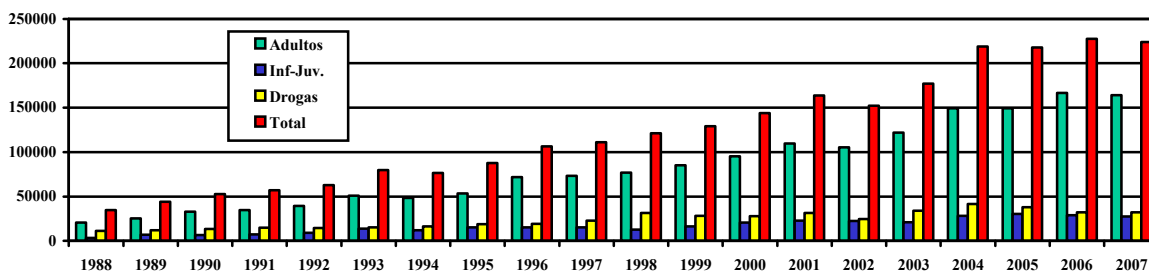
Gráfica 4: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2007 en el programa de drogodependencias.



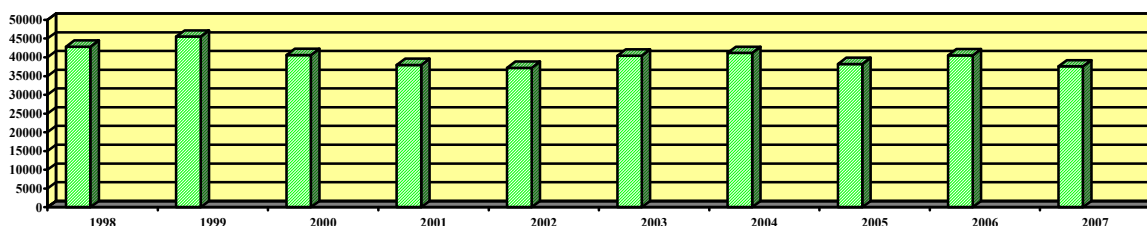
Gráfica 5: Comparación por Áreas Sanitarias y Media Regional de las Tasas de Incidencia, prevalencia y frecuentación atendida de la totalidad de programas asistenciales año 2007.



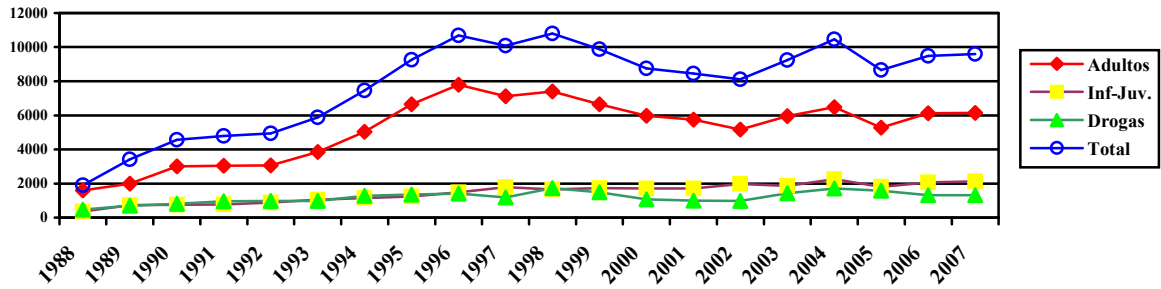
Gráfica 6: Evolución del nº total de consultas por programas asistenciales entre 1988 y 2007 en los Centros de Salud Mental/CADs del Servicio Murciano de Salud.



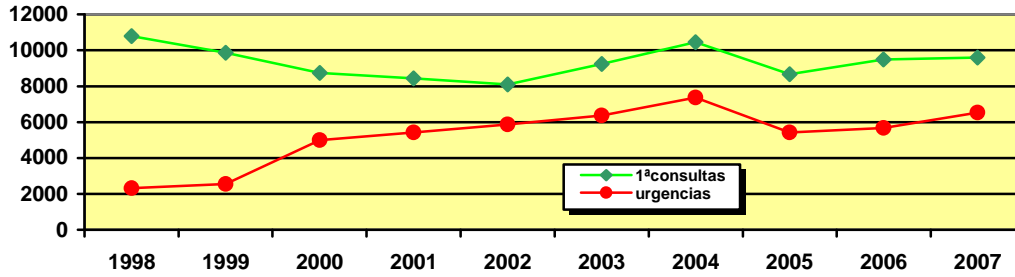
Gráfica 7: Total de consultas en el programa de adultos entre 1998-2007 en la red asistencial de los CSM transferidos.



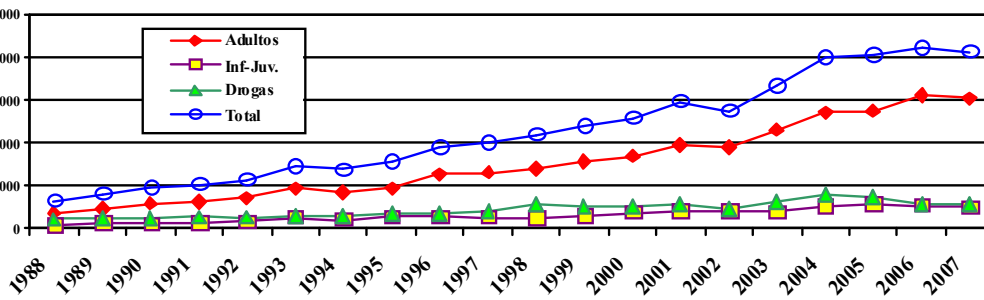
Gráfica 8: Primeras consultas por programas asistenciales de los C.S.M./C.A.D.s. incluidos en RACP del S.M.S en el período entre 1988-2007.



Gráfica 9: Primeras consultas y urgencias atendidas en los CSM/CAD del S.M.S. (todos los programas) entre los años 1998-2007.



Gráfica 10: Revisiones (consultas sucesivas) por programas asistenciales de los C.S.M./C.A.D.s. incluidos en RACP del S.M.S en el período entre 1988-2007.



IV.1.3. Demanda Programa Asistencial de Rehabilitación Psiquiátrica.

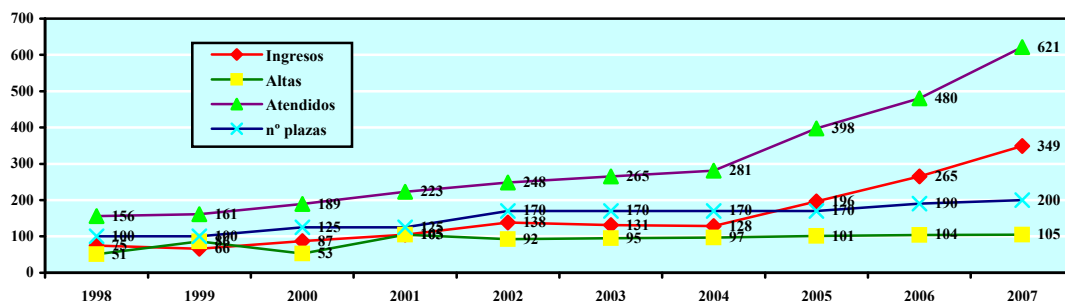
Hasta el momento actual no se dispone de un sistema de información lo suficientemente fiable y común para todas las unidades de rehabilitación, por lo que los datos son escasos, y sin casi posibilidad de hacer comparaciones fiables. Los datos que se aportan han sido extraídos de las memorias asistenciales de las diferentes unidades a partir del año 1998. Hay que destacar que la mitad de estas unidades han sido creadas en los últimos años, que el sistema de información ya es uniforme para todos los dispositivos, y que en los siguientes ejercicios se consolidará la información necesaria para realizar una correcta planificación.

El perfil del usuario de las unidades de rehabilitación (programa adultos), corresponde a un individuo de sexo masculino, con una edad comprendida entre 30 y 40 años, que convive mayoritariamente con su familia de origen, y cuyo nivel educativo es el correspondiente a E.G.B. (Bachiller elemental).

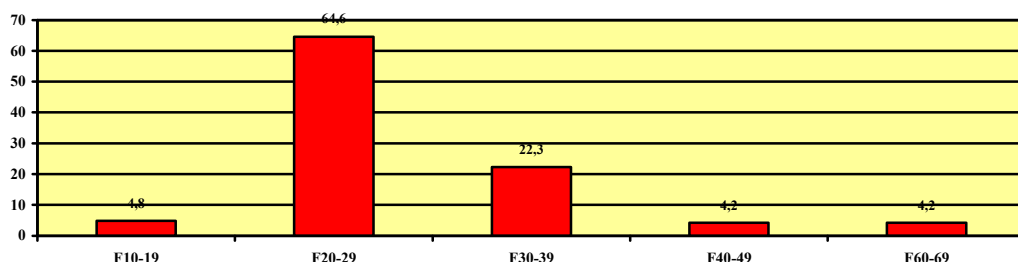
Respecto a las agrupaciones diagnósticas más frecuentes de los pacientes atendidos en las Unidades de Rehabilitación, son los Trastornos Esquizofrénicos (F20-29) con un 64,6% de los casos, seguido por los Trastornos Afectivos (F30-39) con un 22,3%, y los Trastornos por consumo de sustancias (F10-19) y los Trastornos de la Personalidad (F60-62) con un 4,8% y 4,2% respectivamente.

En relación con las diferentes unidades, las agrupaciones diagnósticas que destacan por su % significativo sobre el resto de la media regional son las siguientes: “trastornos esquizofrénicos” (91%) en el área I, “trast. Afectivos” (28%) en el área IV, y trast. personalidad” (8,0%) en el área II.

Gráfica 20: Evolución asistencial del Programa de Rehabilitación de Adultos.



Gráfica 21: Agrupaciones diagnósticas (%) en los paciente atendidos en las Unidades de Rehabilitación del S.M.S. en el año 2007.



Programa Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC-Atención Domiciliaria) Cartagena.*(puesto en funcionamiento en mayo 2007)*

Se han incorporado 29 pacientes, con una edad media de 40,6 años. El diagnóstico principal (76%) es el de esquizofrenia, con consumo de tóxicos en un 41,4% de los casos siendo el alcohol con un 31% la droga principal. El estado civil que predomina es el de soltero (86%), y en relación con el tipo de convivencia el 79,3% viven con la familia propia.

Programa de Inserción Sociolaboral ISOL para enfermos mentales y drogodependientes. (Asociación Murciana de Rehabilitación). Año 2007

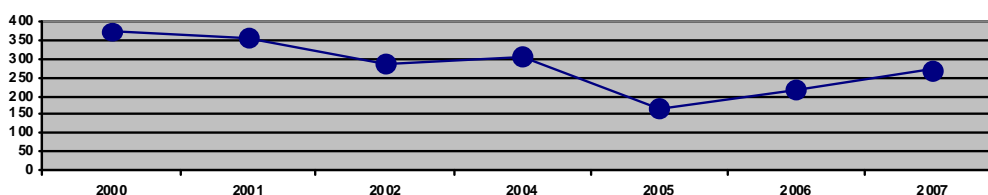
1. Actuaciones de orientación: **129** pacientes se han incorporado al proyecto. (Murcia: 101, Lorca: 28). El diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia (53%), los hombres suponen un 72% con una edad media de 29,7 años, y las mujeres un 28% con una edad media de 35,7 años. Respecto al nivel de estudios, el 44% tiene el graduado escolar, el 18% F.P., y otro 18% estudios primarios.
2. Servicio de búsqueda de empleo: Se han realizado **21 inserciones laborales** de pacientes (100% con más de un año de paro), en los que el 90% son hombres con una edad media de 31 años, y un 10% mujeres con una edad media de 37 años
3. Talleres Prelaborales: 11. (Viverista, Jardinería, Mantenimiento, Carpintería, Informática, Audiovisuales, Forja, Limpieza, Mosaicos, Agricultura Ecológica)

Programa Rehabilitación Drogodependientes.**Programas de Incorporación Socio-Laboral:**

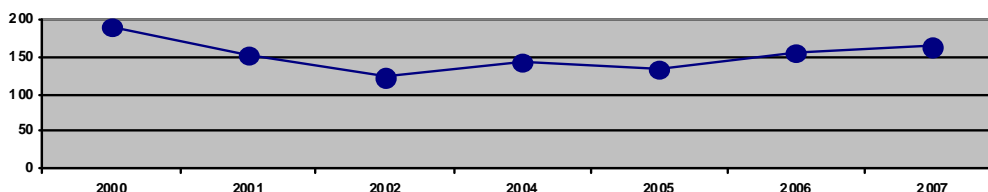
1.- CENTROS DE DÍA:

Seguimos contando en la Región con dos Centros de Día, uno en Murcia "Heliotropos", u otro en Cartagena "La Huertecica", y la evolución en los últimos años de los diferentes programas de Centro de Día han sido los siguientes

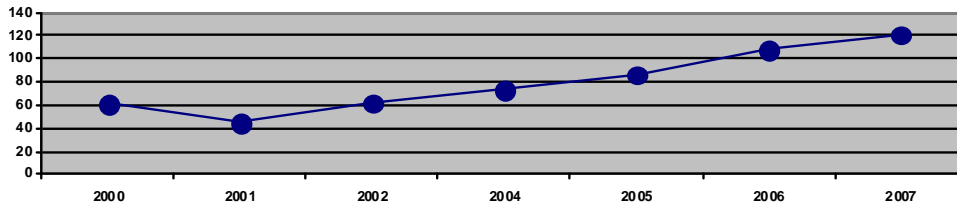
**Usuarios atendidos por Servicio de Orientación en los Centros de Día:
"Heliotropos" y "La Huertecica". 2000-2007**



**Usuarios atendidos por Agencia de Empleo en los Centros de Día:
"Heliotropos" y "La Huertecica". 2000-2007**

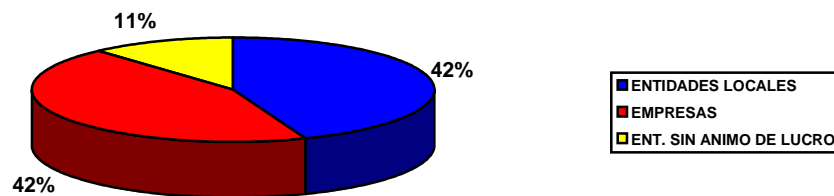


**Contratos realizados desde Agencia de Empleo en los Centros de Día:
"Heliotropos" y "La Huertecica". 2000-2007.**



Los contratos han sido realizados en base a una Resolución del S.M.S por la que se convocan ayudas a empresas de la Región de Murcia, entidades locales y entidades sin ánimo de lucro, para colaborar en la financiación de la contratación y reinserción socio-laboral de personas con problemas de drogodependencias en fase de deshabituación, y otros por vía normalizada

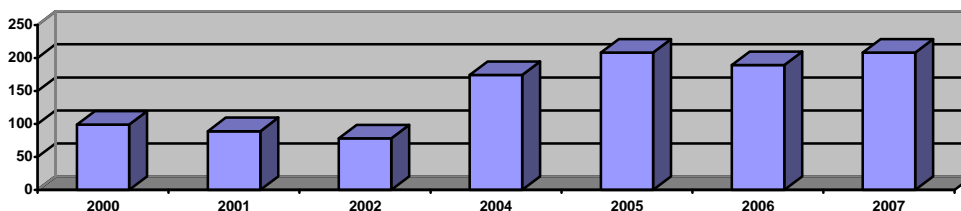
Según los datos aportados durante 2007, las empresas contratantes quedan distribuidas de la siguiente manera:



2.- COMUNIDADES TERAPÉUTICAS:

Hasta comienzos del año 2003 solo disponíamos, mediante convenios, de dos comunidades terapéuticas: "La Huertecica" y "Betania" (35 plazas). Durante 2003 se amplió el convenio de plazas en la comunidad terapéutica "Betania" y se realizó convenio con la comunidad terapéutica "Proyecto Hombre"(12 plazas). Posteriormente durante 2005 se firmó otro convenio con una nueva comunidad terapéutica "Las Flotas"(21 plazas) y se ampliaron 3 plazas más con "Proyecto Hombre" y dos mas con "Betania" con lo que en la actualidad disponemos de 73 plazas en comunidad terapéutica, en la Región.

Usuarios que han utilizado los recursos de Comunidad Terapéutica



IV.1.4. Demanda del Programa de Atención Hospitalaria. Datos Asistenciales.

Las fuentes utilizadas son el sistema propio de información del área de Salud Mental al que remiten las diferentes Gerencias de Atención Especializada del Servicio Murciano de Salud, de sus servicios de psiquiatría.

La actividad asistencial global, se ha mantenido prácticamente estable desde el año 1988. Anteriormente el número de ingresos fue más bajo coincidiendo con que el Hospital Psiquiátrico era el único recurso hospitalario de la Región, y fue a partir del año 2000 cuando se evidenció un incremento en el número de ingresos totales, invirtiéndose esta tendencia a partir del año 2005.

El dato más significativo es el progresivo descenso de actividad en Hospital Psiquiátrico a partir de 1984, coincidiendo con la apertura de la red comunitaria de Centros de Salud Mental, y la posterior apertura de unidades en hospitales generales (ver gráficos). Aunque esta tendencia se invirtió durante unos años, debido básicamente al insuficiente número de camas de corta estancia psiquiátrica en hospitales generales, los diferentes traslados provisionales de las mismas por obras en sus respectivos hospitales, y el importante crecimiento poblacional experimentado en la Región. Solo ha sido a partir del año 2005, cuando este descenso en los ingresos ha sido más manifiesto y constante, coincidiendo con el incremento del número de camas en diferentes y nuevas unidades psiquiátricas en hospitales generales.

Respecto a la actividad de las unidades de psiquiatría en hospitales generales, la tendencia general es a la de la estabilidad en el número de ingresos, si exceptuamos el aumento de los mismos en la nueva UPH del Hospital Virgen del Rosell, y la disminución de ingresos en la UPH del Hospital Reina Sofía debido a la apertura de una nueva unidad en el Hospital Morales Meseguer.

El índice de ocupación medio de toda la red hospitalaria que se mantenía alrededor del (91%) hasta el año 2002, desciende significativamente a partir del año 2003 hasta el 70% actual. La media de este índice en las UPHs de los Hospitales Generales que durante años estuvo en cifras próximas al 100%, en la actualidad es de un 83,%. La del Hospital Psiquiátrico que llegó a estar al 88% en la actualidad es de un 71,6%. Respecto a la estancia media, esta ha descendido significativamente en los últimos años, (16,53 días en 1998, y 15,4 días en 2008), permaneciendo en cifras superiores en las unidades de agudos de Hospital Psiquiátrico (16,7 días), que en las de Hospitales Generales (15,1 días). La UPH del Hospital Virgen de la Arrixaca tiene la peculiaridad de ser una unidad abierta, compartiendo planta con el servicio de Neurocirugía.(ver gráficos y anexos).

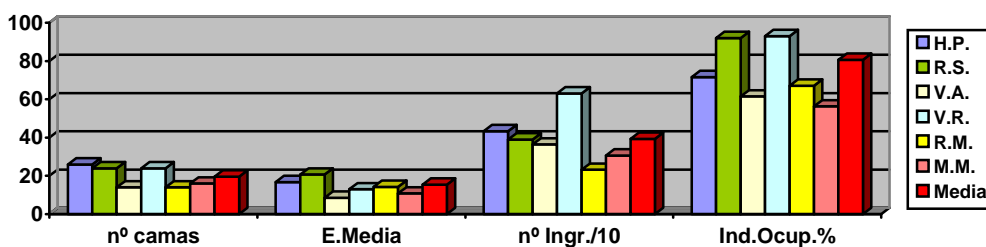
Así mismo, destacar que los ingresos/altas de pacientes con abuso y/o dependencia a drogas, a pesar de existir una pequeña unidad de desintoxicación hospitalaria en un hospital general, se están realizando en la practica totalidad de las UPHs, siendo el hospital psiquiátrico el que está soportando la mayor proporción de todos estos ingresos. (ver gráficas y anexos).

Un hecho significativo en relación al número de reingresos detectados en las UPHs, es el que este número disminuye progresivamente desde el año 1988 coincidiendo con el aumento constante de la actividad de los Centros de Salud Mental y CAD, invirtiéndose a partir del año 1997 esta tendencia, debido básicamente al aumento de la presión asistencial en las UPHs por el señalado déficit de camas psiquiátricas y muy probablemente al intentar reducir la estancia media para poder disponer de camas libres para los ingresos urgentes. Ha sido de nuevo a partir del año 2005 cuando este número de reingresos ha vuelto a descender ostensiblemente.(ver gráficas y anexos).

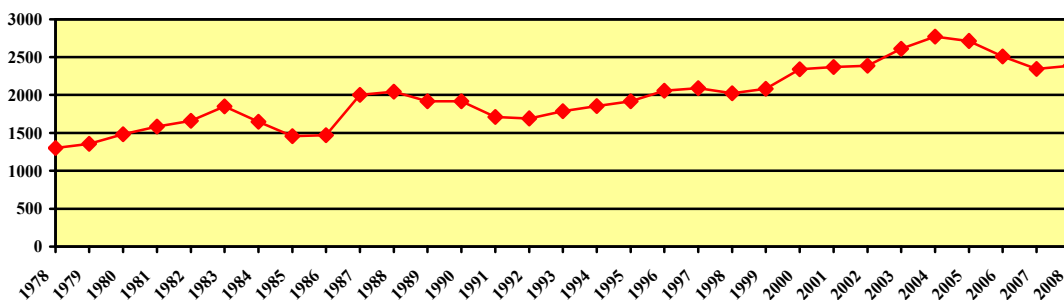
Hay que señalar que la habitual inmovilización de camas de corta y media estancia por pacientes crónicos/residenciales, ha sido prácticamente solucionado motivado por las aperturas de nuevas unidades y programas de rehabilitación, por el concierto realizado con una clínica psiquiátrica a la que se derivan pacientes susceptibles de media-larga estancia, y por la apertura de nuevos dispositivos residenciales (larga estancia psiquiátrica) realizada por el IMAS.

La única Unidad de Media Estancia existente en la Región, ubicada en el Hospital Psiquiátrico, ha visto aumentado su número de camas al transformarse una de las dos unidades existentes de corta estancia, en media estancia, recuperando su operatividad y orientando su asistencia a programas especiales de tratamiento (psicóticos, trastornos límite de personalidad...), estando protocolizados los ingresos en dichas unidades.

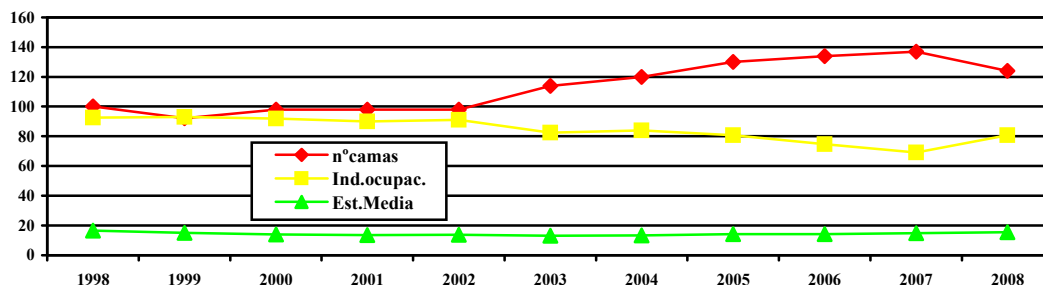
Gráfica : Comparativa de actividad asistencial Unidades Psiquiátricas Hospitalarias 2008



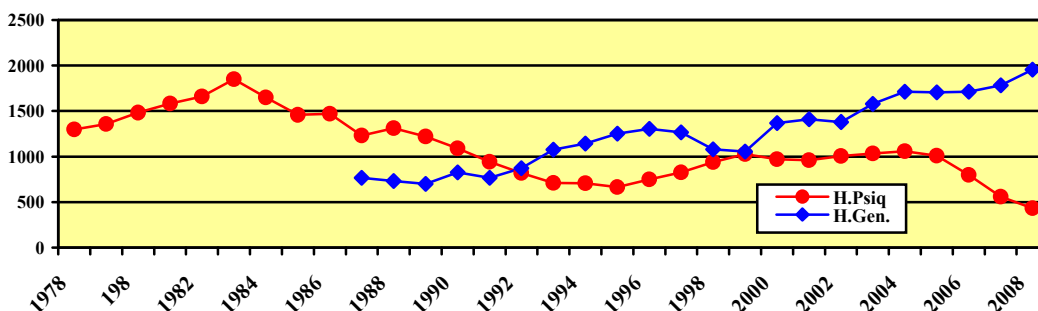
Gráfica 22: Actividad asistencial global de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UPH) del S.M.S. entre los años 1978-2008.



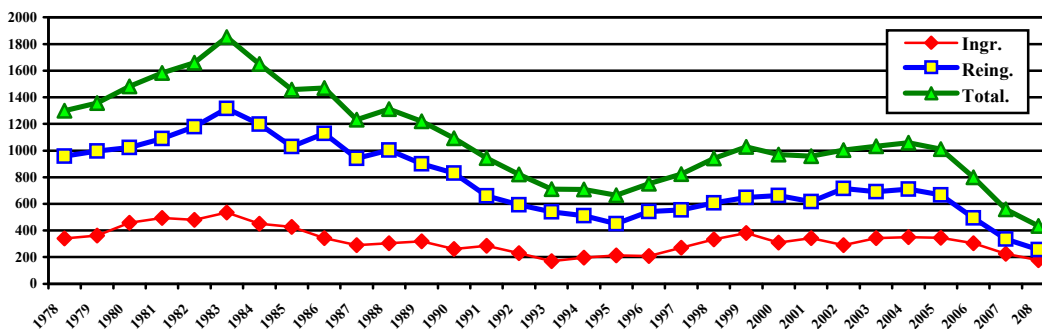
Gráfica 2: Indicadores (nº camas, índice ocupación, y estancia media) de unidades hospitalización psiquiátrica de corta estancia entre los años 1998 y 2008.



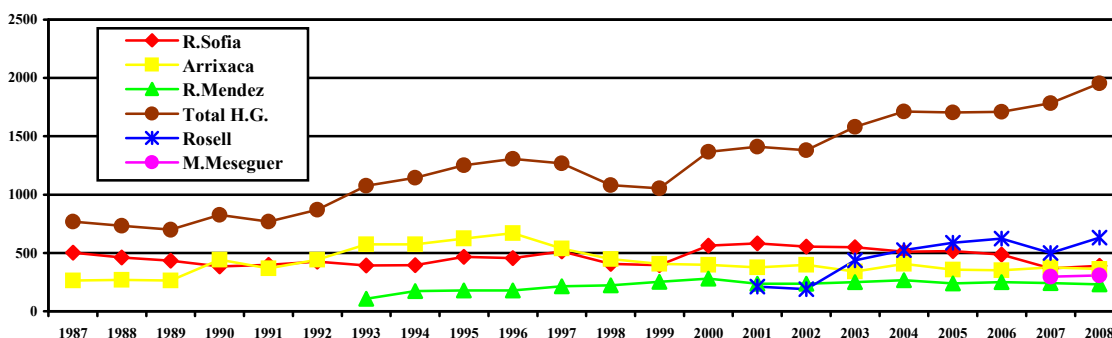
Gráfica 3: Comparación de la actividad asistencial entre las unidades de corta estancia del Hospital Psiquiátrico y las de los Hospitales Generales.



Gráfica 4: Actividad asistencial del Hospital Psiquiátrico en el período comprendido entre los años 1978-2008.



Gráfica 5: Actividad asistencial de las unidades psiquiátricas de corta estancia de los Hospitales Generales del S.M.S. entre los años 1987-2008.



IV.2. Análisis de la oferta. Recursos asistenciales.**IV.2.a. Recursos asistenciales en la Región de Murcia**

Las áreas sanitarias que determina el mapa sanitario regional, están diseñadas por criterios exclusivamente geográficos, no siendo homogéneas ni desde el punto de vista poblacional, ni por la cantidad de recursos asistenciales en materia de salud mental. La población más dispersa se encuentra en diferentes áreas sanitarias y la distribución de recursos continúa manteniendo desigualdades que deberán subsanarse en los próximos años con arreglo al principio de equidad (ver mapa sanitario).

Es importante el señalar que, como se evidencia en el mapa y tablas de recursos, aún existen desigualdades entre las diferentes áreas sanitarias, tanto en la dotación de recursos hospitalarios como ambulatorios.

A pesar del importante incremento de recursos humanos realizado en los últimos años, si observamos la tabla comparativa por áreas sanitarias, el área VI es la que aún dispone de menos efectivos. En relación con los diferentes programas asistenciales, el de rehabilitación, y en menor medida el de Infanto-Juvenil, son los programas que precisan de una mayor dotación de efectivos, sobre todo en las áreas V y VI. En relación con el tipo de profesionales, se debe potenciar el número de enfermeros en los programas asistenciales ambulatorios de las áreas I, II, III y VI. (ver tablas y anexos)

En relación con los recursos estructurales, en los cuatro últimos años el S.M.S. ha puesto en marcha tres nuevos CSM con sus respectivas Unidades de Rehabilitación-H. de Día, un nuevo CAD, dos Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y diferentes unidades específicas de corta y media estancia psiquiátrica. A pesar de los incrementos descritos, se deberá acometer en los próximos años la ubicación de camas psiquiátricas en los hospitales generales de las actuales áreas IV y V, ampliar el número de estas en el área II, y completar el número de camas de desintoxicación hospitalaria. Sobre recursos estructurales comunitarios los esfuerzos deberán centrarse en las áreas I, II y VI, y en relación con programas asistenciales es el de rehabilitación el que precisa un mayor número de estructuras, al tratarse de un programa básico para el paciente psicótico, que a su vez presenta la patología más grave y crónica.

No se dispone de datos fiables actualizados de recursos estructurales y humanos en materia de salud mental de la mayoría de las Comunidades Autónomas (últimos datos comparables son del año 1996), por lo que no es posible aportar tablas comparativas con la media nacional, ni con otras Comunidades Autónomas. Esperemos que a través de los datos que deben aportar las diferentes CCAA en las diferentes evaluaciones de los objetivos de las Estrategias Nacionales de Salud Mental, el Ministerio realice la labor de cohesión y liderazgo en sistemas de información necesarias y pueda proporcionar este tipo de datos.

Tabla 1: Indicadores de los recursos estructurales y humanos específicos de Salud Mental en la Región de Murcia.

Año 2008			
Población C.C.A.A. de Murcia: 1.413.240 hab-(TS)		Ratios	
Nº Camas Corta Estancia:	133	Camas/100.000 hab:	9,4
Nº Camas Media Estancia:	74+124	Camas/100.000 hab:	14,1
Nº Camas Larga Estancia:	140	Camas/100.000 hab:	9,9
Nº Hospital de Día/Centro de Día	9	Nº H.Día/C.Día/100.000 hab.	0,6
Plazas H. Día/C. Día	278	Nº plazas/100.000 hab:	19,7
Plazas Inserción socio-laboral	>180	Nº plazas/100.000 hab:	>12,7
Nº C.S.M/C.A.D.	16	Habitantes/CSM-CAD	88.000
Psiquiatras	114	Psiquiatras/100.000 hab	8.0
Psicólogos	75	Psicólogos/100.000 hab	5.3
ATS/DUE	146	ATS/DUE /100.000 hab	10.3
Trabajador Social	18	T.Social/100.000 hab.	1,3
Terapeuta ocupacional/ Terapeuta	24	T.Ocupacional/100.000 hab.	1,7

Recursos Sanitarios de Salud Mental y Drogas. Región de Murcia

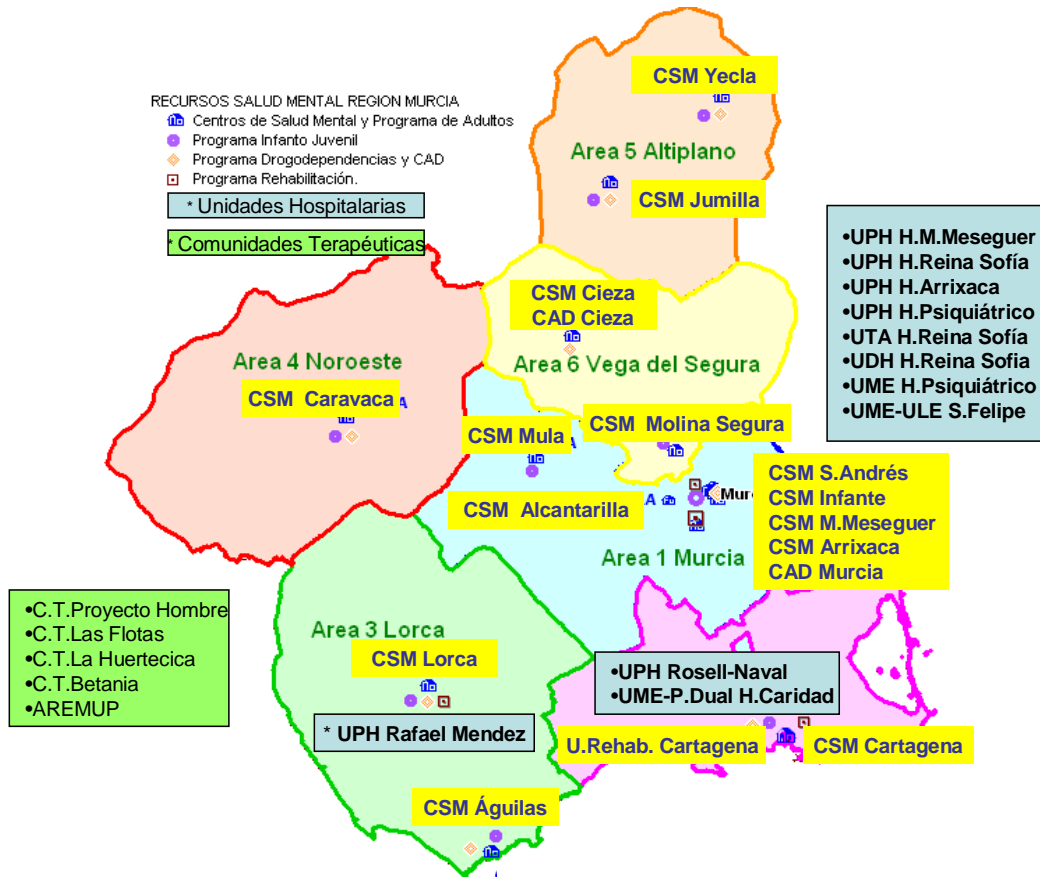


Tabla 2: Recursos Sanitarios de Salud Mental y Drogodependencias. Región de Murcia 2008.

Centros de Salud Mental / Centros de Atención a Drogodependencias	16
Unidades de Tratamiento con Opiáceos / U.Móviles Prog.Espec.Opiáceos (Farmacias, C.Penitenciario, Comisarías de Murcia y Cartagena)	13 / 2 4
Unidades de Rehabilitación / H. de Día / C. de Día	9 (268 plazas)
Pisos Terapéuticos	3 (15 plazas)
Inserción Socio-Laboral (Áreas I, II, III, VI)	>150 plazas
Unidades Psiquiátricas Hospitalarias de Corta Estancia	6 (118 camas)
Unidad Trastornos Conducta Alimenticia. (Hospital Reina Sofía)	1 (6 camas)
Unidad Desintoxicación Hospitalaria. (Hospital Reina Sofía).	1 (6 camas)
Unidades de Media Estancia. (2 Hosp. Psiquiátrico) y (1 S.Felipe)	3 (74+40 camas)
Comunidades Terapéuticas (Drogas ilegales, alcohol y patología Dual) (Convenios/Conciertos)	5 (114 plazas)

Tabla 3: Recursos humanos de Salud Mental en la Región de Murcia en el año 2008.

	Psiqu+M.Dr	Psicólogos	Enfermeros	T.Social	T/T.Ocupac
Total Región 1.413.240 hab-(TS)	114 1/12.400 h	75 1/18.800 h	146 1/9.700 h	18 1/78.500 h	25 1/56.500 h

Tabla 4: Recursos humanos específicos de C.S.M. por Áreas Sanitarias. Región de Murcia. 2008

	Psiquiatra/MD	Psicólogos	Enfermeros	T.Social	T.Ocupac.
Área I 538.307 h	34 1/15.800 h	25 1/21.500 h	20 1/26.900 h	6 1/89.700 h	3 1/179.300 h
Área II 366.615 h	18 1/20.400 h	14 1/26.200 h	12 1/30.600 h	5 1/73.200 h	6 1/61.200 h
Área III 176.950 h	9 1/19.700 h	9 1/19.700 h	7 1/25.300 h	3 1/59.000 h	2 1/88.500 h
Área IV * 72.681 h	5 1/14.600 h	5 1/14.600 h	4 1/18.300 h	1 1/73.000 h	2 1/36.300 h
Área V * 61.469 h	4 1/15.500 h	4 1/15.500 h	4 1/15.500 h	-	-
Área VI 197.218 h	9 1/21.900 h	5 1/39.400 h	4 1/49.200 h	-	-
Total Región 1.413.240 h	79 1/17.900 h	62 1/22.800 h	51 1/27.700 h	15 1/94.200 h	13 1/108.700 h

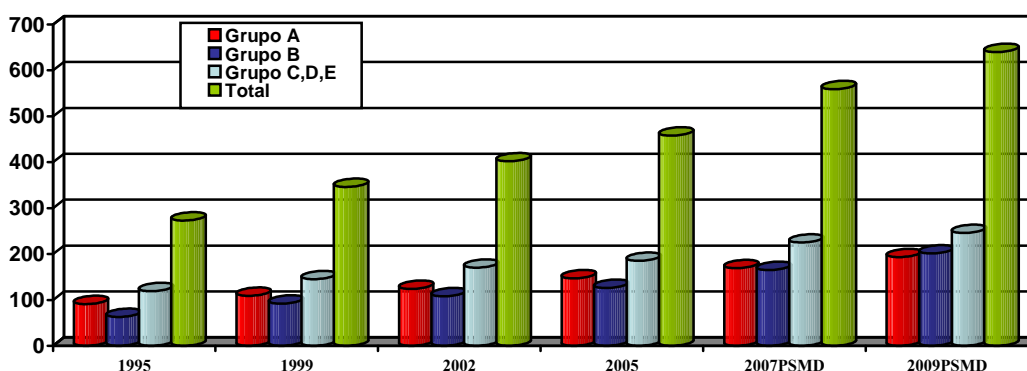
* Los profesionales de las áreas sanitarias IV y V atienden los tres programas asistenciales (adultos, infante-juvenil y drogodependencias) de forma integrada. En el resto de áreas sanitarias existen profesionales específicos para los diferentes programas asistenciales

IV.2.b. Incrementos Recursos Estructurales y Humanos.

El crecimiento experimentado en los últimos años se ha realizado a expensas básicamente de los dispositivos comunitarios. Este crecimiento ha tenido lugar de una forma desigual, tanto por áreas como por colectivos. En las siguientes tablas y gráficos se exponen los incrementos de los recursos humanos, en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2008, enmarcados en los diferentes Planes de Salud Mental de nuestra Región

En relación con los recursos estructurales, se incluyen así mismo los que en la actualidad están iniciados y/o en obras.

Evolución Recursos Humanos por grupos profesionales enmarcados en los diferentes Planes de Salud Mental



Crecimiento de recursos sanitarios-estructurales de Salud Mental. (años 1996-2008)

<u>COMUNITARIOS</u>	<u>COMUNITARIOS REHABILITACIÓN</u>	<u>HOSPITALARIOS</u>
CSM Águilas CSM Mula CSM Alcantarilla CAD de Cieza UTOs: Águilas, Totana, Jumilla, Mula, Mazarrón, La Unión. CSM San Andrés CSM Caravaca CAD Murcia CSM Molina CSM Lorca CSM Yecla (iniciado) CSM Mar Menor (iniciado)	Ampliación C.Día H. Psiquiátrico U.Rehab-C.Día Drogas Murcia U.Rehab-C.Día Drogas Cartagen U. Rehabilitación S.Andrés C.Día Inf-Juv. San Andrés H.de Día Patolog. Dual Cartagena U.Rehabilit.-H.de Día Caravaca U.Rehabilit.-H.de Día Cartagena U.Rehab.-H.de Día Molina U.Rehab.-H. de Día Lorca U.Rehab.-H. Día Yecla (iniciado) U.Rehab.-H. Día Mar Menor (iniciado)	U.D.H. Hosp. General U.P.H. Hosp. Rosell/Naval Pabellón Dirección H. Psiquiátrico Ampliación UPH H. Rafael Méndez U.P.H. Hospital Reina Sofia U.T.A. Hospital Reina Sofia Ampliación UME H. Psiquiátrico U.P.H. H. Morales Meseguer UME-ULE. San Felipe (concierto) U.L.E. (S. Sociales) (miniresidencias) Psicogeriatrico (S. Sociales). UPH Inf-Juvenil H.V.Arrixaca (iniciado) UPH H. Mar Menor (iniciado)

IV.3. Recursos Económicos de la Red de Salud Mental.**IV.3.a. Gasto Sanitario**

La Red de Salud Mental, presupuestariamente, depende de diferentes “Programas”, que a su vez están divididos en diversos “Capítulos” presupuestarios. La mayor parte de esta Red está financiada a través de los “Programas 413A y 412D”, aunque las unidades psiquiátricas hospitalarias y algunos recursos asistenciales extrahospitalarios no tienen presupuesto propio al estar contemplado y depender presupuestariamente de las Gerencias de Atención Especializada y/o de las de Atención Primaria (una mínima parte) de sus hospitales respectivos.

El aporte de recursos económicos por parte de la Administración Autónoma aplicados a la atención sanitaria en materia de Salud Mental ha sido muy importante a lo largo de todos estos años. La evolución del gasto ha sido más relevante en el periodo comprendido entre los años 2002 y 2008 (incremento superior al 90%), aunque en años anteriores este incremento, aunque inferior, ha sido constante.

El gasto sanitario derivado de la asistencia en materia de salud mental que realizó el Servicio Murciano de Salud en el año 2008 en los capítulos I, II, y IV (gastos de personal, gastos corrientes y subvenciones), fue de casi 36 millones de euros, sin incluir los gastos realizados en las diferentes inversiones estructurales (capítulo VI), que al ser ejecutadas de forma plurianual, no deben contabilizarse por años naturales.

Tabla 1: Desglose de capítulos presupuestarios de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. Año 2008 (Programas 413A y 412D. No incluidas otras Gerencias)

	Hosp.Psiquiátrico Programa412-D	%	Red Salud Mental Programa 413-A	%	Total Programas 412-D + 413-A	%
CAP.1 (Gastos de personal)	8.025.000	79,5	13.303.000	55,1	21.328.000	62,3
CAP. 2 (Gastos corrientes)	1.869.000	18,5	1.337.000	5,6	3.206.000	9,4
CAP. 4 (Subvenciones)	-	-	5.343.000	22,2	5.343.000	15,6
CAP. 6 (Inversiones)	202.000	2,0	4.142.000	17,1	4.344.000	12,7
TOTAL	10.096.000	100	24.125.000	100	34.221.000	100

Cifras en Euros.

No está incluido en presupuesto de Hospital Psiquiátrico, la cantidad correspondiente al gasto ocasionado por el concierto de camas de media-larga estancia psiquiátrica correspondientes al año 2008, que supone un total de 1,4 millones de euros.

Las diferentes unidades psiquiátricas hospitalarias (UPHs), así como los recursos extrahospitalarios de salud mental que dependen tanto de Gerencias de Atención Especializada como de Gerencias de Atención Primaria, pertenecientes todas al S.M.S., se especifican en esta otra, al no disponer de programa presupuestario propio y estar incluidas en el de sus Gerencias respectivas. La cifra que se expone en la siguiente tabla, referente al año 2008, no es exacta, siendo una cantidad estimada con un margen de error de +/- 5%.

Tabla 2: Presupuestos en Salud Mental de las diferentes Gerencias del S.M.S. en el año 2008.

Gerencias Hospitalarias y/o At.Primaria.	Total capítulos presupuestarios I y II*
Total	12.930.000 euros

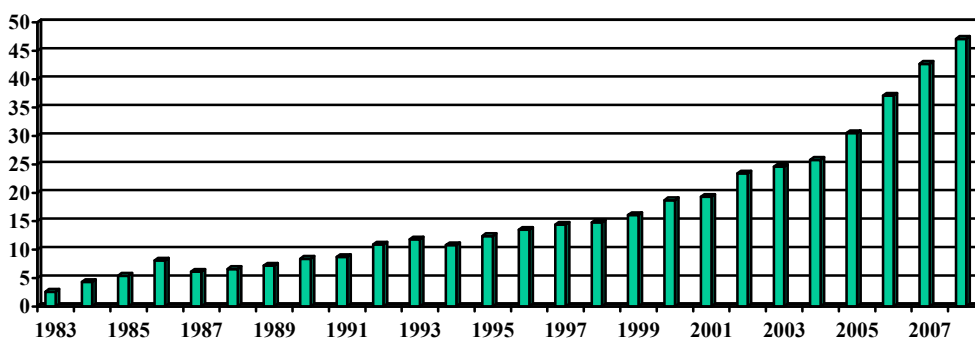
Convenios Red Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. Año 2008:

A cargo del Capítulo IV: 5.343.312 euros (<u>incremento del 25,6% respecto 2007</u>)	
Convenios con Corporaciones Locales Municipales:	397.640 euros
Ayudas a empresas privadas para inserción laboral:	594.974 euros
Ayudas genéricas a ONGs (convenios colaboración)	4.350.698 euros

En la gráfica que se expone a continuación, están incluidos la totalidad de los recursos económicos que en materia de Salud Mental del SMS han sido aportados por todas y cada una de las Gerencias y Programas Presupuestarios en los diferentes años que se contemplan.

Los pequeños incrementos de los años 1992 y 1993 corresponden con obras realizadas en Hospital Psiquiátrico, y es a partir del año 1995 cuando el incremento es constante y mayor, llegando a sus máximos actuales debido a las fuertes inversiones realizadas en recursos estructurales y al importante aumento de plantilla, sobre todo a partir del año 2001.

Gráfica 1: Evolución Gasto Sanitario de la red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud en el período comprendido entre los años 1983-2008. (millones de euros)



El *gasto sanitario* en materia de Salud Mental (atención especializada) se ha incrementado en un 9,3% respecto al año anterior, y supone aproximadamente el 3,4% del total del gasto del Servicio Murciano de Salud para este año. No está incluido el *gasto farmacéutico* de psicofármacos mediante recetas, que ha experimentado un incremento del 4,7% respecto al año 2007.

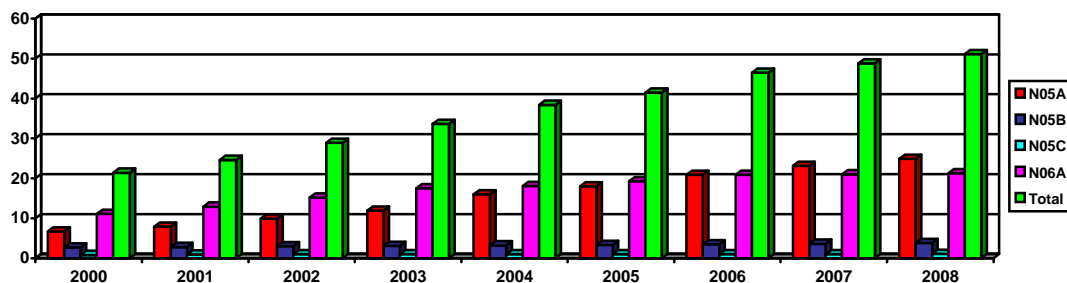
IV.3.b. Gasto Farmacéutico.

Analizado el gasto farmacéutico en psicofármacos, de los años 2000-2008, financiado por el S.M.S., lo que más llama la atención es el incremento del mismo en todos los grupos terapéuticos analizados, destacando de manera muy significativa el grupo N05A (neurolépticos) con un incremento acumulado de un 272%, y el grupo N06A (antidepresivos) con un incremento acumulado del 92%. Los incrementos evidenciados en los grupos N05B y N05C (entre un 3% y un 6% anual), podrían achacarse en su mayor parte al incremento porcentual similar del número de cartillas sanitarias.

Conviene destacar que el gasto farmacéutico de “neurolépticos” se produce a expensas de los llamados “Atípicos” o “nuevos neurolépticos”, a pesar de que el número de recetas de los llamados “Clásicos” representa casi el 50% de todas las prescripciones. El incremento constante del gasto en este grupo es directamente proporcional al incremento del número de prescripciones de “neurolépticos atípicos” (Se da la paradoja de que uno solo de los principios activos representa el 50% del gasto en este grupo terapéutico). En el grupo N06A (antidepresivos) el 50% del gasto lo representan los ISRS, y el 45% los “nuevos antidepresivos”, quedando los “triciclicos” relegados a nivel testimonial.

En el año 2008, el gasto farmacéutico de los grupos terapéuticos con acción sobre el Sistema Nervioso Central: N05A+N05B+N05C+N06A, financiado mediante recetas, ha experimentado un incremento del 4,7% respecto al año 2007, y supone el 12,5% del “gasto farmacéutico total” financiado por Servicio Murciano de Salud. No está incluido el gasto de psicofármacos utilizados en unidades hospitalarias.

Gráfica 2: Evolución del gasto farmacéutico por Psicofármacos. Años 2000-2008.



Fuente: D.G.A.S. Servicio de Gestión Farmacéutica. S.M.S.
No incluidos psicofármacos utilizados en unidades hospitalarias.



V.- EVALUACIÓN DE OBJETIVOS Y ACTIVIDADES (31/12/2008)
PLAN DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS 2006-2009

La evaluación del Plan de Salud Mental 2006-2009, así como de las diferentes líneas de actuación definidas en el mismo, se ha realizado a finales del año 2008, cuando todavía quedaba un año de vigencia del mencionado Plan.

Para evaluar el grado de ejecución del mismo, hemos considerado que no todos los objetivos ni actuaciones tienen la misma relevancia ni impacto en la mejora de la salud mental, estimándoseles un valor relativo, así como teniendo en cuenta la fecha en la que se realiza la evaluación.

En las tablas posteriores quedan reflejados, del total de objetivos e indicadores que se marcaron en cada una de las líneas de actuación y en la globalidad del Plan, aquellos que han quedado pendientes, los que se encuentran en la actualidad desarrollándose, y los que ya han sido realizados. Se añade así mismo el “grado de ejecución”, tanto global como por líneas, que intenta evaluar la realización del mismo.

El grado de ejecución del Plan de Salud Mental 2006-2009, a diciembre del año 2008, estimamos que ha sido de un 85%, cifra muy alta en comparación con la evaluación de planes anteriores, y que indica un alto grado de compromiso de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud en la consecución de los objetivos marcados.

Seis de las diez líneas de actuación han superado el 80% el grado de cumplimiento, quedando solo tres de ellas por debajo del 70%, y siendo éstas sobre las que habrá que incidir y desarrollar mejor en el próximo Plan de Salud Mental. Estas líneas de actuación son: “Programa de Psicogeriatría” (50%), “Programa Infanto-Juvenil” (60%), e “Integración de los recursos asistenciales de salud mental en las diferentes Gerencias y Coordinación inter e intrainstitucional” (65%).

Resumen Grado de Ejecución PSM (Diciembre-2008)	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	21	28	53	102
Metas de Indicadores	27	32	101	160
Grado Ejecución Objetivos ponderados	85%			

Línea de actuación 1: Integración de los recursos asistenciales de salud mental en sus respectivas gerencias de atención especializada.

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	5	2	6	13
Metas de Indicadores	5	2	13	20
Grado Ejecución Objetivos ponderados	65%			

Línea de actuación 2: Sistemas de información en salud mental y drogas

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	0	2	1	3
Metas de Indicadores	0	2	1	3
Grado Ejecución Objetivos ponderados	90%			

Línea de actuación 3: Recursos estructurales en salud mental y drogas

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	0	3	3	6
Metas de Indicadores	0	6	13	19
Grado Ejecución Objetivos ponderados	90%			

Línea de actuación 4: Recursos humanos en salud mental y drogas

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	0	1	5	6
Metas de Indicadores	0	0	14	14
Grado Ejecución Objetivos ponderados	100%			

Línea de actuación 5: Programas asistenciales. Programa Adultos

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos		5	3	8
Metas de Indicadores	1	5	6	12
Grado Ejecución Objetivos ponderados	80%			

Línea de actuación 6: Programa Infanto-Juvenil en salud mental

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	3	2	3	8
Metas de Indicadores	3	2	3	8
Grado Ejecución Objetivos ponderados	60%			

Línea de actuación 7: Programa de Drogodependencias en salud mental

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	5	6	7	18
Metas de Indicadores	10	7	14	31
Grado Ejecución Objetivos ponderados	70%			

Línea de actuación 8: Programa de Hospitalización en salud mental

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos		3	9	12
Metas de Indicadores		3	10	13
Grado Ejecución Objetivos ponderados	90%			

Línea de actuación 9: Programa de Rehabilitación psicosocial. salud mental

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	3	2	12	17
Metas de Indicadores	3	3	22	28
Grado Ejecución Objetivos ponderados	90%			

Línea de actuación 10: Programa de Psicogeriatría en salud mental

Resumen Grado de Ejecución	Pendientes	En desarrollo	Realizados	Total
Objetivos	5	2	4	11
Metas de Indicadores	5	2	5	12
Grado Ejecución Objetivos ponderados	50%			

VI. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN. OPORTUNIDADES DE MEJORA.

Desde la elaboración del anterior Plan de Salud Mental, la Red de salud mental ha experimentado un importante aumento de recursos estructurales y humanos, así como de los recursos económicos necesarios para llevar a cabo el desarrollo de sus diferentes programas asistenciales.

La actividad asistencial global se ha ido estabilizando, tanto a nivel hospitalario como comunitario, aunque sigue evidenciándose un incremento en la demanda de servicios y tratamiento.

Se ha optado por el enfoque en los procesos como sistema de gestión para llevar a toda la red de salud mental hacia la excelencia a través del modelo EFQM, formando al personal directivo de salud mental, de hospitales y de atención primaria, estableciendo un marco idóneo para asegurar la “continuidad asistencial” a través de una red integrada de servicios que incluya todos los recursos, tal y como propone la Estrategia Nacional de Salud Mental.

A continuación vamos a exponer una serie de conclusiones y oportunidades de mejora, enmarcándolas en las diferentes líneas de actuación que propone la mencionada estrategia nacional, para intentar alinear en las mismas a continuación, los objetivos y actividades que se pretenden desarrollar en el marco de este nuevo Plan de Salud Mental de la Región de Murcia

VI.1.- Conclusiones y oportunidades de mejora respecto a la Línea de actuación 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).

1. Las actuaciones relacionadas con esta línea, son primordialmente competencia de la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública, aunque también realizan muchas actividades en este campo otras administraciones, tanto Autonómicas como Locales. Es el SMS a través de los diferentes recursos asistenciales, el que primordialmente desarrolla la prevención secundaria y terciaria.
2. Se evidencia un insuficiente conocimiento de la mayor parte de actividades que se realizan por las diferentes Administraciones en el campo de la prevención y promoción de la salud mental, exceptuando todas aquellas relacionadas con el programa de drogodependencias que tienen un responsable específico.
3. Se evidencia una insuficiente coordinación entre todos los agentes implicados en la prevención y promoción de la salud mental, siendo deseable un mejor conocimiento y cooperación.
4. En el campo de las drogodependencias, existe una línea específica de promoción, prevención y erradicación del estigma, estando muy estructuradas sus actuaciones y disponiendo de recursos específicos para llevar a cabo estos programas.
5. Aunque el índice de suicidios ha descendido de manera ostensible en nuestra región, en la misma proporción que a nivel nacional, la tasa de mortalidad ajustada por suicidio en la región sigue siendo algo superior a la media nacional. Esta situación implica intensificar las actuaciones preventivas (detección precoz del riesgo suicida), en colaboración con Atención Primaria, en el campo de la depresión.
6. Se evidencia la necesidad de introducir la detección precoz del Trastorno Mental Grave, tanto en Atención Primaria como en el medio comunitario.

7. La integración laboral del enfermo mental a través del programa ISOL desarrollado en dos áreas sanitarias de la región, es un modelo de erradicación del estigma en la práctica, que puede y debe exportarse al resto de áreas.
8. Aparecen como áreas de mejora en nuestra región la detección precoz de: las demencias en personas mayores, la violencia de género en las mujeres, y del trastorno mental por desarraigo en la población inmigrante. En consecuencia, se deberían realizar actuaciones preventivas en estos tres campos.

VI.2. Conclusiones y oportunidades de mejora respecto a la Línea de actuación 2. (Atención a los trastornos mentales).

1. El proceso de unificación e integración funcional de los recursos de salud mental necesita consolidarse, al continuar existiendo diferente dependencia jerárquica y funcional en los recursos asistenciales.
2. No está descentralizada la gestión de los recursos de salud mental por áreas sanitarias, y en aquellas que ya funcionan como Gerencia Única, no está incluida la salud mental.
3. La mayor parte de los recursos de salud mental no están jerarquizados. Solo existe a nivel extrahospitalario la figura de coordinador de centro y/o programa.
4. Aún persiste una distribución no equitativa de los recursos asistenciales en salud mental
5. Se han elaborado varias guías de práctica clínica y se ha iniciado la gestión por procesos con la participación de todos los profesionales de la red de salud mental. Los CSM/CAD, así como las unidades de rehabilitación han presentado el mapa 0 de su centro y han diseñado al menos un subproceso. Conviene potenciar la implantación y desarrollo de estas iniciativas de cara a la mejora de la calidad, continuidad de cuidados y disminución de la variabilidad en la práctica clínica.
6. En la misma línea, las guías de práctica clínica elaboradas, servirán de directrices para la elaboración de procesos de los trastornos más graves y más prevalentes. Conviene evaluar la implantación de las guías para detectar áreas de mejora en la práctica clínica habitual
7. Existen problemas de equidad especialmente en lo referente a la detección y protocolización de la atención a las personas mayores (psicogeritria) a las mujeres (perspectiva de género, violencia de género...), y a la población inmigrante (no se puede cuantificar su nº en la atención a la salud mental).

VI.2.1 Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa de atención a Adultos

1. Es uno de los programas más desarrollados de la red de salud mental, habiéndose mejorado en los últimos años debido al incremento en recursos humanos y estructurales, aunque presenta algunas deficiencias que deben ser corregidas para su mejor funcionamiento.
2. Una de las áreas a desarrollar es la de la atención al paciente mayor de 65 años (psicogeritria), dado el aumento de la prevalencia atendida de esta población, esperanza de vida, y del incremento en la demanda de tratamiento por trastornos mentales orgánicos y trastornos afectivos en este rango de edad.
3. Se evidencia en los últimos años una sobrecarga asistencial en estos servicios, por un incremento progresivo en la demanda de tratamiento de la patología mental común. Una mejor coordinación con Atención Primaria debe ser una herramienta a desarrollar para mejorar el balance actual.

4. Como consecuencia de esta situación, se detectan cada vez más problemas en los programas específicos relacionados con el trastorno mental grave.
5. En el área VI aún se evidencia un insuficiente número de profesionales, tanto de personal facultativo, como de enfermería y trabajo social.
6. En los últimos años, debido al incremento de derivaciones desde A.P., y de actividad asistencial en todos los centros, se han duplicado las demoras. Así mismo, el incremento de demanda de tratamiento psicológico ha originado listas de espera para este tipo de tratamiento. En este sentido es necesaria una adecuación de la atención psicoterapéutica a las necesidades asistenciales.
7. A pesar de los incrementos realizados en este tipo de recursos, es necesaria una mayor dotación de recursos estructurales para este programa en las áreas I, II, y VI.
8. Se ha consensuado un proceso de continuidad de cuidados que hay que completar por áreas con el proceso de atención al trastorno mental grave implicando todos los dispositivos asistenciales que intervienen en su tratamiento, con el fin de garantizar la continuidad asistencial
9. El tratamiento asertivo comunitario, con el programa de atención domiciliaria, se ha ensayado con éxito en el área sanitaria II, siendo deseable su implantación en todas las áreas por ser un modelo que garantiza la continuidad de cuidados de las personas con menos apoyo social y con reingresos frecuentes.

VI.2.2 Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa Infanto-Juvenil.

1. A pesar de los incrementos realizados en recursos humanos en los últimos años, sigue evidenciándose un déficit de profesionales dedicados a este tipo de asistencia. Se precisa una mayor formación y unidad de criterio respecto a su organización, actividad y funcionamiento.
2. En relación con los recursos estructurales, se ha mejorado muy satisfactoriamente los relativos al área sanitaria I, aunque no se disponen de los suficientes y son deficitarias las áreas sanitarias IV, V y VI, y precisan ampliación de los mismos las áreas II y III.
3. A pesar del esfuerzo realizado, es necesario seguir incrementando la oferta de dispositivos tipo “centro de día”, con actividades dirigidas a potenciar un desarrollo evolutivo normal mediante una detección precoz y la mejora del pronóstico a través de programas de tratamiento intensivo en este tipo de recursos.
4. Con la apertura del nuevo Hospital Materno Infantil Virgen de la Arrixaca en el periodo que contempla el presente Plan de Salud Mental, se va a dotar a la red de salud mental con camas para ingreso psiquiátrico infanto-juvenil. Aunque debe evitarse este tipo de ingresos en la infancia, son necesarias algunas para casos muy específicos imposibles de tratar ambulatoriamente.
5. Se evidencia una gran variabilidad diagnóstica por áreas sanitarias, siendo necesario el seguir protocolizando el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales infantiles.
6. Los niño/as expuesto/as a violencia de género tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud mental, y puede pasar desapercibido si no se pregunta por ello. Se necesita mejorar sistemas de detección de estos casos, así como el tratamiento adecuado de las secuelas.

VI.2.3. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa Drogodependencias.

1. Se evidencia en los últimos años un aumento en la demanda de tratamiento de la adicción a cocaína.
2. El alcohol sigue siendo la droga que genera el mayor número de demandas de tratamiento ambulatorio.
3. Existe una demora para tratamiento de desintoxicación hospitalaria, por lo que se hace necesaria la creación de una Unidad de Desintoxicación con recursos suficientes.
4. La Patología Dual sigue estando infradiagnosticada, y tratada.
5. Aunque en los Centros/Unidades de tratamiento de drogodependientes de la Región existe la oferta de programas para la deshabitación tabáquica, son muy pocas las personas que solicitan su tratamiento. Esta misma situación se evidencia con las ludopatía.
6. Se constata la necesidad de mayor número de plazas en Comunidad Terapéutica.
7. Se evidencia la necesidad de recursos para que los usuarios pudieran pernoctar en las áreas donde están ubicados los Centros de Día.
8. Se evidencia el beneficio obtenido por los pacientes dependientes de opiáceos a los que les es dispensado el tratamiento en las oficinas de farmacia, siendo necesario potenciar y extender este modelo para la mayor normalización de estos pacientes
9. Se mejoraría el abordaje y tratamiento de los problemas de patología dual incluyendo protocolos y diagnóstico a tal efecto, tanto en los programas de salud mental como en los de drogodependencias

VI.2.4. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa de Rehabilitación.

1. A pesar de la apertura de nuevas unidades de rehabilitación en Caravaca y Cartagena, y ser el programa que proporcionalmente ha experimentado el mayor crecimiento (debido a la escasez de este tipo de recursos), es en el que aún persiste el mayor déficit de recursos y de programas específicos necesarios para avanzar en el proceso de superación de las estructuras tradicionales de atención psiquiátrica.
2. Los recursos humanos en este programa siguen siendo escasos, aunque se evidencia una mejor formación y mayor unidad de criterio respecto a su organización y funcionamiento. El diseño de procesos asistenciales debe extenderse a todas las unidades de rehabilitación.
3. Los recursos estructurales del tipo Unidades de Rehabilitación/Centro de Día y pisos terapéuticos, exceptuando los existentes en el programa drogodependencias, son muy escasos, habiendo mejorado la rotación/movilidad de pacientes en este tipo de recursos.
4. Los programas y dispositivos de reinserción socio-laboral, tan necesarios para la normalización e integración del enfermo mental, deben seguir potenciándose en todas las áreas, habiéndose conseguido a través del programa "ISOL" de la "Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial", una integración laboral del enfermo mental digna de mención en las áreas I y VI.

VI.2.5. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa de Hospitalización.

1. Con la creación de las nuevas Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (UPH) del área I, se ha conseguido que el número de camas de hospitalización breve disponibles en la Región de Murcia sea suficiente en términos generales. A pesar de estas ampliaciones, persiste una insuficiencia de camas en relación con las ubicadas en hospitales generales, así como la práctica inexistencia de camas específicas para desintoxicación a drogas.

2. El Hospital Psiquiátrico ha reducido el nº de camas de corta estancia, transformándolas en dispositivos de media estancia, permitiendo la creación de programas específicos (trastornos esquizofrénicos, trastornos límite de personalidad...), que se deberán seguir potenciando.
3. Los hospitales de las Áreas Sanitarias IV, V, y VI no disponen de psiquiatras en su plantilla que supervisen o se responsabilicen de la atención de las urgencias psiquiátricas, ni protocolos terapéuticos adecuados para atenderlas.
4. El número de camas de Media Estancia disponibles en la Región de Murcia es insuficiente, estando así mismo ubicadas todas ellas en el área sanitaria I.
5. Existe un déficit muy acusado de camas de Larga Estancia y de dispositivos residenciales, tendiendo a colapsarse las camas de Media Estancia y de las de hospitalización breve.

**VI.3.- Conclusiones y oportunidades de mejora respecto a la Línea de actuación 3.
(Coordinación interinstitucional e intrainstitucional).**

1. No existe la suficiente coordinación entre instituciones implicadas directa o indirectamente con la Salud Mental.(Educación, S.Sociales, Trabajo, Justicia...), siendo necesario el desarrollo de acuerdos y convenios para cubrir las complejas necesidades de los pacientes con trastorno mental grave
2. El trabajo de colaboración con Atención Primaria debe reforzarse y consolidarse a través de la Comisión Mixta, partiendo de los documentos ya elaborados sobre mejoras en la coordinación y comunicación, sobre el modelo de cooperación, y sobre la guía para la depresión.
3. No se ha desarrollado la comisión asesora, objetivo del anterior PSM, con la participación de las sociedades científicas y asociaciones de usuarios y familiares.
4. El aumento de la población mayor de 65 años, y de la demanda de tratamiento de trastornos mentales orgánicos y trastornos afectivos, hace necesario coordinar las actuaciones que se producen en el campo de la psicogeriatría, mediante la elaboración de un protocolo y/o plan de acción, en el que participe atención primaria, neurología, unidad de demencias, geriatría, servicios sociales y salud mental.
5. Se ha realizado el “protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con la participación de las Consejerías de Sanidad y Educación. Para poner en marcha este protocolo hay que coordinar en la práctica la actuación de pediatras, salud mental infanto-juvenil, profesores, etc, lo que conlleva mecanismos de coordinación a nivel de área.
6. En el campo de la rehabilitación y del trastorno mental grave (TMG) la coordinación con servicios sociales para la aplicación de la ley de dependencia está por hacer. Aunque ha habido contactos, aún no se ha plasmado la comisión que coordine la atención socio-sanitaria del TMG.
7. En el área de integración socio-laboral, los programas que se llevan a cabo están dando una respuesta adecuada a la población atendida, aunque existen carencias como es la falta de medidas de apoyo residencial, siendo deseable una mayor coordinación con Servicios Sociales
8. Ha sido formalizado un convenio de colaboración en materia de sanidad penitenciaria, entre II.PP. y Consejería de Sanidad en el que está incluida la atención a la salud mental y drogodependencias de la población reclusa. Se deberá seguir ampliando este convenio en materia asistencial, hasta que se realicen de forma definitiva las transferencias en materia de sanidad penitenciaria a nuestra C.A.

VI.4- Conclusiones y oportunidades de mejora respecto a la Línea de actuación 4 (Gestión del conocimiento: Formación, Docencia, Investigación).

1. La Formación Continuada, la Docencia y la Investigación han mejorado ostensiblemente. Se sigue elaborando anualmente un Plan de Formación Continuada específico para Salud Mental, siguiendo las directrices de la D.G.de Calidad, Formación e Investigación Sanitaria (actualmente Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad).
2. Desde que en el año 2002 se creara una Unidad Docente, dependiente de la Subdirección General de Salud Mental, y su correspondiente Comisión Asesora, las competencias de la misma se han ampliado a la formación de especialistas en Psiquiatría (MIR), Psicología Clínica (PIR), y en los dos últimos años en Enfermería de Salud Mental (EIR).
3. Se han establecido los mecanismos de evaluación y supervisión necesarios para garantizar la adecuada formación de especialistas en salud mental, elaborándose anualmente el Plan de Rotaciones de las diferentes especialidades (MIR de Psiquiatría y PIR) en las dos Unidades Docentes, así como el Plan de Formación de Residentes en cada una de ellas.
4. A pesar de haberse ampliado el número de plazas MIR/PIR acreditadas y ofertadas en la región, la previsión a corto, medio y largo plazo en relación con las necesidades de recursos humanos especialistas, es que se van a precisar un elevado nº de estos especialistas, por lo que se deberá adecuar la acreditación y oferta de plazas MIR/PIR/EIR a estas necesidades.
5. La dotación de recursos humanos específicos dedicados a la formación, docencia e investigación, en la UDIF de la SGSM se ha incrementado, aunque dada la actividad de la Unidad y el número cada vez mayor de profesionales en formación, se deberá dotar de los recursos humanos y estructurales adecuados a la función que deben realizar.
6. La UDIF-SM lideró, a finales del 2007, la realización de las “Líneas estratégicas para el Fomento y Potenciación de la Investigación en Salud Mental en la Región de Murcia 2008-2018”, planteándose como objetivos estratégicos, el fomentar una cultura de investigación en la organización sanitaria, promocionar la investigación en Salud Mental en la Región para contribuir a la generación de conocimientos, y difundir los resultados de la investigación, mediante una adecuada gestión del conocimiento.
7. Desde la UDIF-SM se han iniciado dos líneas estratégicas de investigación. Una sobre la detección y la atención sanitaria a los problemas de violencia de género en los centros asistenciales de Salud Mental regionales., y un proyecto epidemiológico (Proyecto Pegasus-Murcia) en coordinación con el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de Murcia, el Instituto de Neurociencias de Alicante y el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (IMIM-Hospital del Mar) de Barcelona.

VI.5.- Conclusiones y oportunidades de mejora respecto a la Línea de actuación 5 (Sistemas de información en salud mental).

1. Aún existen dispositivos asistenciales en la actual red de Salud Mental que no tienen implantado el sistema de registro informático adecuado. Esta situación se centra en las unidades hospitalarias y en aquellos centros que fueron transferidos.
2. Es necesario adecuar el sistema de información disponible en la actualidad en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo. Se está diseñando y adaptando el sistema de información de Atención Especializada (Selene) a la red de salud mental, estando prevista su extensión a todos los dispositivos.
3. Se ha diseñado, en el marco del PDSIS, un sistema centralizado de registro informático del programa de dispensación de metadona de la Red Regional de Salud Mental y Drogodependencias. Actualmente está en fase de pruebas en un CAD de la red asistencial.
4. En un análisis preliminar retrospectivo se ha detectado un alto porcentaje de mujeres que relatan haber sufrido maltrato a lo largo de su vida, no habiendo sido objeto de registro hasta ahora. Se deberían incluir datos a este respecto en el nuevo sistema de registro.
5. No se puede determinar con exactitud la nacionalidad de las personas atendidas a través del actual sistema de registro, desconociéndose la magnitud actual de la demanda, por lo que se deberá introducir la nacionalidad en la recogida de datos básicos
6. No se dispone de los indicadores adecuados necesarios para una mejor gestión de los programas asistenciales de salud mental. El fácil acceso y explotación de los mismos permitirá mejoras, tanto a nivel macro como micro, en la gestión.

Se proponen a continuación los siguientes objetivos y acciones enmarcándolos en el periodo de vigencia de este Plan de Salud Mental (2010-20013).



VII. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD MENTAL

Los objetivos y actividades de este Plan de Salud Mental los vamos a agrupar en cinco líneas de actuación, semejantes a las propuestas por la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”.

En la línea de actuación 2.4, remitimos al lector al recientemente publicado Plan de Drogodependencias de la Región de Murcia, al estar contemplados en el mismo los objetivos y actividades específicas de ese programa.

La línea de actuación 2, “Atención a los trastornos mentales” la vamos a subdividir en seis apartados correspondientes a nuestros programas asistenciales, tal como se aprecia en el siguiente esquema:

VII.1.- Línea de actuación 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.

VII.2. Línea de actuación 2. Atención a los trastornos mentales.

VI.2.1 Programa de atención a Adultos

VI.2.2 Subprograma de Psicogeriatría

VI.2.3 Programa Infanto-Juvenil.

VI.2.4 Programa Drogodependencias.

VI.2.5 Programa de Rehabilitación.

VI.2.6 Programa de Hospitalización.

VII.3.- Línea de actuación 3. Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.

***VII.4- Línea de actuación 4. Gestión del conocimiento
Formación, Docencia, Investigación.***

VII.5.- Línea de actuación 5. Sistemas de información en salud mental.

VII.1.- Línea de actuación 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.

OBJETIVOS

- 1.- Promover la salud mental de la población y de grupos de riesgo
- 2.- Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general
- 3.- Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales

Objetivos relacionados con la promoción de la salud mental.

Promover desde una perspectiva integral, la salud mental a través de la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los componentes de la comunidad educativa.

Promover un estilo de vida saludable que favorezcan la salud psicosocial en la población juvenil universitaria.

ACTIVIDAD : Impulso y desarrollo del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia.

- **Descripción:** El Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia, elaborado y puesto en marcha de forma conjunta por las Consejerías de Educación, Formación y Empleo y Sanidad y Consumo, tiene como finalidad impulsar y potenciar una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de la vida personal, profesional y social para contribuir a su desarrollo integral y promover la adquisición de estilos de vida saludables.

Este Plan se estructura siguiendo tres estrategias:
 - 1.- **Estrategia curricular**, que pretende impulsar y potenciar el desarrollo curricular de la educación para la salud en toda la Región, como área transversal, de manera que impregne las diferentes áreas y materias a lo largo de todas las etapas educativas. Los contenidos contemplados en el Plan relacionados con la Salud Mental son: conocimiento de uno mismo y relaciones sociales, autoestima, asertividad, habilidades sociales, toma de decisiones, resolución de conflictos, comunicación, educación afectiva, ocio y tiempo libre incluyendo actividades relacionadas con el juego cooperativo y actividad física no competitiva.
 - 2.- **Estrategia participativa**, que promueve la colaboración y actuación conjunta de los profesionales docentes, profesionales de la salud, familias y ayuntamientos y contribuye de manera decisiva a crear escuelas promotoras de salud, en las que la prevención y promoción de la salud sean ejes de actuación preferente, y que contempla la salud mental como un objetivo para toda la población, estableciendo los cauces para la participación de todos los sectores implicados.
 - 3.- **Estrategia formativa**, que interviene en la formación pregrado y postgrado de los profesionales docentes y sanitarios, introduciendo contenidos de promoción de salud, incluidos los de salud mental, en la formación inicial universitaria y en los cursos de formación continuada que se ofertan a los profesionales. Así mismo, promueve la formación de la familia impulsando la creación de Escuelas de Madres y Padres, en Educación para la Salud, en las que se prioricen contenidos de salud mental y actividades relacionadas.
- **Indicadores:**
 - Número de Centros Docentes No Universitarios adscritos al Plan de Educación para la Salud en la Escuela/ Número de Centros No Universitarios.
 - Respecto a la estrategia curricular: Número de materiales elaborados
 - Respecto a la estrategia participativa: Número de Grupos de participación social creados
 - Respecto a la estrategia formativa: Número de actividades formativas realizadas

<u>ACTIVIDAD</u> : Impulso y desarrollo del “Proyecto de Universidad Saludable” en la Región de Murcia.
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción</u>: El Proyecto de Universidad Saludable pretende incidir sobre la promoción de la salud mental a través del fomento de estilos de vida saludable en la juventud, abordando habilidades básicas para la vida, en relación con uno mismo (autoestima, autoconocimiento, estrategias de afrontamiento del estrés, técnicas de solución de problemas, análisis de situaciones y toma de decisiones) y en relación con otras personas (diversidad, igualdad de género, cooperación, relaciones interpersonales, habilidades sociales, comunicación y manejo de conflictos) • <u>Indicadores</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de actividades formativas en salud psicosocial ○ Número de personas que han utilizado el servicio de asesoramiento y orientación personal/año

Objetivos relacionados con la prevención de la salud mental y el suicidio.

<u>ACTIVIDAD</u> : Prevención de la salud mental infanto-juvenil a través de actuaciones con los padres proporcionando información y pautas de actuación con los hijos.
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción</u>: Difusión y utilización de las “Guías para Padres” (La Adolescencia, Los Celos, Los Niños Inapetentes, Los Miedos, Orientaciones Educativas, El Divorcio y los Hijos, La Televisión, El Sueño, Los Trastornos de Eliminación), elaboradas por el Servicio de Infanto-Juvenil de Salud Mental del SMS. • <u>Indicadores</u>: Guías editadas y nº de actuaciones realizadas.
<u>ACTIVIDAD</u> : Promoción de hábitos saludables en las empresas, encaminados a evitar la aparición de enfermedad mental en sus trabajadores.
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción</u>: Realizar convenios de colaboración con Organizaciones Sindicales para realizar campañas de promoción de hábitos saludables en empresas y trabajadores. • <u>Indicadores</u>: Convenios realizados
<u>ACTIVIDAD</u> : Implantación del Protocolo de intervenciones sobre riesgos psicosociales.
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción</u>: Elaboración e implantación del protocolo de intervención en riesgos psicosociales, en colaboración entre el Servicio de Riesgos Laborales y Salud Mental, para trabajadores del SMS. • <u>Indicadores</u>: Protocolo realizado y evaluado.
<u>ACTIVIDAD</u> : Intervenciones comunitarias en población de riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre determinantes de los trastornos mentales y/o adicciones
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción</u>: Realización de convenios de colaboración con ONG y/o Administraciones Locales para llevar a cabo actuaciones encaminadas a la prevención de enfermedad mental y drogodependencias dirigido a población inmigrante (Hábitos saludables y salud mental para inmigrantes) • <u>Indicadores</u>: Convenios y actividades realizadas
<u>ACTIVIDAD</u> : Programa preventivo: “Método de intervención psicoterapéutica – Escuela de Padres”.
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción</u>: Facilitar a los padres métodos y pautas de actuación con los hijos que están en tratamiento por problema mental, mediante la puesta en marcha del Programa de intervención psicoterapéutica-Escuela de Padres. • <u>Indicadores</u>: Nº de actuaciones y/o intervenciones.
<u>ACTIVIDAD</u> : Detección precoz del trastorno mental en la infancia y adolescencia
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción</u>: Programa de atención al niño y al adolescente (PANA), realizado por personal médico y de enfermería de Atención Primaria • <u>Indicadores</u>: Cumplimentación del Programa

ACTIVIDAD : Detección precoz, y actuaciones a realizar en Servicios Educativos y Sanitarios en relación con los TDAH

- **Descripción:** Elaboración e implantación del protocolo de coordinación sobre actuaciones educativas y sanitarias, encaminadas a la detección, derivación y actuaciones a realizar en Servicios Educativos y Sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Especializada en relación con los TDAH
- **Indicadores:** Protocolo realizado e implantado

ACTIVIDAD : Prevenir la conducta suicida

- **Descripción:** Colaboración en la implantación de la guía de práctica clínica de depresión en Atención Primaria, para promover su utilización en la detección precoz del riesgo suicida por los médicos de familia y enfermeros.
- **Indicadores:** Tasas de suicido

Objetivos relacionados con la prevención las adicciones

- *Todos los objetivos y actuaciones relacionados con la prevención de las adicciones, vienen contemplados en el actual Plan de Drogodependencias de la Región de Murcia, por lo que remitimos al documento mencionado.*

Objetivos relacionados con el ámbito de la participación y erradicación del estigma.

- Aumentar el grado de sensibilización de la población general, del movimiento asociativo, de los ámbitos profesionales y del mundo empresarial y sindical, con el fin de evitar actitudes de rechazo hacia el enfermo mental y/o drogodependiente, facilitando su integración social y laboral.
- Realización de protocolos y procedimientos encaminados a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.
- Participación del enfermo mental y/o drogodependiente en su Proyecto Individual de Inserción Social, así como de las redes de apoyo sociales, familiares y comunitarias
- Desarrollar programas de ocio adaptado

ACTIVIDAD : Plan de sensibilización para la igualdad y la no discriminación social y laboral hacia los drogodependientes y enfermos mentales

Descripción:

- Realización bianual de un congreso internacional sobre rehabilitación – reinserción sociolaboral de enfermos mentales y/o drogodependientes
- Realización de campañas de información y sensibilización dirigidas a la población general a través de los medios de comunicación de ámbito regional, en colaboración con asociaciones.
- Acciones de mediación directa de profesionales preparados para poder introducir en las empresas normalizadas a exdrogodependientes y pacientes con trastorno mental severo, teniendo la garantía y el apoyo del mediador laboral
- Desarrollar estrategias para que las personas con trastorno mental severo y/o drogodependencia que tienen un puesto de trabajo, puedan mantenerlo y compatibilizarlo con el tratamiento

Indicador:

- realización del congreso
- nº campañas de información y sensibilización
- nº de personas contratadas en empresas
- Duración media de los contratos

ACTIVIDAD : Integración de las personas con enfermedad mental evitando el estigma y la

<p>discriminación.</p> <p>Descripción: Realizar protocolos de actuación preferentemente en las unidades de hospitalización psiquiátricas orientados a facilitar la integración, evitando la estigmatización del paciente.</p> <p>Indicador: Protocolos asistenciales realizados y/o actualizados.</p>
<p>ACTIVIDAD : Ingresos preferentes de las personas con trastornos mentales en fase aguda en Unidades de Psiquiatría integradas en Hospitales Generales.</p> <p>Descripción: Adaptación de las infraestructuras hospitalarias para la ubicación de Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales y/o creación de nuevas unidades.</p> <p>Indicador: .nº de infraestructuras adaptadas y/o creadas.</p>
<p>ACTIVIDAD : Elaboración de un documento informativo para pacientes y familiares</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realización de un documento informativo sobre la enfermedad mental, tratamiento y recursos sanitarios y sociales en nuestra región, colaborando con las asociaciones y centros en su desarrollo y difusión. <p>Indicador: Folleto informativo.</p>
<p>ACTIVIDAD : Propuestas de ocio a enfermos mentales y/o drogodependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Descripción: Impulsar actividades de ocio, tiempo libre y deportes a través de convenios de colaboración con Asociaciones y Federaciones Deportivas, Clubes, Concejalías de Juventud, Deporte, Medio Ambiente, ONGs,..., que contribuyan a elevar los niveles de vida de enfermos mentales y/o drogodependientes Patrocinar programas culturales (cine, teatro, revistas) dirigidos a la población general, que favorezcan una imagen más positiva, fomentando la tolerancia ante las enfermedades mentales y las drogodependencias Indicador: nº de actuaciones y/o programas de ocio y tiempo libre

VII.2.- Línea de actuación 2: Atención a los trastornos mentales:**OBJETIVOS**

Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente con trastorno mental, que garantice la continuidad de la asistencia, con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema.

Establecer una distribución homogénea de recursos estructurales en las diferentes áreas sanitarias, creando los recursos comunitarios necesarios, y dando prioridad a las áreas más desfavorecidas.

Proceder a la generación de plazas de profesionales de las distintas categorías, y a la adecuación a las características de atención de cada recurso, dando prioridad a las áreas y recursos más desfavorecidos.

Establecimiento de medidas específicas de organización, formación, coordinación y gestión que optimicen el proceso asistencial y mejoren la calidad de la atención a los pacientes con trastornos mentales, integrando todos los recursos asistenciales de salud mental, en sus respectivas Gerencias de Área.

ACTIVIDADES E INDICADORES COMUNES A TODOS LOS PROGRAMAS

ACTIVIDAD 1: Creación y puesta en marcha de nuevos CSM y/o Recursos Comunitarios necesarios, dando prioridad a las áreas peor dotadas estructuralmente
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Puesta en marcha de los nuevos CSM de Molina, Lorca y Yecla. • Construcción de los nuevos CSM del Mar Menor, Cieza, y Ronda Sur de Murcia. • Construcción/ampliación de los CSM Morales Meseguer, Mula y Águilas. • Adecuación de recursos estructurales del SMS en Cartagena, para la ubicación de un nuevo CSM. • Indicadores: • Nº y ubicación de CSM puestos en funcionamiento. • Nº y ubicación de CSM de nueva construcción. • Nº y ubicación de CSM ampliados/construidos.
ACTIVIDAD 2: Dotación de recursos humanos en los diferentes centros de atención comunitarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Dotación de recursos humanos necesarios para la puesta en marcha de los nuevos CSM-U.Rehabilitación-H.Día, de Molina, Lorca, Yecla, Mar Menor, Cieza y Ronda Sur de Murcia. • Mejorar las plantillas existentes en los actuales CSM/CAD de la Red Asistencial. • Conseguir un ratio de profesionales mínimo en atención comunitaria de: 1 psiquiatra/16.000 habitantes, 1 psicólogo clínico/20.000 habitantes, 1 Enfermero/20.000 habitantes, 1 trabajador social/75.000 habitantes, 1 terapeuta ocupacional/75.000 habitantes • Indicadores: Número de plazas creadas en cada uno de los recursos.
ACTIVIDAD 3: Dotación de recursos humanos para los programas de atención domiciliaria .
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Dotación de recursos humanos necesarios para la puesta en marcha de los programas de atención domiciliaria (mínimo de un programa por área sanitaria), que contarán con un equipo mínimo compuesto por 1 psiquiatra, 2 enfermeros especialistas y 1 trabajador social. • Indicadores: Número de plazas creadas, y nº de programas en funcionamiento
ACTIVIDAD 4: Dotación de los recursos humanos necesarios para las nuevas unidades hospitalarias, así como para completar las ampliaciones de las existentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Dotación de recursos humanos para la nueva UPH. del nuevo Hospital Mar Menor. • Dotación de recursos humanos para nueva UPH Infante-Juvenil del H.Virgen Arrixaca.

<ul style="list-style-type: none"> • Completar los recursos humanos de las ampliaciones hospitalarias previstas, y mejorar las dotaciones existentes • Indicadores: N° de plazas creadas, por categorías profesionales, en cada uno de los recursos.
<p>ACTIVIDAD 5: Jerarquización de los servicios asistenciales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de plazas de estructura que permitan jerarquizar los servicios y organizar mejor su funcionamiento por áreas sanitarias. • Indicadores: N° de jefaturas de servicio y sección en la red de Salud Mental, por Áreas Sanitarias, al término del Plan.
<p>ACTIVIDAD 6: Adscripción de los centros de salud mental a sus unidades de referencia hospitalarias y a sus Gerencias de Área</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Adscribir los CSM y CAD y las unidades psiquiátricas hospitalarias a las respectivas Gerencias de Área de referencia • Indicadores: Adscripciones realizadas.
<p>ACTIVIDAD 7: Realización de contratos de gestión en materia de salud mental, con las diferentes Gerencias de Especializada del SMS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Incluir en los contratos de gestión anuales que realiza el SMS entre la Dirección General de Asistencia Sanitaria y las Gerencias de Especializada de las áreas sanitarias respectivas, actuaciones y objetivos específicos en materia de salud mental. • Indicadores: n° de contratos de gestión anuales realizados, con objetivos y actuaciones específicas de salud mental.
<p>ACTIVIDAD 8: Comisión de dirección del área de salud mental en la Dirección General de Asistencia Sanitaria</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Mantenimiento o modificación de la comisión de dirección compuesta por los coordinadores de CSM/CAD, jefaturas de unidades y /o servicios de la red de salud mental para ajustarse a la jerarquización. • Indicadores: N° de reuniones por año

VII.2.1. PROGRAMA ADULTOS.**OBJETIVOS**

- Mejorar la calidad de la atención garantizando la continuidad de cuidados en el paso por diferentes dispositivos
- Apoyar a Atención Primaria en la detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales graves (TMG)
- Asegurar la continuidad asistencial del paciente con TMG en su paso por los diferentes dispositivos y servicios de la red sanitaria.
- Desarrollar los procesos asistenciales utilizando las guías de práctica clínica elaboradas
- Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles.
- Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 1: Desarrollo del proceso de trastorno mental grave (TMG)
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Desarrollo del proceso TMG en todos los centros • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ N° de centros con proceso TMG definido ○ N° de centros con programas de intervención familiar de la esquizofrenia implantados (multi o unifamiliares), con programas de habilidades sociales, psicoeducación... ○ N° de casos con intervenciones básicas según proceso
ACTIVIDAD 2: Difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica de atención a la esquizofrenia
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Difusión e Implantación de la guía en todos los centros de la red de salud mental, incluyendo un plan individualizado de atención • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de centros con guía implantada. ○ % casos nuevos con Plan de actuación coordinada (PAC)
ACTIVIDAD 3: Mejora de la coordinación entre recursos por área
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Elaboración o actualización de un proceso de continuidad de cuidados que mejore el seguimiento de los pacientes en el paso de unos dispositivos a otros dentro del área de salud • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Proceso de continuidad de cuidados. ○ Evaluación del proceso por centros y por áreas
ACTIVIDAD 4: Extensión de la intervención familiar en la esquizofrenia a todos los centros comunitarios
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Implantación de la intervención en todos los centros de la red de salud mental. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de centros con profesionales formados. ○ Número de profesionales formados y realizando intervenciones familiares al acabar el periodo del Plan
ACTIVIDAD 5: Formación y extensión del programa asertivo comunitario en las diferentes áreas de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Extensión del programa asertivo comunitario, incluyendo la atención domiciliaria, a las diferentes áreas de salud.

<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Existencia del programa mínimo por área ○ Número de pacientes atendidos por área
ACTIVIDAD 6: Desarrollo del proceso “psicosis maniaco-depresiva”
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Impulso al programa de P.M.D. en todos los centros con medidas concretas que permitan el seguimiento del caso, en concreto en lo referente a la "clínica de litio". • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ nº de centros con programa P.M.D. y clínica de litio. ○ Nº de casos tratados por año, al acabar la vigencia del Plan
ACTIVIDAD 7: Desarrollo del proceso “trastorno límite de la personalidad”
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Impulso al programa de “trastorno límite de la personalidad” en todos los centros con medidas concretas que permitan el seguimiento y continuidad de cuidados. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ nº de centros con programa T.L.P. ○ Nº de casos tratados por año, al acabar la vigencia del Plan
ACTIVIDAD 8: Revisión de la atención a los trastornos mentales comunes
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Acuerdo terapéutico para trastornos mentales comunes • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Existencia del acuerdo básico consensuado en Selene. ○ % de utilización en psicoterapia
ACTIVIDAD 9 : Definición y desarrollo de procesos básicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Desarrollo de las guías de práctica clínica de los procesos básicos contemplados en el documento “Líneas maestras para el desarrollo de la cartera de servicios” adaptándolas a los recursos de cada centro. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Guías de práctica clínica de trastornos afectivos, trastornos de la personalidad y de ansiedad. ○ Número de procesos desarrollados por centro (mapas, diagramas, procedimientos e indicadores)
ACTIVIDAD 10: Atención a la situación de violencia de género detectada en salud mental
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Elaboración de un protocolo de detección y actuación en los centros de salud mental, así como la derivación a programas sociosanitarios específicos • Indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Protocolo ○ Número de casos detectados (anual)

VII.2.2 SUBPROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA EN SALUD MENTAL*Diseño y puesta en marcha de un subprograma de psicogeriatría.***Objetivos:**

- Mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes geriátricos con trastornos mentales
- Detectar y tratar, o derivar, problemas específicos de esta población como maltrato, soledad y marginación, utilización de psicofármacos y alcohol, trastornos mentales consecuencia de enfermedades físicas, etc. .
- Establecer protocolos de actuación coordinada con otros servicios sanitarios y sociales
- Establecer una guía de recursos socio-sanitarios para estos pacientes
- Formalizar una Comisión que diseñe un Plan de atención a la demencia, contando con todos los agentes sanitarios y sociales implicados.
- Proveer una formación específica en psicogeriatría a los profesionales de la salud mental

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 1: Atención integral de pacientes con demencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Diseño de un plan coordinado de atención a la demencia coordinado con los servicios sanitarios y sociales implicados. • Indicadores: Formalización de una Comisión con todos los agentes implicados, que inicie el estudio, y diseño de un Plan de atención a las demencias. • Protocolo de atención al paciente con demencia • Número de pacientes tratados por año y por patología
ACTIVIDAD 2: Mejora de la coordinación y derivación con Neurología y Unidad de Demencias.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Elaboración de un protocolo de derivación con Neurología y Unidad de Demencias que optimice la coordinación de servicios sanitarios especializados. • Indicadores: Protocolo de derivación.
ACTIVIDAD 3: Mejora de la atención integral de pacientes geriátricos con trastornos mentales.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Diseño e implantación de protocolos específicos para la atención integral de pacientes geriátricos con trastornos mentales. • Indicadores: Protocolo de atención al paciente geriátrico con trastorno mental
ACTIVIDAD 4: Mejora de la derivación a servicios socio-sanitarios
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de un protocolo de derivación entre Salud Mental y los Servicios Sociosanitarios y/o Sociales • Indicadores: Protocolo de derivación.
ACTIVIDAD 5: Formación más específica en psicogeriatría de los profesionales de salud mental
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Desarrollo de un programa de Formación Continuada específico. • Indicadores: N° de profesionales formados, y n° de cursos realizados.
ACTIVIDAD 6: Guía de recursos socio-sanitarios
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Diseño de una guía de recursos socio-sanitarios que comprenda los recursos sociales y sanitarios específicos para este tipo de pacientes en la Región. • Indicadores: Guía de recursos socio-sanitarios

VII.2.3: PROGRAMA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL.

Potenciación de recursos específicos para la atención de los trastornos mentales específicos Infanto-Juveniles.

Objetivos:

- Desarrollar los recursos específicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales atendidos en el Programa de Infanto-Juvenil.
- Completar el personal específico con dedicación exclusiva a infanto-juvenil en las áreas más deficitarias
- Coordinar la asistencia infanto-juvenil desde los servicios centrales (desarrollo de programas) mejorando la coordinación interna dentro de la red regional
- Desarrollar la prevención de los trastornos mentales, mejorando la coordinación con MEC (equipos de orientación) y servicios sociales.

ACTIVIDADES E INDICADORES

<u>ACTIVIDAD 1: Implantación de la guía de atención al trastorno por déficit de atención e hiperactividad</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Implantación de la guía TDAH en los programas de infanto-juvenil de los centros de salud mental • <u>Indicadores:</u> Nº de centros con la guía implantada por áreas.
<u>ACTIVIDAD 2: Elaboración de procesos específicos</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Elaboración de procesos específicos para la atención a la población infanto-juvenil • <u>Indicadores:</u> Procesos consensuados a nivel regional <ul style="list-style-type: none"> ○ Nº de procesos desarrollados por centro y año.
<u>ACTIVIDAD 3: Mejora de la coordinación infanto-juvenil a nivel regional</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Reuniones de coordinación específicas de Infanto-juvenil • <u>Indicadores:</u> Nº de reuniones específicas de infanto-juvenil/año, durante la vigencia del Plan
<u>ACTIVIDAD 4: Mejora de la coordinación y comunicación con Atención Primaria</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Mejora de la coordinación y comunicación con pediatría • <u>Indicadores:</u> Documentos de trabajo con atención primaria, elaborados hasta finalización del Plan.
<u>ACTIVIDAD 5: Potenciación de la prevención</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Elaboración de una guía de recursos, relacionados con la salud mental, orientados a la prevención (comunidad, municipales, etc.) • <u>Indicadores:</u> Existencia de la guía de recursos al finalizar el Plan
<u>ACTIVIDAD 6: Dotación de personal específico con dedicación exclusiva a infanto-juvenil en las áreas más deficitarias</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Dotar a todas las áreas sanitarias con personal especializado/cualificado y con dedicación plena al programa infanto-juvenil, disponiendo como mínimo de un equipo de atención por área sanitaria. • <u>Indicadores:</u> Nº de profesionales de cada grupo incorporados, al finalizar el Plan, por áreas sanitarias, completando como mínimo un ratio de: 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico y 1 enfermero especialista por cada 100.000 habitantes.

ACTIVIDAD 7: Creación de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Diseño y puesta en funcionamiento de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil • Indicadores: Construcción de la Unidad al finalizar el Plan (dependencia de la construcción del Hospital Materno-Infantil en la Arrixaca)
ACTIVIDAD 8: Creación de una comisión Educación – Salud Mental Infanto-Juvenil
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión mixta para tratar temas de salud mental en el ámbito escolar y mejora de la comunicación entre orientadores o profesores y salud mental • Indicadores: Creación de la comisión, y Documento de trabajo con propuestas concretas, al finalizar el Plan
ACTIVIDAD 9: Creación de una comisión Justicia – Salud Mental Infanto-Juvenil
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión mixta para abordar problemas de salud mental en Protección del Menor mejorando la coordinación y comunicación existente. • Indicadores: Creación de la comisión, y Documento de trabajo con propuestas concretas, al finalizar vigencia del Plan

VII.2.4. PROGRAMA DROGODEPENDENCIAS.

Todos los Objetivos y Actividades de este Programa Asistencial, se encuentran recogidos en el actual Plan de Drogodependencias de la Región de Murcia.

VII.2.5. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL.

OBJETIVOS GENERALES

- *Diseño y puesta en marcha de programas específicos de rehabilitación y de inserción/incorporación socio laboral del SMS.*
- *Desarrollo de mecanismos de cooperación y coordinación entre servicios asistenciales de rehabilitación del SMS y los Servicios de Empleo y de Inclusión Social de la Consejería de Trabajo y Política Social.*
- *Transferir a las Políticas Regionales en materia de rehabilitación e inserción sociolaboral, aquellas actuaciones que hayan demostrado eficacia en el desarrollo de los Programas de Iniciativas Comunitarias con cargo al Fondo Social Europeo.*

Objetivos relacionados con el ámbito de la rehabilitación.

- Definir la vertiente rehabilitadora en los distintos dispositivos de forma que se garantice la continuidad asistencial (hospital, centro de salud mental, unidad de rehabilitación, Centro de día, U.M.E, alternativas residenciales, ...)
- Dotar a cada área sanitaria con, al menos, una unidad de rehabilitación
- Desarrollar los programas básicos definidos en las “Líneas Maestras de la Cartera de Servicios” en todas las unidades de rehabilitación
- Potenciar la comisión de rehabilitación para unificar criterios y desarrollar los programas básicos comunes.

- Mejorar el inicio de la rehabilitación en los centros de salud mental (psicoeducación familiar, evaluación, gestor del caso, plan individualizado..)
- Promover la formación de los diferentes colectivos profesionales para dotarles de los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar programas de rehabilitación en sus ámbitos respectivos

ACTIVIDADES E INDICADORES

<p><u>ACTIVIDAD 1: Comisión regional de rehabilitación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Mantenimiento de una comisión regional de rehabilitación multiprofesional que articule los proyectos de evaluación y líneas de trabajo comunes a todas la unidades. • <u>Indicadores:</u> N° de Reuniones por año
<p><u>ACTIVIDAD 2: Elaboración de protocolos de derivación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Elaboración de protocolos de derivación que permitan y garanticen la continuidad de cuidados en el paso de unos dispositivos a otros. • <u>Indicadores:</u> Protocolos de derivación
<p><u>ACTIVIDAD 3: Apertura de nuevas unidades de rehabilitación.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Apertura de nuevas unidades de rehabilitación en áreas deficitarias de ámbito comunitario y en estrecha relación con el centro de salud mental correspondiente • <u>Indicadores:</u> Número de unidades abiertas, a la finalización del Plan.
<p><u>ACTIVIDAD 4: Desarrollo del proceso de rehabilitación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Elaboración del mapa de procesos de cada unidad así como definición y desarrollo de sus procesos básicos, incluyendo los indicadores. • <u>Indicadores:</u> N° de centros con definición de procesos e indicadores elaborados, a la finalización del Plan.
<p><u>ACTIVIDAD 5: Completar la formación específica en Rehabilitación de los profesionales de salud mental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> • Desarrollo de un programa de Formación Continuada específico sobre la materia • Realización de Jornadas de ámbito regional. • Diseño y ejecución de curso formativo como gestor de procesos de rehabilitación social • <u>Indicadores:</u> N° de profesionales formados, y n° de cursos o jornadas realizados

Objetivos relacionados con el ámbito laboral.

- Fomentar la incorporación laboral de enfermos mentales y/o drogodependientes en proceso de rehabilitación provenientes de los Servicios Asistenciales de Salud Mental y Drogodependencias
- Mejorar la capacidad de inserción profesional de pacientes con Trastornos Mentales Severos y Drogodependientes.

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 6: Desarrollo del Programa de Reinserción laboral del SMS
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: • Promoción de la incorporación laboral a través de fundación o asociación que gestione la reinserción laboral en estrecha colaboración con las unidades de rehabilitación. • Establecer y desarrollar convenios con ONGs • Establecimiento y desarrollo de convenios con el fin de facilitar la reinserción laboral de los pacientes psiquiátricos • Acuerdos entre las administraciones públicas, los agentes sociales y ONGs para la contratación de personas con problemas de salud mental y/o drogodependencias • Potenciar la adaptación de los recursos de formación ocupacional, formación prelaboral y formación reglada a las necesidades y características de la población con trastorno mental o drogodependencias • Indicadores: • nº de convenios/acuerdos firmados • nº de pacientes contratados/formados....
ACTIVIDAD 7: Implantar en cada Unidad de Rehabilitación de Área un Programa de Empleo/Orientación Laboral para enfermos mentales y/o drogodependientes como colectivos con discapacidad y especiales dificultades de acceso al trabajo, en colaboración con la Consejería de Trabajo y Política Social
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: • Desarrollar experiencias de inserción laboral tipo Taller de Empleo, cursos de formación ocupacional, orientación para el empleo y centros especiales de empleo en colaboración con los recursos de rehabilitación en salud mental • Incrementar la ayuda a la contratación de drogodependientes y enfermos mentales a través de convocatorias públicas de ayudas a empresas, entidades locales y ONGs • Impulsar la creación de empresas de inserción
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: nº de programas implantados • nº cursos formación, orientación.... • incremento efectivo de ayudas

Objetivos relacionados con el ámbito comunitario.

- *Mejorar de la atención comunitaria al Trastorno Mental Severo y la Patología Dual*
- *Facilitar la inclusión social de las personas con enfermedad mental y/o drogodependencias a través de la red pública de Atención Primaria de Servicios Sociales.*
- *Fomentar y promover el desarrollo de actuaciones de apoyo e integración para usuarios de los servicios asistenciales de salud mental y drogodependencias*
- *Impulsar el desarrollo de intervenciones transversales ante la problemática asociada a la enfermedad mental y drogas a nivel de integración social, ocupacional y empleo, y del movimiento asociativo y voluntariado, así como de participación de la persona en su proceso de inserción*
- *Desarrollar el Programa de Alternativas Residenciales.*

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 8: Actuaciones en el medio comunitario

- **Descripción:**
- Extender la intervención asertiva comunitaria para los casos mas graves (por re-ingresos o problemas sociales).
- Desarrollo del movimiento asociativo del voluntariado y grupos de autoayuda
- **Indicador:**
- programa asertivo-comunitario implantado por área
- nº de actuaciones en área de ocio y tiempo libre
- nº de actuaciones promovidas

ACTIVIDAD 9: Aplicar los recursos de mediación y acompañamiento que apoyen los procesos de integración social de los usuarios en situación de exclusión, debido al trastorno mental o drogodependencia que padecen.

- **Descripción:**
- Realización de Proyectos Individuales de Inserción a personas con problemas de salud mental o drogodependencias que garanticen apoyos personalizados, y adecuados a cada caso individual, con el objetivo de evitar situaciones de exclusión social, favoreciendo la integración laboral y social de estas personas
- Reforzar y/o desarrollar específicamente actuaciones de integración para las siguientes problemáticas:
 - Trastornos Mentales Severos con deterioro cognitivo grave
 - Pacientes diagnosticados de Patología Dual
 - Inmigrantes con enfermedad mental y/o drogodependencias
 - Mujeres y menores con trastorno mental grave, o drogodependencia
- **Indicador:** nº de proyectos individualizados de Inserción realizados

VII.2.6. PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN**ACTIVIDADES E INDICADORES**

ACTIVIDAD 1: Seguir potenciando los programas específicos en la media estancia psiquiátrica.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: En el Plan de Transformación del H Psiquiátrico “Román Alberca” se seguirán potenciando los programas específicos en la media estancia psiquiátrica. • Indicadores: N° y tipo de programas específicos existentes al finalizar el Plan <ul style="list-style-type: none"> ○ N° de pacientes tratados por programa
ACTIVIDAD 2: Completar la oferta asistencial a pacientes con T. Límite de Personalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de un dispositivo tipo Hospital de Día, en el Hospital Román Alberca, necesario para completar la asistencia ofertada a los pacientes con T.L.P. • Indicador: Realización de obras, y puesta en marcha del dispositivo • N° de pacientes tratados en H.Día/año.
ACTIVIDAD 3: Apertura de nueva Unidad Psiquiátrica Hospitalaria (UPH) en el nuevo Hospital Mar Menor
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Ubicación de una UPH en Hospital Mar Menor que de cobertura a las zonas de referencia del mencionado hospital (parte de área II, o nueva área sanitaria) • Indicador: Puesta en marcha de la unidad en el año 2010
ACTIVIDAD 4: Adecuación del número de camas psiquiátricas en Cartagena, de acuerdo con su población de referencia, y ubicación de unidades hospitalarias específicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Adecuar el n° de camas de hospitalización en el área sanitaria II • Indicador: Ratio de camas por habitante, para hospitalización respecto al año 2008. Existencia de unidades hospitalarias específicas.
ACTIVIDAD 5: Coordinación con el Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Coordinación del equipo de Salud Mental con el hospital para garantizar las interconsultas de pacientes ingresados, y estudio de viabilidad y ubicación de UPH en Hospital Comarcal. • Indicador: Protocolo de interconsulta y derivación. Estudio viabilidad proyecto UPH
ACTIVIDAD 6: Coordinación con el Hospital Virgen del Castillo de Yecla
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Coordinación del equipo de Salud Mental con el hospital para garantizar las interconsultas de pacientes ingresados y la atención o derivación de los pacientes con trastorno mental del servicio de Urgencias. • Indicador: Protocolo de interconsulta y derivación.
ACTIVIDAD 7: Promoción de la creación de camas de media estancia psiquiátrica
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de un número adecuado de camas de media estancia para enfermos mentales no susceptibles de atención en recursos de corta estancia, en el área sanitaria II • Indicador: N° de camas creadas, convenidas o concertadas a la finalización del plan.
ACTIVIDAD 8: Promoción de la creación de camas de larga estancia psiquiátrica y/o dispositivos residenciales
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Promover la creación, a través del IMAS, de un número adecuado de camas de larga estancia y/o dispositivos residenciales para enfermos mentales • Indicador: N° de camas creadas, convenidas o concertadas a la finalización del plan.

VII.3.- Línea de actuación 3: Coordinación interinstitucional e intrainstitucional

OBJETIVOS:

Promover la cooperación de todos los agentes involucrados en la mejora de la salud mental, implantando mecanismos de coordinación a nivel institucional, que garanticen la atención integral de las personas.

Mejorar la comunicación y coordinación con Atención Primaria para aplicar el modelo de cooperación.

Potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares (asociaciones de familiares y usuarios) así como de los profesionales (asociaciones profesionales).

<p>ACTIVIDAD 1: Mejora de la coordinación y comunicación con Atención Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: °Consolidación de la comisión Atención Primaria-Salud Mental e implantación de la guía de depresión. • Indicadores: N° de reuniones por año <ul style="list-style-type: none"> ○ Documento de trabajo con propuestas de mejora en coordinación y comunicación. ○ Protocolos en Atención Primaria sobre temas de salud mental elaborados conjuntamente.
<p>ACTIVIDAD 2: Estudio piloto de la implantación de tratamientos psicológicos en Atención Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Revisar e introducir tratamientos psicológicos eficientes e indicados para trastornos leves o moderados como primera línea de atención en colaboración con los equipos de Atención Primaria • Indicadores: Proyecto de implantación <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación del proyecto
<p>ACTIVIDAD 3: Detección precoz de trastornos mentales graves en atención primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Introducción de criterios de detección precoz de T.M.G. y de la derivación preferente a Salud Mental. • Indicadores: Número de centros con programa de detección precoz. <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación de la proporción de casos con diagnóstico TMG entre los remitidos
<p>ACTIVIDAD 4: Comisión de Coordinación Infanto-juvenil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento. • Indicadores: Constitución de la comisión <ul style="list-style-type: none"> ○ Documento de trabajo
<p>ACTIVIDAD 5: Comisión asesora en salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión asesora con la participación de asociaciones de familiares y sociedades científicas que participen en la planificación y evaluación de servicios. • Indicadores: Constitución de la comisión y Documentos de trabajo

ACTIVIDAD 6: Creación de una comisión socio-sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión mixta donde estén representados los servicios asistenciales de rehabilitación, los servicios de inclusión social y empleo y cuantas entidades públicas o privadas participen en la rehabilitación e inserción de enfermos mentales y/o drogodependientes, facilitando la rehabilitación y la integración sociolaboral, mediante la utilización de todos los recursos sociales necesarios (vivienda, educación, formación y empleo, salud y servicios sociales), para la inserción de las personas con estas patologías a través de los proyectos individuales de inserción.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: Existencia de la comisión. <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios y entidades representadas
ACTIVIDAD 7: Establecer la coordinación entre los Servicios de Atención Social
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Reuniones interdepartamentales entre los distintos dispositivos de salud, empleo, educación y servicios sociales para el establecimiento de protocolos de derivación que garantice la atención integral de las personas con problemas de salud mental o drogas • Desarrollo de una jornada formativa e informativa para los Trabajadores Sociales de la Red de Salud Mental (recursos públicos), como de los T.S. de los recursos privados conveniados, que permita la actualización del conocimiento de las prestaciones sociales, susceptible de ser utilizada por la población con trastorno mental y drogodependencias • Desarrollo de una jornada/encuentro de trabajo para el estudio y diagnóstico situacional, para la coordinación asistencial entre profesionales de Servicios Sociales de Atención Primaria y profesionales de la Red Asistencial de Salud Mental y Drogas.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador: nº reuniones interdepartamentales • Nº de jornadas y actuaciones formativas
ACTIVIDAD 8: Comisión mixta con Justicia
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: constitución de una comisión mixta Justicia- Salud Mental para tratar aspectos controvertidos entre las necesidades asistenciales y las decisiones judiciales,
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: Nº de reuniones por año <ul style="list-style-type: none"> ○ Documento de trabajo con los acuerdos alcanzados.
ACTIVIDAD 9: Desarrollar Programas de Acompañamiento para la inclusión social
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Diseño, implantación y desarrollo de redes de apoyo social en el ámbito local, que propicien la colaboración y sincronización de todos los sistemas de protección social, incluyendo el sistema asistencial sanitario de salud mental y drogas, y el de la Iniciativa Social, en el ámbito de la salud mental y drogodependencias en todas las áreas de salud de la Región
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador: nº de actuaciones de acompañamiento
ACTIVIDAD 10: Creación de una comisión regional para el desarrollo de un protocolo de atención a la demencia
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión con la participación de los agentes implicados en el tratamiento de la demencia (salud mental, atención primaria, neurología, unidad de demencias, geriatría y servicios sociales)
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador: Existencia de la comisión. Servicios y entidades representadas • Existencia del Protocolo.

<u>ACTIVIDAD 11: Mejorar la autonomía e integración social de los enfermos mentales severos</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Dotación de plazas de alojamiento en pisos normalizados, para mejorar la autonomía e integración social, en colaboración con asociaciones y/o entidades
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Indicador:</u> nº plazas de alojamiento
<u>ACTIVIDAD 12: Presentar proyectos a las diferentes convocatorias europeas en colaboración con la Dirección General de Economía y Planificación de la Consejería de Hacienda y Economía</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> • Actos de difusión y/o captación de personas y entidades con la finalidad de propiciar la transferencia • Actividades dirigidas a profesionales de otros sectores responsables de programas de empleo e inclusión y personas con capacidad de decisión política del ámbito local • Estudios e investigaciones sobre temas concretos en relación con los programas de rehabilitación e inserción, y su impacto sobre el territorio y sobre la población con trastornos mentales de la Región de Murcia • Organización de seminarios, jornadas, talleres y foros de encuentro de profesionales en el ámbito de la rehabilitación en inserción social
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Indicadores:</u> nº de proyectos aprobados

VII.3.- Línea de actuación 4: Gestión del conocimiento. Formación, Docencia, Investigación

FORMACIÓN CONTINUADA

<u>ACTIVIDAD 1: Planes de Formación Continuada específicos de Salud Mental.</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> Elaboración de un Plan anual de Formación Continuada específico de Salud Mental, siguiendo las directrices en materia de acreditación y/o homologación de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad.
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Indicadores:</u> • Publicación anual del Plan de Formación Continuada específico de Salud Mental • Memoria anual con la valoración de los cursos realizados, número de profesionales que han participado como profesores y/o como alumnos, número de horas impartidas y resultados de las encuestas de satisfacción realizadas.

FORMACIÓN ESPECIALIZADA

<u>ACTIVIDAD 2: Desarrollo de una Unidad de Docencia Multiprofesional en Salud Mental de ámbito regional en Murcia.</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Descripción:</u> En coherencia con el <i>Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada</i>, la organización de la formación especializada en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental debe organizarse en Unidades Multiprofesionales, cuyo ámbito de gestión debe ser determinado por cada una de las comunidades autónomas. Dado el desarrollo realizado en los últimos años, en Murcia debe constituirse una única Comisión de Docencia con tres subcomisiones, una por cada especialidad, que optimice la utilización de los recursos docentes disponibles.

<ul style="list-style-type: none"> • Indicador: <ol style="list-style-type: none"> 1. Integración de todas las plazas de formación especializada (MIR de Psiquiatría, PIR y EIR de Salud Mental) en una única Unidad de Docencia Multiprofesional de ámbito regional, organizada en una única Comisión de Docencia con tres subcomisiones, una por cada especialidad. 2. Organización de los recursos asistenciales dedicados a la formación especializada en zonas o áreas docentes vinculadas a los hospitales de referencia, según el modelo desarrollado hasta la actualidad.
<p>ACTIVIDAD 3: Ampliación del número de plazas MIR de Psiquiatría, PIR y EIR ofertadas en la Región de Murcia en el marco de la Unidad Docente Multiprofesional.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Ampliación del nº de plazas MIR de Psiquiatría, PIR y EIR de Salud Mental acreditadas y ofertadas en función de los recursos docentes de la región y de las necesidades de la Región de Murcia. • Indicador: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nº de plazas MIR de Psiquiatría, PIR y EIR de Salud Mental ofertadas e incremento respecto a años anteriores

INVESTIGACIÓN

<p>ACTIVIDAD 4: Desarrollo de las “Líneas estratégicas para el fomento y desarrollo de la investigación en Salud Mental en la Región de Murcia, 2008-18”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: La elaboración del documento “Líneas estratégicas para el fomento y desarrollo de la investigación en Salud Mental en la Región de Murcia, 2008-18” incluyó una serie de indicadores para cada una de las líneas estratégicas elaboradas con el objetivo de monitorizar su desarrollo.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador: Memoria elaborada por la UDIF-SM con la monitorización de los indicadores elaborados.
<p>ACTIVIDAD 5: Realización de los proyectos de investigación dentro de las líneas estratégicas enmarcadas en la UDIF-SM</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: La UDIF-SM tiene la responsabilidad de fomentar y facilitar el desarrollo de proyectos de investigación específicos de Salud Mental en la Región de Murcia y, también, la de realizar proyectos de investigación considerados como de importancia estratégica por la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica del Servicio Murciano de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Realización del estudio epidemiológico en población general en la Región de Murcia con la metodología avalada por la Organización Mundial de la Salud. ○ Realización del estudio regional sobre la atención a los problemas de Violencia de Género atendidos en los Centros asistenciales de la Región

VII.3.- Línea de actuación 5: Sistemas de información en salud mental

Adaptación e implantación en Salud Mental del Sistema de Información Corporativo definido en el marco del Plan de Sistemas de Información Sanitaria (PDSIS), en los centros y unidades de salud mental, dentro del periodo de vigencia del Plan.

<p>ACTIVIDAD 1: Sistema de Información y Vigilancia de Salud Mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Diseño y puesta en marcha, en el marco del P.D.S.I.S., de un sistema de registro de Salud Mental capaz de proporcionar los datos a partir de la optimización de los registros existentes en la actualidad, extendiendo su uso a todos los centros y unidades de la red. • Indicador: Funcionamiento a pleno rendimiento del Sistema de Información descrito anteriormente, antes de finalizar el Plan en todos los centros y unidades de la red de salud mental.
<p>ACTIVIDAD 2: Elaboración de indicadores alineados con la Estrategia en Salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Elaboración de un conjunto de indicadores para la gestión de toda la red y equivalentes a los propuestos por la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. • Indicador: Existencia del conjunto de indicadores en el sistema de registro.
<p>ACTIVIDAD 3: Elaboración de indicadores para mejorar la microgestión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Elaboración de indicadores que permitan la gestión directa del centro o unidad y de los procesos clave a los responsables. • Indicador: Existencia de indicadores de procesos clave disponibles por centro de forma periódica.
<p>ACTIVIDAD 4: Mejorar la identificación de personas inmigrantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Identificar el número de personas procedentes de otros países en tratamiento en la red de salud mental a través del sistema de registro. • Indicador: Existencia del campo en la hoja de datos básicos en Selene. <ul style="list-style-type: none"> ○ Incorporación del dato estadístico a las memorias anuales.
<p>ACTIVIDAD 5: Sistema centralizado de registro informático del programa de dispensación de metadona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Puesta en marcha, en el marco del PDSIS, del sistema centralizado de registro informático del programa de dispensación de metadona en todos los CSM/CAD de la Red Regional de Salud Mental y Drogodependencias • Indicador: Funcionamiento a pleno rendimiento del Sistema de registro descrito anteriormente, antes de finalizar el Plan en todos los centros y unidades de la red de salud mental que administren metadona.



VIII. BIBLIOGRAFIA

- Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia. Consejería de Sanidad, 1988.
http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/152975-bases_para_un_plan.pdf
- BORM de 10/01/2003. Competencias de la Subdirección General de Salud Mental
- Comisión de las comunidades europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 2005.
- Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2007)
- Consejería de Sanidad Plan de Drogodependencias de la Región de Murcia. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 2003-2007. Región de Murcia.
- Declaración Europea para la Salud Mental (Helsinki).
- Dirección General de Aseguramiento y Prestaciones. Servicio Regional de Tarjeta Sanitaria
- Documento de trabajo. Presentación de la Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental 2004.
- De Santiago A, Herrán A y Vázquez-Barquero JL: Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. En: Vázquez-Barquero JL (Ed). Psiquiatría en Atención Primaria, 1998. Grupo Aula Médica SA, Madrid.
- Espino A: Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2002, vol XXII, nº 81, pp: 39-61.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators ([Alonso J](#), [Ferrer M](#), [Romera B](#), et al.) The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods [Int J Methods Psychiatr Res.](#) 2002;11(2):55-67.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (Suppl. 420): 8-20.
- INE. Censo de Población y Padrón Municipal de Habitantes. Año 2007.
- INE. Inmigraciones. Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Movimientos migratorios
- INE. Indicadores demográficos básicos. Accesible en:
- <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p318/&file=inebase>
- Jorm, A. (2003). Población anciana y epidemiología de los trastornos mentales en la vejez. In "Tratado de psiquiatría. Tomo III" (M. Gelder, J. López-Ibor, and N. Andreasen, Eds.), pp. 1939-1946. Psiquiatría Editores, S.L., Barcelona.
- Junta de Castilla y León (2003). "Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León."
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., and Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* **51**, 8-19.
- Kringen E, Torgersen S, Cramer, V: A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry* 2001;158:1091-1098.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad BOE nº 102.
- Ley 11/86 de 9 de Diciembre, de Creación del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia” (ISSORM). B.O.R.M. n.º 76 de 02.04.98.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS
- Líneas estratégicas para el Fomento y Potenciación de la Investigación en Salud Mental en la Región de Murcia 2008-2018
- Lluch, E. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, abril 1985
- Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos, 26, 1986
- MacDonald, AJD: Mental Health in old age. BMJ 1997; 315: 413-417
- Memorias Asistenciales (1998 – 2007). Departamento de Salud Mental del S.M.S.
- Mental and Behavioural Disorders (2000). "Preventing suicide. A resource for general physicians." Geneva.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid, 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de situación de Salud Mental. Madrid, 2003.
- Ministerio de sanidad y consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2007
- http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política social. Encuesta Nacional de Salud 2006
- <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Ministerio de Sanidad y Política social. Indicadores claves del SNS. Plan de Calidad para el SNS.
- <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
- Narrow y cols: Revised prevalence estimates of Mental Disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 survey’s estimates. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115-123.
- Offord, D. (2003). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia. In "Tratado de psiquiatría. Tomo III" (M. Gelder, J. López-Ibor, and N. Andreasen, Eds.), pp. 2032-2037. Psiquiatría Editores, S.L., Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2000). "Preventing suicide. A resource for general physicians". Mental and Behavioural Disorders. Ginebra (Suiza).
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2001). "Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas." Ginebra (Suiza).
- http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Plan de Formación Continuada 2001. Departamento de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Formación Continuada 2002. Departamento de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Formación Continuada 2003. Departamento de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Formación Continuada 2004. Departamento de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Formación Continuada 2005. Subdirección de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Formación Continuada 2006. Subdirección de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Formación Continuada 2007. Subdirección de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Formación Continuada 2008. Subdirección de Salud Mental. S.M.S.
- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Guía para la organización, funcionamiento y evaluación de los servicios de hospitalización psiquiátrica.
- http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2351-salud_mental.pdf
- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Guía para la coordinación, intervención, atención y derivación entre salud mental y atención primaria.
- http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2348-Paginas_de_Plansaludmental99-01guiacoor_1.pdf

- http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2349-Paginas_de_Plansaludmental99-01guiacoor_2.pdf
- http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2350-Paginas_de_Plansaludmental99-01guiacoor_3.pdf
- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999/2001. Guía de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental.
- <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/138116-publicacion.pdf>
- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999/2001. Análisis de la situación de la red de salud mental
- <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/138112-publicacion.pdf>
- http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/138113-publicacion_2.pdf
- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Guía de atención ambulatoria infanto-juvenil.
- http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2347-Plansaludmental99-01guiaaten_1.pdf
- Plan Director. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1995-1999. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Consellería de Sanitat. Consellería de Benestar Social. Generalitat Valenciana, 2001.
- Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.
- II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Junta de Castilla y León, 2003.
- Rajmil y cols: Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998; 12: 153-159
- Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, and Locke BZ. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* **45**, 977-986.
- Regier, D., Myers, J., Kramer, M., Robins, L., Blazer, D., Hough, R., Eaton, W., and Locke, B. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, mayor objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* **41**, 934-941.
- Roberts, R., Attikisson, C., and Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* **155**, 815-825
- Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M y Torres F: La Salud Mental en España: ¿Cienicienta en el País de las Maravillas?. En: Cavases JM, Villalbí JR y Aibar C (ed) : La Salud y el Sistema Sanitario en España " Invertir en Salud. Prioridades para la Salud Pública en España". Informe SESPAS 2002. (<http://www.sespas.aragob.es/informe.html>).
- Vázquez-Barquero JL: Los flujos de la demanda en salud mental. Introducción teórica: el modelo de Godberg y Huxley. En: García J y Aparicio V (Ed): Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1990. Pp: 229-244.
- Vázquez-Barquero JL, Herán A y Vázquez-Bourgon ME: La enfermedad mental en atención primaria: una perspectiva general. En: Vázquez-Barquero JL (Ed). *Psiquiatría en Atención Primaria*, 1998. Grupo Aula Médica SA, Madrid
- Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez J, Mirapeix C: A community Mental Health Survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.

Guías de práctica clínica elaboradas por la Subdirección General de Salud Mental

- Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/166090-guia_esquizofrenia.pdf
- Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria. http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=116&idsec=88
- Protocolo de relajación. Salud mental. http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/81305-LIBRO_PROT_RELAJ.pdf
- Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos.



IX. AUTORES Y COLABORADORES

Coordinación:

- Carlos Giribet Muñoz (Subdirección General de Salud mental)

Elaboración y Redacción: (Autores por orden alfabético):

- Josefina Celdrán Lorente
- Ascensión Garriga Puerto
- Carlos Giribet Muñoz
- Julio Cesar Martín García-Sancho
- Cayetano Martínez Valera
- Fernando Navarro Mateu
- Julián Oñate Gómez
- José Antonio Peñalver Pardínez
- M^a Luisa Pujalte Martínez
- María José Rizo Alarcón
- Ana María Ruiz Martínez
- Antonio Rodríguez Molino
- Francisco Javier Segura Entrena

Integrantes de los Grupos y Comisiones de trabajo implicados en el Plan de Salud Mental y Drogodependencias (por orden alfabético)

- | | |
|---|--------------------|
| • José Abellán Estrella. | Psiquiatra |
| • Pilar Balanza Martínez | Psicóloga Clínica |
| • Ignacio Cabezas Hurtado. | Psicólogo Clínico |
| • M ^a José Camacho Lozano | Enfermera |
| • Josefina Cámara Meseguer | Trabajadora Social |
| • Mateo Campillo Agustí | Psiquiatra |
| • Joaquín Cánovas Conesa | Enfermero |
| • Sergio Cánovas Cuenca | Psicólogo Clínico |
| • M ^a Dolores Castillo Bueno | Enfermera |
| • Isabel de Haro García | Psicóloga Clínica |
| • M ^a Asunción de Concepción Salesa. | Psiquiatra |
| • Matías del Cerro Oñate. | Psiquiatra. |
| • Martín del Toro Mellado. | Psicólogo Clínico |
| • Isidora Díaz García | Enfermera |
| • Concha Díaz Sánchez | Psicóloga Clínica |
| • Consuelo Egea Zaspata. | Médico Drogodep. |
| • Ana Isabel Fernández Díaz | Terap. Ocupacional |
| • Lucrecia Fructuoso Sánchez. | Trabaj. Social |
| • Esperanza García Elósegui. | Enfermera |
| • M ^a José García Hernández | Enfermera |
| • Guadalupe Geri | Psiquiatra |
| • Rosa María Gómez Sánchez. | Psiquiatra |
| • Juana Gonzalez Boluda | Psicóloga Clínica |
| • Isabel González García | Psiquiatra |
| • M ^a Jesús Jiménez Franco | Psicóloga Clínica |
| • Juan Jiménez Roset. | Psiquiatra |
| • M ^a .Luz Hernández Tarrés. | Psicóloga Clínica |
| • Ana María Hurtado López. | Enfermera. |
| • Isabel Illán Cano. | Enfermera. |
| • Dolores Juárez Salvador. | Psiquiatra. |

• Isabel Lázaro Montero	Psiquiatra
• Rossana López Clemente	Psicóloga Clínica
• Esther López García	Enfermera
• Antonio López López	Psicólogo Clínico
• M ^o Dulce López Sánchez	Psicóloga Clínica
• Marisa Lorente Cegarra	Terap.Ocupacional
• Fuensanta Lozano Baños	Enfermera
• M ^a José Lozano Semitiel	Psicóloga Clínica
• Antonio Llanes Castaño.	Psiquiatra
• M ^a Carmen Llor Moreno	Psiquiatra
• Carlos Martín Fernández Mayoral	Psicólogo Clínico
• M ^a Carmen Martínez Artero	Psicóloga Clínica
• Juana M ^a Martínez Berbén.	Trabaj. Social
• Carlos Martínez Cano.	Enfermero
• Ana Martínez Pérez	Psiquiatra
• M ^a Dolores Martínez Liarte	Enfermera
• Jacoba Martínez Martínez	Enfermera
• Carmen Martínez Sánchez.	Psicóloga Clínica
• José Martínez Serrano.	Psiquiatra
• Inmaculada Martínez Tudela	Trabaj. Social
• Juana M ^a Mateo Castejón	Enfermera
• Desiderio Mejías Verdú	Psiquiatra
• Antonio Micol Torres.	Psiquiatra
• Inés Morán Sánchez.	Psiquiatra
• Pedro Moreno Moreno	Psicólogo Clínico
• Ana Belén Moreno	Psicóloga clínica
• Julio Moreno Ramos	Trabaj. Social
• Carlos Oliván	Psiquiatra
• Fermín Oliveros García	Psicólogo Clínico
• Ricardo Ortega	Psiquiatra
• Ángeles Ortiz Jiménez	Psicóloga Clínica
• Josefa Palazón Rodríguez.	Psicóloga Clínica
• Carmen Palma González	Psiquiatra
• María Ana Pedreño Aznar	Enfermera
• M ^a José Pedreño Yepes.	Trab. Social.
• Luis Pelegrín Calero	Psicólogo Clínico
• Jose Manuel Peñalver Mellado.	Psiquiatra
• Francisco Asís Pérez Crespo	Psiquiatra
• Pedro Pozo Navarro.	Psiquiatra
• M ^a Jesús Ramírez del Vas	Trabaj. Social
• Matías Ros Rodriguez	Psiquiatra
• Pedro Rosique	Psiquiatra
• M ^a José Ruiz Lozano.	Psiquiatra
• José M ^a Salmerón Arias	Psiquiatra
• Carmina Sanlloriente Portero	Enfermera
• Rosa Sánchez Alonso	Psiquiatra
• Cruz Sánchez Carreño	Enfermera
• Juan Carlos Sánchez Sánchez.	Psicólogo Clínico
• Francisco Serrano Bueno	Psiquiatra
• M ^a . Dolores Tornero García.	Psiquiatra.
• Luis Valenciano Martínez	Psiquiatra
• Elisa Lidia Valero Ruiz	Psiquiatra
• Rosa Viñas Ferre	Psiquiatra

ANEXOS

PLAN DE SALUD MENTAL 2010-2013

ANEXO 1. PLAN SALUD MENTAL 2010-2013

Estimaciones para el año 2000 de las 10 primeras causas de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para todas las edades y en adultos de 15 a 44 años.

En todas las edades					
Ambos sexos	% del total	Hombres	% del total	Mujeres	% del total
1. Infecciones de vías respiratorias inferiores	6.4	1. Afecciones perinatales	6.4	1. VIH/SIDA	6.5
2. Afecciones perinatales	6.2	2. Infecciones de vías respiratorias inferiores	6.4	2. Infecciones de vías respiratorias inferiores	6.4
3. VIH/SIDA	6.1	3. VIH/SIDA	5.8	3. Afecciones perinatales	6.0
4. Tr. depresivos unipolares	4.4	4. Enf. diarreicas	4.2	4. Tr. depresivos unipolares	5.5
5. Enf. diarreicas	4.2	5. Cardiopatía isquémica	4.2	5. Enf. diarreicas	4.2
6. Cardiopatía isquémica	3.8	6. Accidentes de tráfico	4.0	6. Cardiopatía isquémica	3.3
7. Enf. cardiovasculares	3.1	7. Trastornos depresivos unipolares	3.4	7. Enf. cardiovasculares	3.2
8. Accidentes de tráfico	2.8	8. Enf. cardiovasculares	3.0	8. Paludismo	3.0
9. Paludismo	2.7	9. Tuberculosis	2.9	9. Malf. congénitas	2.2
10. Tuberculosis	2.4	10. Paludismo	2.5	10. EPOC	2.1

Entre 15 - 44 años					
Ambos sexos	% del total	Hombres	% del total	Mujeres	% del total
1. VIH/SIDA	13.0	1. VIH/SIDA	12.1	1. VIH/SIDA	13.9
2. Tr. depresivos unipolares	8.6	2. Accidentes de tráfico	7.7	2. Tr. depresivos unipolares	10.6
3. Accidentes de tráfico	4.9	3. Tr. depresivos unipolares	6.7	3. Tuberculosis	3.2
4. Tuberculosis	3.9	4. Tr. consumo alcohol	5.1	4. Anemia Ferropénica	3.2
5. Tr. consumo alcohol	3.0	5. Tuberculosis	4.5	5. Esquizofrenia	2.8
6. Lesiones autoinflingidas	2.4	6. Violencia	3.7	6. Parto obstruido	2.7
7. Anemia Ferropénica	2.6	7. Lesiones autoinflingidas	3.0	7. Tr. Afectivo bipolar	2.5
8. Esquizofrenia	2.6	8. Esquizofrenia	2.5	8. Aborto	2.5
9. Tr. Afectivo bipolar	2.5	9. Tr. Afectivo bipolar	2.4	9. Lesiones autoinflingidas	2.4
10. Violencia	2.3	10. Anemia Ferropénica	2.1	10. Septicemia materna	2.1

Estimaciones para el año 2000 de las 10 primeras causas de los años perdidos por discapacidad (APD) para todas las edades y en adultos de 15 a 44 años.

En todas las edades								
Ambos sexos		% del total	Hombres		% del total	Mujeres		% del total
1.	Tr. depresivos unipolares	11.9	1.	Tr. depresivos unipolares	9.7	1.	Tr. depresivos unipolares	14.0
2.	Pérdida de audición, aparición en adulto	4.6	2.	Tr.consumo alcohol	5.5	2.	Anemia ferropénica	4.9
3.	Anemia ferropénica	4.5	3.	Pérdida de audición, aparición en adulto	5.1	3.	Pérdida de audición, aparición en adulto	4.2
4.	EPOC	3.3	4.	Anemia ferropénica	4.1	4.	Osteoartritis	3.5
5.	Tr.consumo alcohol	3.1	5.	EPOC	3.8	5.	EPOC	2.9
6.	Osteoartritis	3.0	6.	Caidas	3.3	6.	Esquizofrenia	2.7
7.	Esquizofrenia	2.8	7.	Esquizofrenia	3.0	7.	Tr. Afectivo Bipolar	2.4
8.	Caidas	2.8	8.	Accidentes de tráfico	2.7	8.	Caidas	2.3
9.	Asma	2.1	9.	Tr. Afectivo Bipolar	2.6	9.	Alzheimer y otras demencias	2.2
10.	Malformaciones congénitas	2.1	10.	Osteoartritis	2.5	10.	Parto obstruido	2.1

Entre 15 - 44 años								
Ambos sexos		% del total	Hombres		% del total	Mujeres		% del total
1.	Tr. depresivos unipolares	16.4	1.	Tr. depresivos unipolares	13.9	1.	Tr. depresivos unipolares	18.6
2.	Tr.consumo alcohol	5.5	2.	Tr.consumo alcohol	10.1	2.	Anemia ferropénica	5.4
3.	Esquizofrenia	4.9	3.	Esquizofrenia	5.0	3.	Esquizofrenia	4.8
4.	Anemia ferropénica	4.9	4.	Tr. Afectivo Bipolar	5.0	4.	Tr. Afectivo Bipolar	4.4
5.	Tr. Afectivo Bipolar	4.7	5.	Anemia ferropénica	4.2	5.	Parto obstruido	4.0
6.	Pérdida de audición, aparición en adulto	3.8	6.	Pérdida de audición, aparición en adulto	4.1	6.	Pérdida de audición, aparición en adulto	3.6
7.	VIH/SIDA	2.8	7.	Accidentes de tráfico	3.8	7.	Clamidiasis	3.3
8.	EPOC	2.4	8.	VIH/SIDA	3.2	8.	Aborto	3.1
9.	Osteoartritis	2.3	9.	Tr. consumo drogas	3.0	9.	Tr de Pánico	2.8
10.	Accidentes de tráfico	2.3	10.	EPOC	2.6	10.	VIH/SIDA	2.5

Prevalencia de patología mental según el sexo en diversos estudios comunitarios internacionales y nacionales

Estudios Internacionales	Mujeres	Hombres	Total
Camberra (Australia)	11.1	7.1	9.1
Uganda	29.1	19.4	24.3
Londres (Reino Unido)	14.9	6.1	10.5
Atenas (Grecia)	22.6	8.6	15.6
EE.UU.	16.6 - 47.3	14.0 - 48.7	15.3 - 48.0
Finlandia	12.4	6.9	9.7
Noruega *	35.9	28.8	32.8
Estudios Nacionales	Mujeres	Hombres	Total
Navarra	17.2	5.7	11.5
Cantabria	20.6	8.1	14.3
Barcelona	20.1	8.2	14.2
Cataluña **	18.6	15.7	17.4
Zaragoza	14.0	8.8	11.8
Tenerife	22.0	12.2	17.2
La Rioja	12.6	12.2	12.4
Formentera	23.6	15.2	19.4

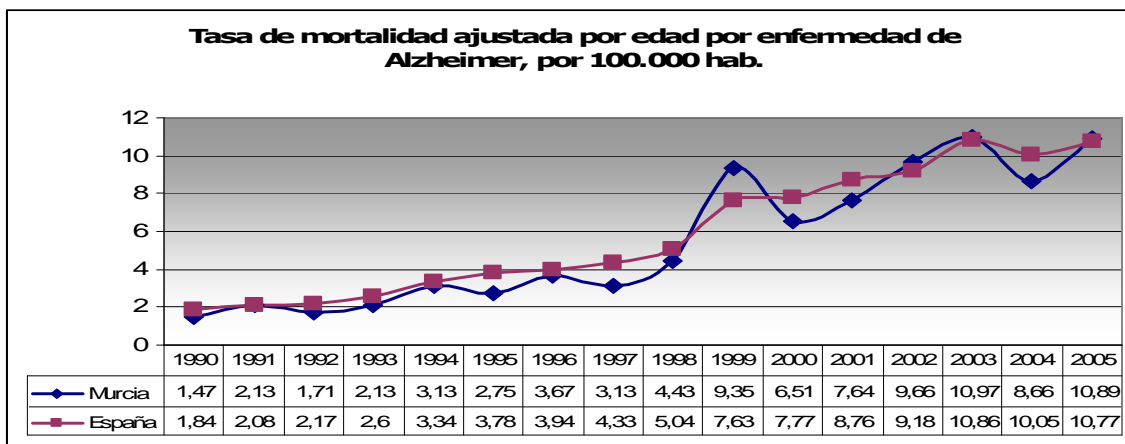
Fuentes: de Santiago A, Herrán A y Vázquez-Barquero JL (1998); * Kringen E, Torgersen S, Cramer, V (2001); ** Rajmil y cols (1998).

**Prevalencia (%) de trastornos mentales en población de 18 a 54 años en EE.UU.
Datos de los estudios ECA, NCS y revisión de significación clínica**

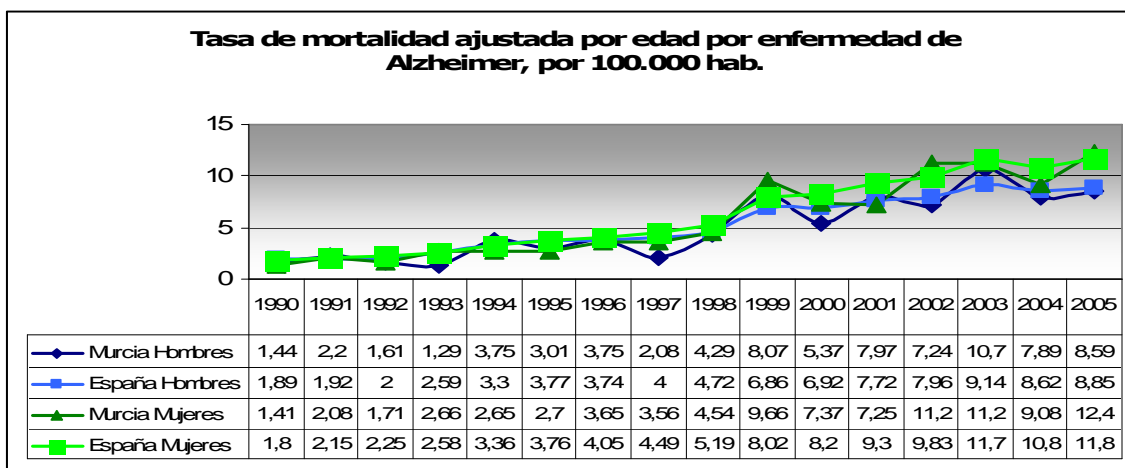
	ECA 1980-1985	NCS 1990-1992	Revisión 2002
Trastornos de ansiedad	13.3	18.7	13.3
▪ Fobia Social	2.0	7.4	3.7
▪ Fobia Simple	8.5	8.6	4.4
▪ Agorafobia	5.0	3.7	2.2
▪ Trastorno de ansiedad generalizada	--	3.4	2.8
▪ Trastorno de pánico	1.6	2.2	1.7
▪ Trastorno obsesivo-compulsivo	2.3	--	2.4
▪ Trastorno por estrés post-traumático	--	3.6	3.6
Trastornos del ánimo	10.4	11.1	5.7
▪ Episodio de depresión mayor	6.5	10.1	5.2
▪ Depresión mayor unipolar	5.4	8.9	4.5
▪ Distimia	5.7	2.5	1.6
▪ Trastorno bipolar tipo I	1.2	1.3	0.6
▪ Trastorno bipolar tipo II	0.6	0.2	0.3
Otros trastornos			
▪ Esquizofrenia / sdr. esquizofreniforme	1.3	--	1.2
▪ Trastornos de personalidad antisocial	2.0	--	2.0
▪ Anorexia nerviosa	0.1	--	0.1
▪ Trastorno de somatización	0.3	--	0.2
▪ Incapacidad cognitiva grave	1.3	--	0.2
Trastornos por uso de sustancias	11.7	11.5	7.6
▪ Trastorno por uso de alcohol	9.1	9.9	6.5
▪ Trastorno por uso de drogas	4.0	3.6	2.4
Total trastornos mentales (no incluye uso de sustancias, drogas, alcohol)	22.0	23.4	16.5
Total trastornos mentales (incluyendo uso de sustancias, drogas, alcohol)	29.6	30.2	20.9

Fuente: Narrow y cols (2002).

INDICADORES



Fuente: Indicadores claves del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.



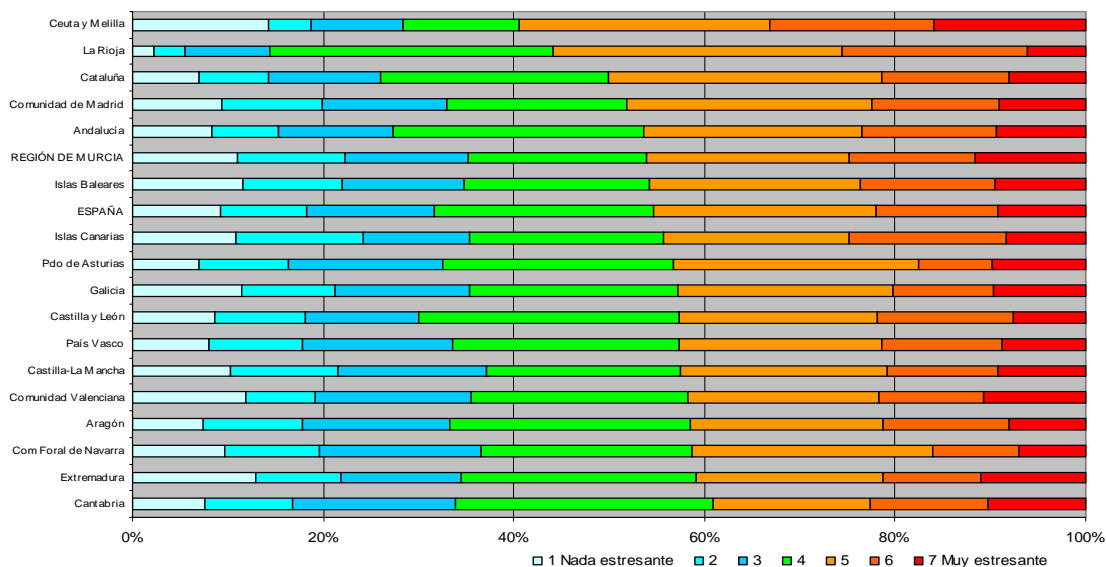
Fuente: Indicadores claves del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Percepción del estado de salud >16 años. (Encuesta Nacional de Salud, 2006)

	Salud				Variac.absoluta 03/06	
	2003		2006		Buena Muy buena	Mala Muy mala
	Buena Muy buena	Mala Muy mala	Buena Muy buena	Mala Muy mala		
AMBOS SEXOS						
REGION DE MURCIA	73,0%	9,6%	67,0%	8,8%	-6,0	-0,8
TOTAL NACIONAL	71,3%	7,6%	70,0%	7,6%	-1,3	0,0
HOMBRES						
REGION DE MURCIA	77,7%	5,7%	74,0%	6,7%	-3,7	1,0
TOTAL NACIONAL	75,7%	5,8%	75,1%	6,0%	-0,6	0,2
MUJERES						
REGION DE MURCIA	68,3%	9,2%	59,9%	11,0%	-8,4	1,8
TOTAL NACIONAL	67,1%	9,4%	65,0%	9,1%	-2,1	-0,3

Fuente: INE Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2006

Nivel de estrés en el trabajo (Encuesta Nacional de Salud, 2006)



Resultados en % sobre total de personas ocupadas, tras ponderar las encuestas en función del tamaño de la población.

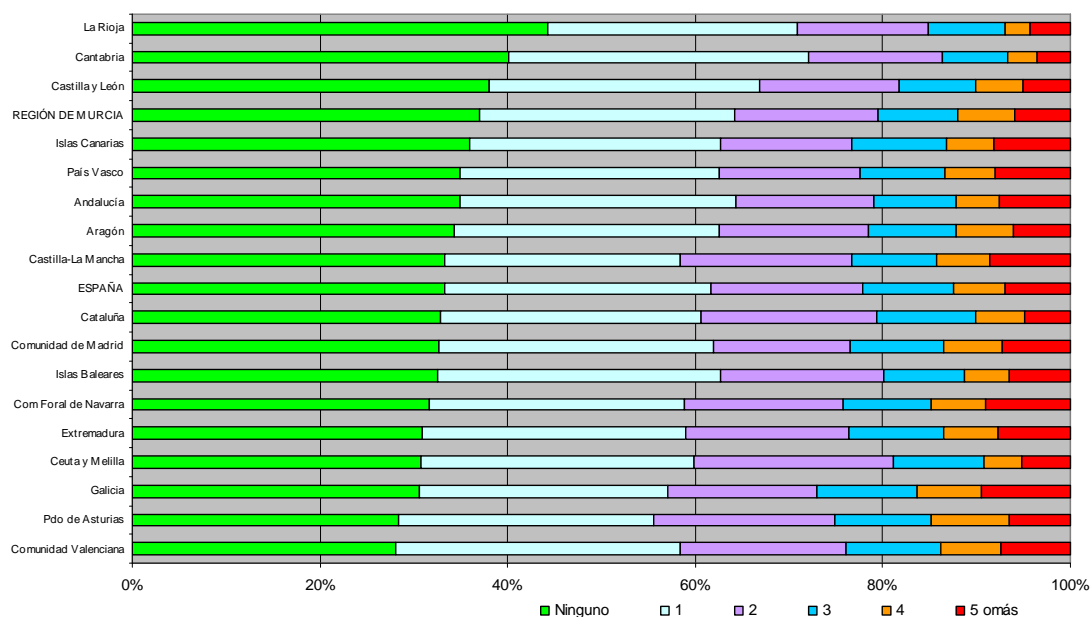
Fuente: INE. Elaboración: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad

Prevalencia de trastornos mentales medida a través del cuestionario GHQ-12.					
Encuesta Nacional de Salud, 2006					
Tasas por 100 habitantes de las personas que obtienen una puntuación mayor de 2 puntos.					
		16 a 44	45 a 64	65 y mas	Total
Area de Murcia	Varones	6,2	21,0	21,7	12,0
	Mujeres	23,0	27,5	45,5	28,4
	(N=146)	Total	14,3	24,3	35,3
Area de Cartagena	Varones	19,6	22,2	8,5	18,7
	Mujeres	31,0	22,4	42,2	30,9
	(N=100)	Total	24,9	22,3	27,5
Area de Lorca	Varones	10,5	13,3	27,5	13,7
	Mujeres	17,9	26,5	45,0	25,3
	(N=58)	Total	13,9	19,8	37,3
Area del Noroeste	Varones	3,5	0,0	4,4	2,8
	Mujeres	6,2	1,9	15,8	7,4
	(N=13)	Total	4,8	0,9	10,5
Area del Altiplano	Varones	22,3	20,0	29,1	22,7
	Mujeres	32,2	25,0	35,5	31,1
	(N=52)	Total	27,0	22,5	32,7
Area Vega del Segura	Varones	24,8	22,5	20,6	23,6
	Mujeres	12,8	18,6	37,2	18,8
	(N=60)	Total	19,1	20,6	30,0
Región de Murcia	Varones	13,5	19,4	17,9	15,6
	Mujeres	22,6	23,4	41,1	26,3
	Total	17,7	21,4	31,0	20,9

Fuente: INE. Elaboración: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad

Consumo de medicamentos. (Encuesta Nacional de Salud, 2006)

Tasas por 100 personas, tras ponderar las encuestas en función del tamaño de la población



Fuente: INE. Elaboración: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad

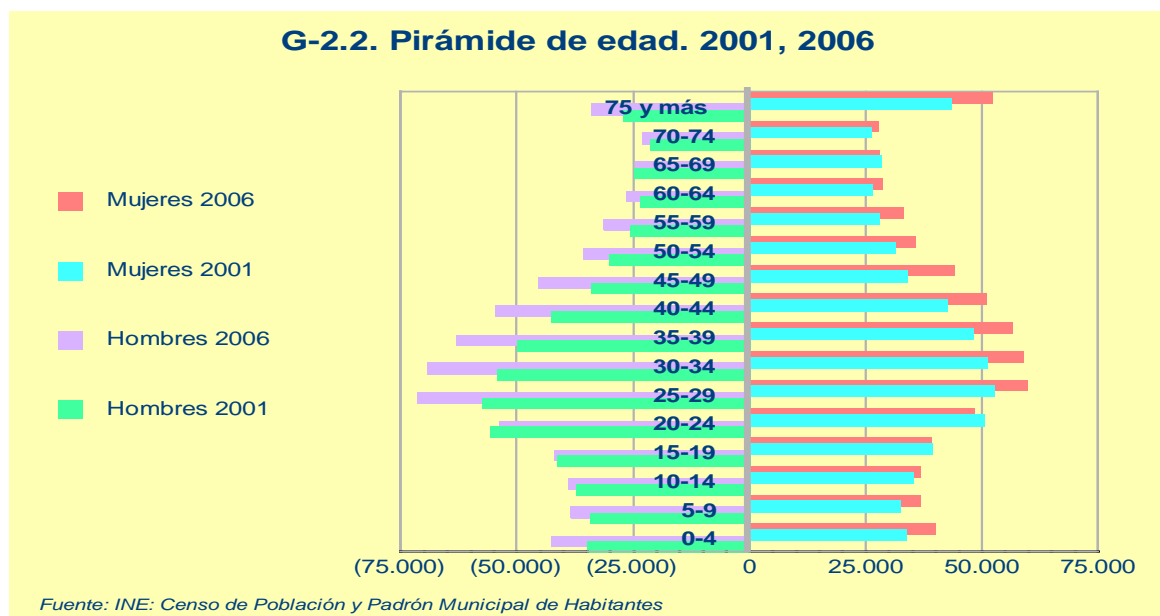
Consumo de medicamentos en las dos últimas semanas.							
Encuesta Nacional de Salud, 2006							
Tasas por 100 personas, ponderadas las encuestas en función de tamaño de la población, que no han consumido medicamentos.							
		16 a 24	25 a 44	45 a 64	65 a 74	75 y mas	Total
España	(N)	1.111	4.381	2.350	381	242	8.465
	Varones	60,3	52,7	34,7	14,4	9,1	41,7
	Mujeres	42,9	34,4	19,8	7,7	4,3	25,1
	Total	51,8	43,8	27,2	10,6	6,3	33,2
Región de Murcia	(N)	73	358	147	9	6	593
	Varones	68,2	55,1	37,6	8,2	4,7	45,7
	Mujeres	41,9	41,0	19,4	1,9	3,2	28,2
	Total	55,6	48,5	28,4	4,7	3,8	37,0

(N) número total de encuestas. Fuente: INE. Elaboración: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad

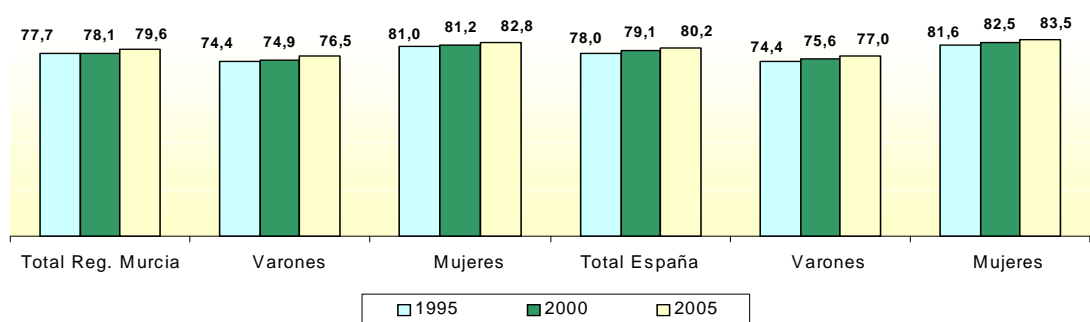
DEMOGRAFÍA

	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	T. Región
Población (nº hab)	534.517	365.421	165.492	72.202	58.757	195.763	1.392.117
Superficie (km2)	2.052,4	1.482,1	2.410,4	2.380,6	1.573,7	1.414,8	11.314
Densidad (h/km2)	260,4	246,5	68,6	30,3	37,3	138,4	122,5

G-2.2. Pirámide de edad. 2001, 2006



Esperanza de vida al nacimiento



Fuente: INE – Demografía y población – Movimiento natural de la población

U.D.I.F. Salud Mental**Tabla 1: Modelo de desarrollo de la UDIF-SM en la Región de Murcia por Zonas Docentes dentro de una misma unidad**

Zonas Docentes	Recursos específicos		Recursos Comunes
	Hospitalarios	Comunitarios	
Zona del Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Reina Sofía 	<ul style="list-style-type: none"> Centro de Salud Mental de Infante (Programa Adultos) CSM San Andrés. (Programas de Adultos, Rehabilitación de Adultos e Infanto-Juvenil) Centro de Drogodependencias de Murcia 	<ul style="list-style-type: none"> CSM San Andrés. Programa de: <ul style="list-style-type: none"> Centro de Día Infanto-Juvenil) Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. HGU Reina Sofía Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". Programas de: <ul style="list-style-type: none"> Agudos Subagudos o media estancia Centro de Día
Zona del Hospital General Sta. M^a del Rosell de Cartagena	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Psiquiatría del H.G. Sta. M^a del Rosell de Cartagena 	<ul style="list-style-type: none"> CSM de Cartagena. Programas de: <ul style="list-style-type: none"> Adultos Infanto-Juvenil Drogodependencias Centro de Rehabilitación 	
Zona del H. General Morales Meseguer (Murcia)	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Psiquiatría del H.G. Morales Meseguer de Murcia 	<ul style="list-style-type: none"> CSM del HG Morales Meseguer. (Programas de Adultos) CSM de Molina del Segura (Programas de Adultos e Infanto-Juvenil) CSM de Cieza (Programa de Adultos) CAD de Cieza (Programa de Drogodependencias) 	

Tabla 2: Plazas ofertadas en el año 2009 en Salud Mental en Murcia

	UDIF-SM	HGU Virgen de la Arrixaca	Total plazas ofertadas/año	Nº total de residentes en formación en 2009
Psiquiatría	3MIR/año HGU Reina Sofía, Murcia	2 MIR/año	7 plazas MIR Psiquiatría/año	21 MIR de Psiquiatría <ul style="list-style-type: none"> 12 MIR HGURS 2 MIR HGUSMRosell (2º año de acreditación) 1 MIR HGUMMeseguer (1º año de acreditación) 8 MIR HGUVArrixaca
	1 MIR/año HGU Sta. M ^a del Rosell, Cartagena.			
	1 MIR/año HGU Morales Meseguer, Murcia			
Psicología Clínica	2 PIR HGU Reina Sofía Murcia	-	4 plazas PIR/año	8 PIR <ul style="list-style-type: none"> 6 PIR HGU Reina Sofía 1 PIR HGU SMRosell 1 PIR HGU MMeseguer
	1 PIR /año HGU Sta. M ^a del Rosell, Cartagena.			
	1 PIR/año HGU Morales Meseguer, Murcia.			
Enfermería Salud Mental	6 EIR	-	6 EIR/año	6 EIR
TOTAL 2009				35 residentes de Salud Mental

Datos asistenciales ambulatorios.

Comparativa de indicadores de actividad asistencial global (Total Programas incluidos en RACP) de los CSM/CAD del S.M.S. entre los años 1998-2008.

	Total Programas Año 1998	Total Programas Año 2000	Total Programas Año 2002	Total Programas Año 2004	Total Programas Año 2006	Total Programas Año 2008
Población	>800.000	>800.000	>875.000	>950.000	>1.050.000	>1.100.000
Tasa Incidencia	13,49	10,93	9,27	11,01	9,04	9,95
Tasa Prevalencia	27,86	32,10	32,00	38,09	33,11	36,42
Tasa Frecuentación	151,51	179,78	174,04	230,34	216,82	215,60
% 1ª visitas (1ª + > 6 meses)	8,90	6,08	5,32 (16,26)	4,78 (14,99)	4,17 (14,90)	4,61 (13,23)
Consultas paciente/año	5,43	5,60	5,44	6,04	6,55	5,92
Indice sucesivas/1ª (<6 meses/1ª+ >6 meses)	10,22	14,86	17,06 (4,91)	19,22 (5,44)	22,39 (5,54)	19,63 (6,19)
Indice resolución (%)	15,88	15,56	13,31	16,23	16,38	13,44

Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2008.

Comparativa de indicadores de actividad asistencial del “Programa Adultos” de los CSMs incluidos en RACP del S.M.S. en los años 1998-2008.

	Programa Adultos Año 1998	Programa Adultos Año 2000	Programa Adultos Año 2002	Programa Adultos Año 2004	Programa Adultos Año 2006	Programa Adultos Año 2008
Población	746.000 581.880 #	746.000 581.880 #	838.854 683.666 #	900.000 738.000 #	960.000 785.000 #	983.000 806.000 #
Tasa Incidencia	9,92 12,71#	8,00 10,26 #	6,16 7,56 #	7,19 8,78 #	6,36 7,78 #	7,09 8,65 #
Tasa Prevalencia	22,4 28,72#	25,57 32,78 #	24,53 30,10 #	28,96 35,32 #	26,18 32,02 #	29,57 36,06 #
Tasa Frecuentación	102,92 131,95#	127,84 163,90 #	125,72 154,26 #	165,73 202,12 #	173,73 212,46 #	179,93 219,45 #
% 1ª visitas (1ª + > 6 meses)	9,63	6,26	4,90 (16,92)	4,34 (15,38)	3,66 (13,94)	3,94 (12,43)
Consult. paciente/año	4,59	5,00	5,12	6,03	6,63	6,08
Indice sucesivas/1ª (<6 meses/1ª+ >6 meses)	9,38	14,30	18,42 (4,62)	20,96 (5,20)	25,57 (5,98)	23,22 (6,68)
Indice resolución (%)	17,13	16,30	13,49	16,70	17,79	14,46

Solo población mayor de 15 años.

Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2008.

(Subprograma adultos)	Programa >65 años. Año 2000	Programa >65 años. Año 2007
Población	104.664 * (18%)	135.654* (16,8%)
Tasa Incidencia	8,91 *	6,40*
Tasa Prevalencia	29,12 *	30,21*
Tasa Frecuentación	86,74 *	93,27*
% 1ª visitas	10,27	6,87
Consultas paciente/año	2,98	3,08

(*) Programa incluido en el programa de adultos.

* Datos referidos a la población mayor de 65 años

Fuente: Memorias Asistenciales años 2000 y 2007

Comparativa de indicadores de actividad asistencial del “Programa Infanto-Juvenil” de los CSMs incluidos en RACP del S.M.S. entre los años 1998-2008

	Programa Inf-Juv. Año 1998	Programa Inf-Juv. Año 2000	Programa Inf-Juv. Año 2002	Programa Inf-Juv. Año 2004	Programa Inf-Juv. Año 2006	Programa Inf-Juv. Año 2008
Población	911.000 200.420 ^s	911.000 200.420 ^s	1.035.000 191.500 ^s	1.115.700 205.300 ^s	1.173.000 213.500 ^s	1.215.000 222.000 ^s
Tasa Incidencia	1,8 8,27 δ	1,88 8,55 ^s	1,90 10,27 ^s	2,03 11,02 ^s	1,76 9,68 ^s	2,01 11,02 ^s
Tasa Prevalencia	2,6 11,81 δ	3,60 16,37 ^s	3,72 20,13 ^s	4,43 24,10 ^s	4,13 22,74 ^s	4,59 25,15 ^s
Tasa Frecuentación	14,1 63,90 δ	22,48 102,18 ^s	21,60 116,74 ^s	25,15 136,68 ^s	24,60 135,51 ^s	19,32 105,73 ^s
% 1ª visitas (% 1ª + > 6 meses)	13	8,37	8,80 (19,56)	8,06 (17,61)	7,14 (22,30)	10,43 (21,57)
Consult. paciente/año	5,4	6,24	5,80	5,67	5,96	4,20
Indice sucesivas/1ª (<6meses/1ª+>6meses)	6,7	10,90	10,37 (4,09)	11,36 (4,66)	12,90 (3,45)	7,85 (3,28)
Indice resolución (%)	20,6	20,45	16,81	19,84	18,91	16,99

^s Datos referidos a la población menor de 16 años
Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2008.

Comparativa de indicadores de actividad asistencial del “Programa Drogodependencias” de los CSM/CAD del S.M.S. de los años 1998-2008.

	Programa Drogas Año 1998	Programa Drogas Año 2000	Programa Drogas Año 2002	Programa Drogas Año 2004	Programa Drogas Año 2006	Programa Drogas Año 2008
Población	1.096.000	1.115.000	1.201.040	1.294.694	1.360.000	1.4013.000
Tasa Incidencia	1,58	0,95	0,81	1,32	0,96	1,08
Tasa Prevalencia	2,93	2,98	2,97	3,99	3,52	3,82
Tasa Frecuentación	28,85	25,03	20,38	32,13	23,54	26,05
% 1ª visitas (% 1ª + > 6 meses)	5,5	3,82	3,98 (10,41)	4,12 (11,80)	4,10 (13,20)	4,15 (11,77)
Consult. paciente/año	9,84	8,40	6,86	8,04	6,69	6,80
Indice sucesivas/1ª (<6 meses/1ª+>6meses)	17,18	24,39	23,43 (8,34)	22,99 (7,39)	22,49 (6,30)	22,13 (7,15)
Indice resolución (%)	5,98	6,53	8,55	10,40	6,37	4,25

Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2008.

Actividad asistencial global de los CSM/CAD por Áreas Sanitarias en el año 2008.

	CSMs Area I Adultos	CSMs Area I Infantil	CSMs Area I Drogas*	CSMs Area I Tot.Prog	CSMs Area II Tot.Prog	CSMs Area III Tot.Prog	CSMs Area IV Tot.Prog	CSMs Area V Tot.Prog	CSM Area VI Drogas	Total. Año 2008
Población	282.000 231.000	513.600 94.000	658.000	>360.000	366.600	177.000	72.700 **97.400	60.000	54.300	>1.100.000
Tasa Incidencia	7,98	2,21	0,92	11,10	8,91	10,11	**11,50	10,91	2,21	9,95
T.Incid.>/<16años	9,74	12,10								
Tasa Prevalencia	33,11 40,42	5,55 30,29	2,54	38,49	30,56	39,03	***52,81	43,16	6,90	36,42
Tasa Frecuentación	177,59 216,80	16,46 89,82	22,17	203,09	170,38	240,59	**338,01	395,45	45,24	215,60
% 1ª visitas	4,49	13,47	4,17	5,46	5,23	4,20	3,40	2,76	4,88	4,61
(% 1ª + > 6 meses)	13,96	(32,25)	(12,14)	(15,71)	(15,31)	(13,17)	(10,16)	(4,74)	(10,82)	(13,23)
Consultas paciente/año	5,36	2,96	8,72	5,27	5,57	6,16	6,40	9,16	6,55	5,92
Indice sucesivas/1ª	19,45	5,02	22,01	15,73	17,73	21,77	27,29	34,04	19,02	19,63
(<6meses/1ª+ >6meses)	5,58	(1,51)	(6,91)	(4,82)	(5,40)	(6,26)	(8,48)	(19,36)	(8,03)	(6,19)
Indice resolución (%)	17,18	13,09	5,92	14,98	14,57	16,05	8,41	5,13	0,80	13,44

*Incluye parte del Área Sanitaria VI ** Incluye el CSM de Mula (área I).

**Los datos de CSM Adultos e Inf.-Juvenil del Área I, son inferiores a los reales por problemas con programa informático Selene

Demanda Atención Hospitalaria. Datos Asistenciales Hospitalarios

Comparativa de los indicadores asistenciales de las Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (UPH) de corta estancia de la Región de Murcia en el año 2008.

Hospital	Rafael Méndez	Virgen Rosell	Virgen Arrixaca	Hospital R.Sofía	Hospital R.Sofía U.T.C.A.	Morales Mesegue	Total Hospit. Genres	Hospital Psiquiátr .**	Total 2008
Nº Camas	14	24	14	24	6	16	98	26	124
Ingresos	232	631	364	390	30	307	1.954	434	2.388
Estancias	3.427	8.183	3.143	8.084	1.631	3.286	29.708	6.819	36.547
E.Media	14,34	12,97	8,63	20,73	54,37	10,80	15,09	16,75	15,39
Ind.Ocupac.(%)	67,1%	93,16%	61,50%	92,03%	74,27	56,26	83,05%	71,66%	80,74%
Ind.Rotac.Anual	17,07	26,30	26,57	16,25	5,00	19,18	19,93	16,69	19,25
Nº Altas	239	624	372	397	28	308	1.968	407	2.375
Camas utilizadas	9,39	22,35	8,59	22,01	4,45	9,01	81,39	18,63	100,13

** Media de camas disponibles en el año.

Actividad asistencial Unidad Trastornos Alimentación Hospital Reina Sofía	Actividad asistencial Unidad de Desintoxicación Hospital Reina Sofía
Nº camas	6
Nº ingresos	139
Nº de Estancias	1.264
Estancia media (días)	9,1
Indice de Ocupación	57,71%
Indice de Rotación anual	23,16
Nº de Altas	139
Camas utilizadas	3,46

Actividad asistencial Unidad Media Estancia. Hospital Román Alberca **		Actividad asistencial Unidad Media-Larga Estancia. Clínica San Felipe del Mediterráneo (Concierto)	
Nº camas	74	Nº camas	40
Nº ingresos	128	Nº ingresos	23
Nº de Estancias	21.942	Nº de Estancias	14.280
Estancia media (días)	137,13	Estancia media (días)	380,40
Índice de Ocupación	86,08%	Índice de Ocupación	97,80%
Índice de Rotación anual	2,16	Índice de Rotación anual	0,70
Nº de Altas	160	Nº de Altas	10
Camas utilizadas	63,70	Camas utilizadas	39,12

** Media de camas disponibles en el año.

Evolución de los indicadores de actividad asistencial hospitalaria de corta estancia entre los años 1998-2008 en la Región de Murcia.

Años	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Nº Camas	100	98	98	120	134	124
Ingresos	2.021	2.339	2.385	2.772	2.510	2.388
Estancias	33.755	32.839	32.598	36.795	36.503	36.547
E.Media	16,53	13,99	13,67	13,34	14,54	15,39
Ind.Ocupación (%)	92,48	91,80	91,13	84,01	74,63	80,74
Ind.Rotac. Anual	20,40	23,86	24,34	23,10	18,73	19,25
Nº Altas	2.042	2.347	2.368	2.757	2.479	2.375
Camas utilizadas	92,48	89,97	89,31	100,81	100,01	100,13

Indicadores de actividad asistencial hospitalaria: Comparación evolutiva entre el total de Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (UPH) en Hospitales Generales y el Hospital Psiquiátrico Román Alberca entre los años 1998 y 2008.

Años	1998		2000		2002		2004		2006		2008	
	UPHs H. Gnrales /H. Psiqu.	Hosp. Psiqu.	UPHs H.Gen.	Hosp. Psiqu.	UPHs H.Gen.	Hosp. Psiqu.	UPHs H.Gen.	Hosp. Psiqu.	UPHs H.Gen.	Hosp. Psiqu.	UPHs H.Gen.	Hosp. Psiqu.
Nº Camas	48	52	46	52	46	52	68	52	82	52	98	26
Ingresos	1.080	941	1.368	1.005	1.410	959	1.712	1.060	1.711	799	1.954	434
Estancias	16.987	16.768	17.373	15.757	17.200	14.962	21.794	15.001	24.261	12.242	29.708	6.819
E.Media	15,47	18,85	12,59	16,53	12,20	16,61	12,79	14,05	14,17	15,53	15,09	16,75
Ind. Ocupac. (%)	96,96	88,34	103,47	83,02	102,44	78,83	87,80	79,04	81,05	73,57	83,05%	71,66%
Ind.Rotac. Anual	22,50	18,12	29,74	19,33	29,92	18,46	25,04	20,38	20,86	15,48	19,93	16,69
Nº Altas	1.098	944	1.380	990	1.409	971	1.703	1.054	1.689	790	1.968	407
Ingresos/día	2,96	2,58	3,75	2,75	3,86	2,62	4,69	2,90	4,68	2,19	5,35	1,19
Camas utilizadas	46,54	45,93	47,60	43,17	47,12	41,00	59,70	41,10	66,46	38,25	81,39	18,63

UPH= Unidad psiquiátrica hospitalaria de corta estancia

Nº de pacientes ingresados y estancia media de los GRDs psiquiátricos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de corta estancia en el año 2007.

Código G.R.D.	U.P.H. Hospital Virgen Arrixaca			U.P.H. Hospital Reina Sofía			Agudos (Corta Estancia) Hospital Psiquiátrico			U.P.H. Hospital Rafael Méndez			U.P.H. Hospital Morales Meseguer		
	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estancia Media
12	1	0,3	4,0	3	0,9	48,6	2	0,4	57,0	6	2,89	7,2	-	-	-
425	22	6,4	5,8	7	2,1	10,7	14	2,6	9,8	5	0,82	9,0	7	2,5	18,3
426	12	3,5	8,2	21	6,2	15,8	7	1,3	11,6	14	4,95	10,0	13	4,5	9,1
427	10	2,9	7,5	6	1,7	17,6	9	1,6	17,2	5	3,30	9,8	6	2,1	8,5
428	21	6,1	6,5	47	13,8	13,7	49	9,0	11,8	24	9,09	6,4	33	11,6	7,4
429	6	1,7	10,6	3	0,9	58,3	49	9,0	13,8	15	1,65	11,6	11	3,9	12,3
430	153	44,7	12,3	200	59,0	24,9	276	50,8	18,1	135	56,61	17,9	153	53,7	13,8
431	16	4,6	6,0	6	1,7	17,5	-	-	-	3	0,82	3,7	12	4,2	7,3
432	10	2,9	12,7	-	-	-	13	2,4	17,2	1	0,41	1,0	1	0,4	12
449-50	38	11,1	7,1	8	2,4	11,9	-	-	-	8	4,13	5,6	21	7,4	7,6
743-5	6	1,7	6,0	4	1,2	11,2	3	0,6	4,7	5	0,82	7,8	6	2,1	8,3
746-8	16	4,6	8,5	9	2,6	13,1	56	10,3	10,6	5	3,30	6,2	5	1,8	10,2
749-51	7	2,0	11,3	6	1,7	9,3	56	10,3	17,1	13	0,82	6,5	6	2,1	14,5
753	1	0,3	6,0	4	1,2	81,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
470	-	-	-	-	-	-	7	1,3	5,4	-	-	-	-	-	-
Varios(*)	23	6,7	7,9	15	4,4	33,6	2	0,4	7,0	7	3,72	19,1	11	3,9	14,2
Total altas Procesadas	342		9,7	339		22,7	543		15,8	246		13,7	285		11,9
Total altas U.P.H.	384	100	9,0	339	100	17,3 Sin extremos	543	100	15,8	246	100	13,7	292	100	11,6

Datos proporcionados por Registro Regional del CMBD. Servicio Planificación y Financiac. Sanitaria., y por las Gerencias de los diferentes Hospitales. Año 2007

*No se especifican en esta tabla todos los GRDs, por no aportar información valorable y/o comparable.

**No se incluyen, por no ser valorables, los datos relativos a UPH Rosell-Naval por problemas de codificación.

Análisis comparativo de altas hospitalarias por drogodependencias como diagnóstico principal. 2007

	Unidad Desintoxicación (UDH)				Hospitales Generales (UPHs)				Hospital Psiquiátrico (UPHs)				Total Hospitalizaciones			
	Opiác.	Coca	Alcohol	Subtotal	Opiáceo	Coca	Alcohol	Subtotal	Opiáceo	Coca	Alcohol	Subtotal	Opiáceo	Coca	Alcohol	Total
Nº Ingresos	70 (53%)	9 (6,8%)	53 (40,2%)	132	30 (23,2%)	61 (47,3%)	38 (29,5%)	129	3 (2,6%)	56 (48,7%)	56 (48,7%)	115	103 27,4%	126 33,5%	147 39,1%	376
Estancias	537	58	376	971	309	588	448	1.345	14	594	958	1.566	860	1.240	1.782	3.882
E.media	7,7	6,4	7,1	7,4	10,3	9,6	11,8	10,4	4,7	10,6	17,1	13,6	8,4	9,8	12,1	10,3
% sobre Droga	68 % de opiác	7 % de coca	36 % de Alco		29 % de opiác	48 % de coca	26 % de Alco		3 % de opiác	45 % de coca	38 % de Alco		100% de opiác	100% de coca	100% de Alco	
% total ingresos	18,6%	2,4%	14,1%	35,1%	8%	16,2%	10,1%	34,3%	0,8%	14,9%	14,9%	30,6%	18,4%	39,5%	42,1%	100%

- Datos extraídos de altas codificadas
- GRDs:
Opiáceos: 743-744-745.
Cocaína u otras drogas: 746-747-748.
Alcohol: 750-751

ANEXO 2. PLAN SALUD MENTAL 2010-2013**RECURSOS ESTRUCTURALES DE SALUD MENTAL POR AREAS SANITARIAS (2008)**

AREA SANITARIA I	
U. Corta Estancia (26 camas) H.Román Alberca	AREMUP (drog ileg y pat.dual) (40 plazas) (Convenio)
U. Corta Estancia (24 camas) H. Reina Sofía	C.S.M. I de Murcia "San Andrés". Prog. adultos.
U. Corta Estancia (14 camas) H. Virgen Arrixaca	C.S.M. II de Murcia "Infante". Prog. Adultos.
U. Trast. Cond. Alimentaria (6 camas) H.Reina Sofía	C.S.M. "Morales Meseguer". Programa Adultos.
U. Desintoxicación-(6 camas) H. Reina Sofía	C.S.M. "Virgen Arrixaca". Programa Adultos.
2 U. Media Estancia (74 camas).H. Román Alberca.	C.S.M. de Alcantarilla. Programa Adultos.
U. Media-Larga Estancia (40 camas) (Convenio)	C.S.M. Infanto-Juvenil de Murcia "San Andrés"
Com.Terap. "Proyecto Hombre"(12 camas) (Conven)	C.S.M. de Mula. (Prog. Adultos, Infanto-Juvenil, Drogas)
Com.Terap "Las Flotas-Alhama"(25 camas) (Conven)	C.A.D. de Murcia. Programa Drogodependencias
U.Rehabilit.-H.Día. (50 plazas). H. Román Alberca	Unidad Móvil. Programa Drogodependencias
U.Rehabilitación-H Día. (50 plazas). "San Andrés".	U.T.O. Murcia.
3 pisos terapéuticos (dependen H.R.Alberca)(15 plazas)	U.T.O. Mula.
Centro Día Infanto-Juvenil (18 plazas). "San Andrés"	U.T.O. Comisaría-Murcia
C. Día Programa Drogas (25 plazas).(Convenio)	U.T.O. Prisión.
AREA SANITARIA II	
C.S.M. de Cartagena. Programa Adultos.	C.de Día (Prog. Drogas) (25 plazas) (Convenio)
C.S.M. de Cartagena. Programa Infanto-Juvenil.	H. Dia Patología Dual. (20 plazas) (Convenio)
C.S.M. de Cartagena. Programa Drogodependencias.	U.T.O. Cartagena.
U. Rehabilitación-H. De Día. Cartagena.(50 plazas)	U.T.O. Sta. Lucía-Cartagena
U.Corta Estancia (24 camas) H. Virgen Rosell-Naval	U.T.O. Comisaría Cartagena
U. Pat.Dual (5 camas) H.Caridad-Cartag. (Convenio)	U.T.O. La Unión. (SMS-Ayuntamiento).
Com. Terap. Pat. Dual "Los Pinos" (11 camas)(Conven)	U.T.O. Mazarrón. (SMS-Ayuntamiento).
Com. Terap. "La Huertecica" (20 camas) (Convenio)	U.T.O. San Javier-Torre Pacheco.
AREA SANITARIA III	
C.S.M. de Lorca. (Progr. Adultos, Inf-Juvenil y Drogas).	C.S.M. de Aguilas. (Progr. Adultos, Inf-Juvenil y Drogas).
Unidad Corta Estancia (14 camas). H. Rafael Méndez	U.T.O. Aguilas (SMS-Ayuntamiento).
U.Rehabilitación-H.de Día de Lorca.(20 plazas).	U.T.O.- Totana (SMS-Ayuntamiento).
U.T.O. Lorca.	
AREA SANITARIA IV	
C.S.M. de Caravaca. (Progr. Adult, Inf-Juv. y Drogas).	U.T.O Caravaca
U.Rehabilitación-H.Día Caravaca (20 plazas)	Com. Terap "Betania-Cehegin" (17 camas) (Convenio)
AREA SANITARIA V	
C.S.M. de Jumilla: (Progr. Adult, Inf-Juv. y Drogas)	C.S.M. de Yecla: (Progr. Adult, Inf-Juv. y Drogas)
U.T.O. Jumilla.	U.T.O. Yecla.
AREA SANITARIA VI	
C.S.M. de Cieza. Programa Adultos.	C.S.M. de Molina. Programa Adultos e Infanto-Juvenil.
C.A.D. de Cieza.- Programa Drogodependencias	
U.T.O. Cieza. (SMS-Ayuntamiento).	

CSM: Centro Salud Mental. CAD: Centro Atención Drogas. U.T.O.: Unidad Tratamiento Opiáceos

Recursos estructurales del Programa de Adultos en la Región de Murcia. Año 2008.

Recursos estructurales Programa Adultos	
Área Sanitaria I.	
C.S.M. "San Andrés". Murcia.	C.S.M. "Morales Meseguer". Murcia.
C.S.M. "Infante". Murcia.	C.S.M. "Virgen de la Arrixaca".
C.S.M. de Mula.	C.S.M. de Alcantarilla.
Área Sanitaria II	
C.S.M. de Cartagena.	
Área Sanitaria III	
C.S.M. de Lorca.	C.S.M. de Aguilas.
Área Sanitaria IV	
C.S.M. de Caravaca.	
Área Sanitaria V	
C.S.M. de Jumilla.	C.S.M. de Yecla
Área Sanitaria VI	
C.S.M. de Cieza.	C.S.M. de Molina.

Recursos estructurales del Programa de Infanto-Juvenil. Región de Murcia. Año 2008.

Recursos estructurales Programa Infanto-Juvenil.	
Area Sanitaria I.	
C.S.M. "San Andrés" Murcia.	C.S.M. de Mula.
Area Sanitaria II	
C.S.M. de Cartagena.	
Area Sanitaria III	
C.S.M. de Lorca.	C.S.M. de Aguilas.
Area Sanitaria IV	
C.S.M. de Caravaca.	
Area Sanitaria V	
C.S.M. de Jumilla	C.S.M. de Yecla
Area Sanitaria VI	
C.S.M. de Molina.	

Recursos estructurales Programa de Drogodependencias. Región de Murcia. Año 2008.

Recursos estructurales Programa Drogodependencias.	
Area Sanitaria I.	
C.A.D. de Murcia. Unidad Móvil C.S.M. de Mula.	U.T.O. en Murcia. U.T.O. en Mula. U.T.O. Comisaría-Murcia U.T.O. Prisión.
Area Sanitaria II	
C.A.D. de Cartagena. U.T.O. Cartagena. U.T.O. Sta. Lucía-Cartagena U.T.O. Comisaría Cartagena	U.T.O. La Unión. (SMS-Ayunt.). U.T.O. Mazarrón. (SMS-Ayunt.) U.T.O. San Javier. (SMS-Ayunt.) U.T.O. Torre Pacheco. (SMS-Ayunt.)
Area Sanitaria III	
C.A.D. de Lorca U.T.O. Lorca. C.S.M. de Aguilas.	U.T.O. Aguilas (SMS-Ayuntamiento). U.T.O- Totana (SMS-Ayuntamiento).
Area Sanitaria IV	
C.S.M. de Caravaca. U.T.O. Caravaca	
Area Sanitaria V	
C.S.M. de Jumilla U.T.O. Jumilla.	C.S.M. de Yecla U.T.O. Yecla.
Area Sanitaria VI	
C.A.D. de Cieza.- Programa Drogodependencias	U.T.O. Cieza. (SMS-Ayuntamiento).

*CAD: Centro Atención Drogas. U.T.O.: Unidad Tratamiento Opiáceos

Recursos estructurales del Programa de Rehabilitación en la Región de Murcia. Año 2008.

Recursos estructurales Programa Rehabilitación	
Area Sanitaria I.	
U. Rehabilit.-H Día. (50 plazas). "San Andrés". C. Día Inf.-Juvenil (18 plazas). "San Andrés". C. Día, Progr. Drogas.(25 plazas).(Convenio)	U.Rehab.-H.Día. (50 plazas). H.Román Alberca 3 pisos terapéuticos (15 plazas) Programa Inserción Socio-Laboral (ISOL)
Area Sanitaria II	
U. Rehabilit.-H. De Día. Cartagena.(50 plazas) Prog. Asertivo-Comunitario (At. Domiciliaria) Programa Inserción Socio-Laboral (ISOL)	C. Día (Prog. Drogas) (25 plazas) (Convenio) H.Día Patología Dual (20 plazas) (Convenio)
Area sanitaria III	
U. Rehabilitación.-H.de Día de Lorca.(20 plazas). Programa Asertivo-Comunitario (Atención Domiciliaria) Programa Inserción Socio-Laboral (ISOL)	
Area sanitaria IV	
U. Rehabilitación.-H.de Día de Caravaca.(20 plazas). Programa Asertivo-Comunitario (Atención Domiciliaria) Programa Inserción Socio-Laboral (ISOL)	
Area sanitaria VI	
Programa Inserción Socio-Laboral (ISOL)	

Recursos Sanitarios de Salud Mental y Drogodependencias. Región de Murcia 2008.

Centros de Salud Mental / Centros de Atención a Drogodependencias	16
Unidades de Tratamiento con Opiáceos / U.Móviles Prog.Espec.Opiáceos(Farmac.C.Penitenc,Comis.Murcia y Cartag)	13 / 2 4
Unidades de Rehabilitación / H. de Día / C. de Día	9 (268 plazas)
Pisos Terapéuticos	3 (15 plazas)
Inserción Socio-Laboral (Áreas I, II, III, VI)	>180 plazas
Unidades Psiquiátricas Hospitalarias de Corta Estancia	6 (118 camas)
Unidad Trastornos Conducta Alimenticia. (Hospital Reina Sofía)	1 (6 camas)
Unidad Desintoxicación Hospitalaria. (Hospital Reina Sofía).	1 (6 camas)
Unidades de Media Estancia. (2 Hosp. Psiquiátrico) y (1 S.Felipe)	3 (74+40 camas)
Comunidades Terapéuticas (Drogas ilegales, alcohol y patología Dual) (Convenios/Conciertos)	5 (114 plazas)

Recursos estructurales hospitalarios de Salud Mental del SMS. Región de Murcia 2008

Recursos estructurales hospitalarios del SMS	nº camas
U.P.H. Hospital Reina Sofía.	24
U.P.H. Hospital Virgen de la Arrixaca.	14
U.P.H. Hospital Virgen del Rosell - H. Naval	24
U.P.H. Hospital Rafael Méndez	14
U.P.H. Hospital Morales Meseguer **	16
U.P.Hs. Hospital "Román Alberca".	24
Unidad Trastornos Conducta Alimentaria. (Hospital Reina Sofía)	6
Unidad Desintoxicación Hospitalaria. (Hospital Reina Sofía).	6
2 Unidades de Media Estancia. (Hospital Psiquiátrico).	74

- UPH: Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de Corta Estancia.

Recursos estructurales hospitalarios/comunidad terapéutica de Salud Mental, mediante Concierto /Convenio con SMS en la Región de Murcia Año 2008.

Recursos estructurales hospitalarios/comunidad terapéutica	nº camas / nº plazas
Unidad de Media-Larga Estancia (Clínica San Felipe) (Concierto). Murcia	40 camas
Com. Terapéutica "Proyecto Hombre" (Drogas ilegales) (Convenio). Murcia	12 camas
Com. Terapéutica "Las Flotas" (Alcohol) (Convenio). Alhama.	25 camas
Com. Terapéutica "La Huertecica" (Drogas ilegales) (Convenio). Cartagena	
Unidad Patología Dual Hospital Caridad (Convenio). Cartagena	5 camas
Com. Terapéutica "Los Pinos" (Patología Dual) (Convenio). Cartagena	10 camas
Com. Terapéutica "Betania" (Drogas ilegales) (Convenio). Cehegin.	17 camas
AREMUP (Drogas ilegales y Patología Dual).	40 plazas

Recursos humanos de Salud Mental en la Región de Murcia en el año 2008.

	Psiqu+M.Dr	Psicólogos	Enfermeros	T.Social	T/T.Ocupac
Total Región	101(+13)	66(+9)	142(+4)	17(+1)	24(+1)
1.413.240 h	1/14.800 h.	1/21.400 h.	1/10.000 h	1/83.000 h	1/59.000 h

(+...): profesionales eventuales de larga duración

Recursos humanos específicos de C.S.M. por Áreas Sanitarias. Región de Murcia. 2008

	Psiquiatra/MD	Psicólogos	Enfermeros	T.Social	T.Ocupac.
Área I	31(+3)	23(+2)	20	6	3
538.307 h	1/17.400 h	1/23.400 h	1/26.900 h	1/89.700 h	1/179.300 h
Área II	16(+2)	13(+1)	11(+1)	5	5(+1)
366.615 h	1/22.900 h	1/28.200 h	1/33.300 h	1/73.200 h	1/73.200 h
Área III	7(+2)	7(+2)	5(+2)	2(+1)	2
176.950 h	1/25.300 h	1/25.300 h	1/35.400 h	1/88.500 h	1/88.500 h
Área IV *	4(+1)	4(+1)	4	1	2
72.681 h	1/18.300 h	1/18.300 h	1/18.300 h	1/73.000 h	1/36.300 h
Área V *	4	3(+1)	3(+1)	-	-
61.469 h	1/15.500 h	1/20.600 h	1/20.600 h	-	-
Área VI	6(+3)	4(+1)	4	-	-
197.218 h	1/32.800 h	1/49.200 h	1/49.200 h	-	-
Total Región	68(+11)	54(+8)	47(+4)	14(+1)	12(+1)
1.413.240 h	1/20.800 h	1/26.200 h	1/30.000 h	1/101.000 h	1/118.000 h

* Los profesionales de las áreas sanitarias IV y V atienden los tres programas asistenciales (adultos, infanto-juvenil y drogodependencias) de forma integrada. En el resto de áreas sanitarias existen profesionales específicos para los diferentes programas asistenciales

(+...): profesionales eventuales de larga duración

Recursos humanos de Salud Mental por Áreas Sanitarias en la Región de Murcia. año 2008.

	Psiquiat./M.D	Psicólogos	Enfermeros	T.Social	T/T.Ocupac.
Área I: Hospitalarios.	23(+2)/1	8	61	3	12
Ambulatorios.	29(+3)/2	23(+2)	20	6	3
Área II: Hospitalarios.	4	1(+1)	13	-	-
Ambulatorios.	16(+2)	13(+1)	11(+1)	5	5(+1)
Área III: Hospitalarios.	3	1	7	-	-
Ambulatorios.	7(+2)	7(+2)	5(+2)	2(+1)	2
Área IV: Ambulatorios	4(+1)	4(+1)	4	1	2
Área V: Ambulatorios	4	3(+1)	3(+1)	-	-
Área VI: Hospitalarios.	4	1	13	-	-
Ambulatorios.	6(+3)	4(+1)	4	-	-

(+...): profesionales eventuales de larga duración

Recursos humanos específicos en atención hospitalaria de Salud Mental. Región de Murcia 2008

	Psiquiatra/MD	Psicólogos	Enfermeros	T.Social	T/T.Ocupac
Total Región	33(+2)	11(+1)	95	3	12
1.413.240 h	1/42.800 h.	1/128.500 h.	1/14.900 h	1/471.000 h	1/117.800 h

(+...): profesionales eventuales de larga duración

Programas asistenciales y recursos humanos en los Centros de Salud Mental / Centros de Atención a Drogodependientes. Red Salud Mental año 2008.

Centro CSM/CAD	Población referencia	Programas				Profesionales							
		Adultos	Drogas	Inf-Juv.	Rehab.	Psic/Mdr	Psicologo	Enferm.	T.Social	T.Ocup.	Ax.Adm	Aux.Clin	Ordena
CAD-Murcia	(+/-) 680.000	-	+++	-	-	4/2	4	4	1	-	1	3	-
CSM-Infante.	161.106	+++	-	-	-	5(+1)	3(+1)	3	1	-	2	1	-
CSM S.Andrés	121.102	+++	-	-	-	4(+1)+1D	3	3	1	-	3	-	1
CSM S.Andrés	(+/-) 382.000	-	-	-	+++	1	2	2	1	2	1(+1)	2	1
CSM S.Andrés	538.307	-	-	+++	-	6	4(+1)	3	1	1	3	1	-
CSM-Arrixaca	(+/-) 106.000	+++	-	-	-	2	2	1	-	-	-	1	-
CSM-Alcantarilla	(+/-) 68.000	+++	-	-	-	2	2	1	-	-	2	-	-
CSM-M.Meseguer	(+/-) 100.000	+++	-	-	-	3(+1)	2	1	1	-	1	-	-
CSM-Molina	(+/-) Ad-120.000 IJ-197.218	+++	-	+++	-	4(+2)	2(+1)	2	-	-	2	-	-
CSM-Cieza	54.330	+++	-	-	-	1(+1)	1	1	-	-	1	-	-
CAD-Cieza	54.330	-	+++	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-
CSM-Cartagena	366.615	+++	+++	+++	-	15(+2)	10(+1)+1D	7(+1)	3	-	9	4	1
CSM-Cartagena	366.615	-	-	-	+++	1	2	4	2	5(+1)	3	1	1
CSM-Lorca	142.489	+++	+++	+++	+++	5(+2)	5(+2)	4(+1)	1(+1)	2	2(+1)	3	1
CSM-Aguilas	34.461	+++	+++	+++	-	2	2	1(+1)	1	-	2	-	-
CSM-Caravaca	72.681	+++	+++	+++	+++	4(+1)	4(+1)	4	1	2	2(+1)	1	-
CSM-Mula	24.724	+++	+++	+++	-	1	1	1	-	-	1	-	-
CSM-Yecla/Jumilla	61.469	+++	+++	+++	-	2(+2)	3(+1)	3(+1)	-	-	3	-	-
TOTALES						64(+13)/2	54(+8)	46(+4)	14(+1)	12(+1)	39(+3)	17	5

(+:...) profesionales eventuales de larga duración.

Tabla: Recursos humanos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de la red de Salud Mental en el año 2008.

Centro CSM/CAD	Población referencia	Profesionales								
		Psiqu/Mdr	Psicologo	Enferm.	T.Social	T.Ocup.	Ax.Adm	Aux.Clin	Celador	Otros
U.P.H. Reina Sofia	363.832	6	2	10	1	1	1	12	4	*
U.T.C.A. Reina Sofia	1.413.240	1	1	5	*	-	*	6	1	*
U.D.H. Reina Sofia	1.413.240	1/1	1	6	*	-	*	6	2	*
U.P.H. Arrixaca	174.475	5	*	6*	*	-	1*	4*	1*	*
U.P.H. Morales Meseguer	197.218	4	1	13	*	-	1	11	6	*
U.P.H. Rosell-Naval	366.615	4	1(+1)	13	*	-	1	11	6	*
U.P.H. Rafael Méndez	176.950	3	1	7	*	-	1	6	3	*
U.P.H. Hosp. Román Alberca	**+134.150	10(+2)	4	35	2	11	10(+1)	72	21	10
U.R.M.E. Hosp. Román Alberca	1.413.240									
TOTALES		34(+2)/1	11(+1)	95	3+*	12	15(+1)+*	128	44	10+*

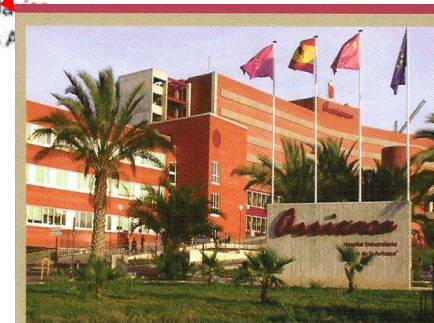
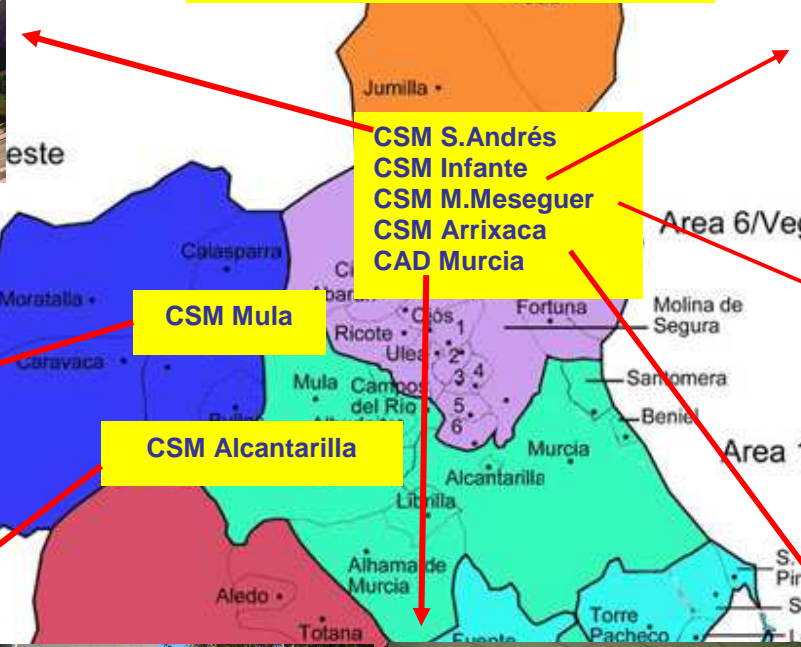
* Profesionales compartidos con otras unidades del hospital

(+...): profesionales eventuales de larga duración.

** Derivan por falta de camas H.Reina Sofia y anecdóticamente el resto Hospitales



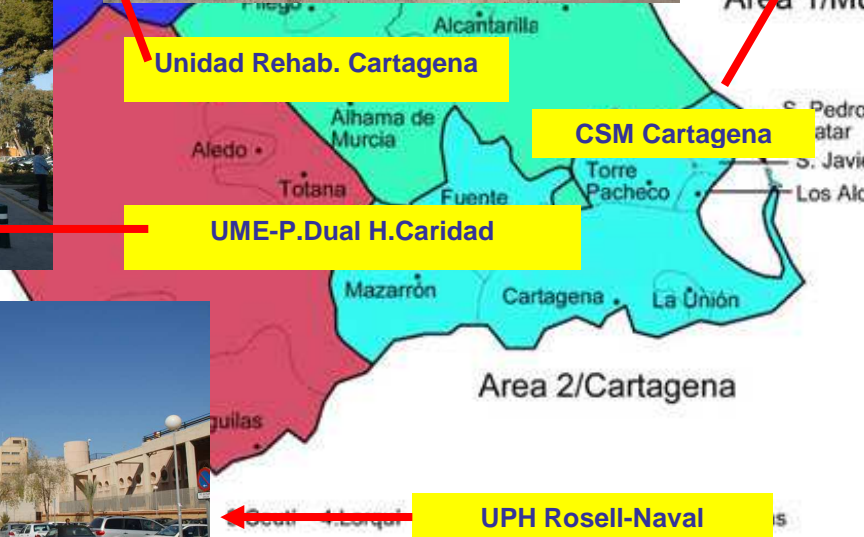
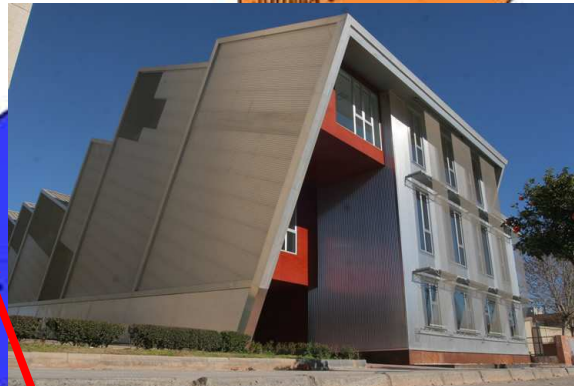
- Programa Adultos
- Programa Infanto-Juvenil
- Programa Drogodependencias
- Programa Rehabilitación



1. Villanueva del Segura 2. Archena 3. Ceutí 4. Lorquí 5. Alguazas 6. Las Torres de Cotillas



- Programa Adultos
- Programa Infanto-Juvenil
- Programa Drogodependencias
- Programa Rehabilitación
- Programa Hospitalización.





- Programa Adultos
- Programa Infanto-Juvenil
- Programa Drogodependencias
- Programa Rehabilitación
- Programa Hospitalización



Recursos Sanitarios Salud Mental y Drogas

Área IV



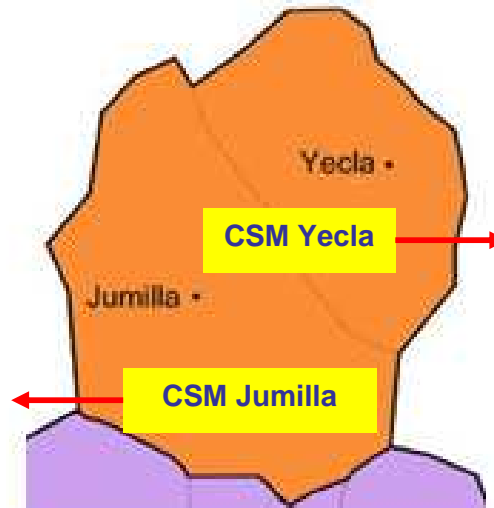
- Programa Adultos
- Programa Infanto-Juvenil
- Programa Drogodependencias
- Programa Rehabilitación



Recursos Sanitarios Salud Mental y Drogas

Área V

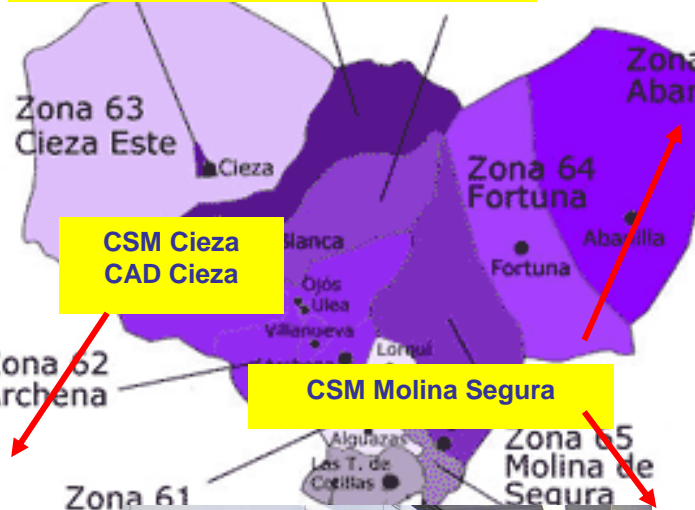
Area 5/Altiplano



- Programa Adultos
- Programa Infanto-Juvenil
- Programa Drogodependencias

Recursos Sanitarios Salud Mental y Drogas Área VI

- Programa Adultos
- Programa Infanto-Juvenil
- Programa Drogodependencias





Área I



Recursos Sanitarios Salud Mental y Drogas. U.Rehabilitación/H.Día/C.Día. Inserción Socio-Laboral

Área II

roeste

Area 6/Vega Media

Area

S. Pr

S. Javier

Unión

ena

de Cotillas

del Segu

- U.Rehab/H.Día Cartagena
- C.Día Inf-Juv. Cartagena
- H.Día/C.Día Dual Los Pinos
- C.Día Drogas Huertecica



Áreas III-IV-VI



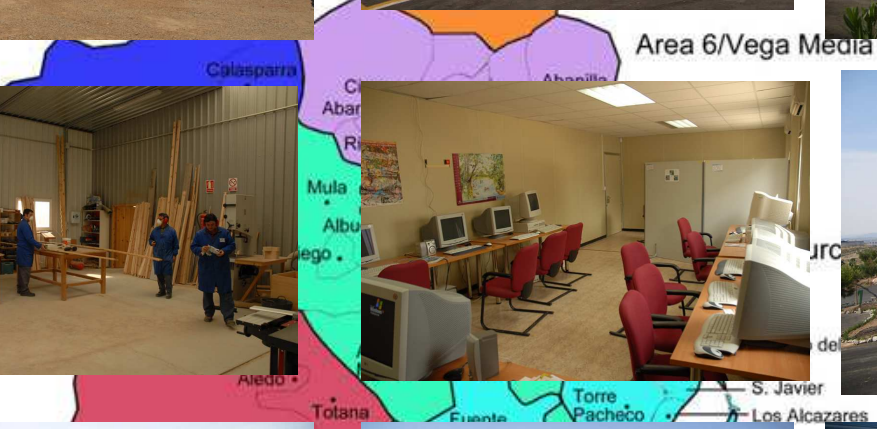
Noroeste



orca



Recursos Sanitarios Salud Mental y Drogas. Inserción Socio-Laboral. Parque ISOL Área VI



Area 6/Vega Media



ANEXO 3

RECURSOS DE SALUD MENTAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

AREA SANITARIA I (MURCIA)

HOSPITAL PSIQUIATRICO ROMÁN ALBERCA.

**UNIDAD HOSPITALIZACIÓN CORTA ESTANCIA,
UNIDAD HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA ESTANCIA
U.REHABILITACIÓN-CENTRO DE DIA**

DIRECCION: Ctra. Mazarrón, s/n, 30120-El Palmar-MURCIA
TELEFONO: 968.365.880-00

HOSPITAL GENERAL REINA SOFIA

**UNIDAD HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN
UNIDAD TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA**

DIRECCION C/ Intendente Jorge Palacios, s/n, 30003 MURCIA
CENTRALITA: 968.359.000-(Serv.Psiquiatría): 968.359.321

HOSPITAL MORALES MESEGUER

UNIDAD HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

DIRECCIÓN Marqués de los Vélez, s/n. 30008 MURCIA
TELEFONO Centralita: 968.36 09 00

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

UNIDAD HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

DIRECCION: Ctra. Cartagena, s/n, 4ª planta, 30120-El Plamar. Murcia
CENTRALITA: 968.369.500. Planta Psiquiatría: 968.369.566

CENTRO DE SALUD MENTAL ARRIXACA

PROGRAMA ADULTOS

DIRECCION: Ctra. Cartagena, s/n, Pabellón Consult. Ext., 30120-El Plamar. Murcia
TELEFONO: 968.369.535

CENTRO DE SALUD MENTAL DE ALCANTARILLA

PROGRAMA ADULTOS

DIRECCION: C/ Alcalde Cascales Vivancos, s/n,
(Centro Salud Alcantarilla-Centro), 30820-Alcantarilla-Murcia
TELEFONO: 968.802.686

CENTRO DE SALUD MENTAL MORALES MESEGUER

PROGRAMA ADULTOS

DIRECCIÓN Marqués de los Vélez, s/n. 30008 MURCIA
TELEFONO Centralita: 968.360.900

CENTRO DE SALUD MENTAL "INFANTE"

PROGRAMA ADULTOS

DIRECCION: C/ Pintor Almela Costa s/n 30002-MURCIA
TELEFONO: 968.251.466-968.251.518

CENTRO DE SALUD MENTAL "SAN ANDRES" (ADULTOS)

PROGRAMA ADULTOS

DIRECCION: C/ Escultor Sánchez Lozano, s/n-30005-MURCIA
TELEFONO: 968.281.569-70-71

CENTRO DE SALUD MENTAL "SAN ANDRES" (INFANTIL)

PROGRAMA INFANTO-JUVENIL.

DIRECCION: C/ Escultor Sánchez Lozano, s/n, 30005-MURCIA
TELEFONO: 968.281.642-44, 968.299.111

CENTRO DE SALUD MENTAL “SAN ANDRES” (REHABILITACIÓN)

PROGRAMA REHABILITACIÓN

DIRECCION: C/ Escultor Sánchez Lozano, s/n-30005-MURCIA
TELEFONO: 968.281.172 –968.282.014 –968.280.267

CENTRO ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS DE MURCIA

PROGRAMA DROGODEPENDENCIAS. y UNIDAD MOVIL.

DIRECCION: Avda. de la Fama, nº 1 - 1ª Planta, 30003 MURCIA
TELEFONO: 968.359.062

CENTRO DE SALUD MENTAL DE MULA

PROGRAMAS: ADULTOS, INFANTO-JUVENIL, DROGODEPENDENCIAS.

DIRECCION: Avda. Juan Viñeglas, s/n, 30170-MULA
TELEFONO: 968.660.550

AREA SANITARIA II (Cartagena)

HOSPITAL VIRGEN DEL ROSELL / HOSPITAL NAVAL

UNIDAD HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

DIRECCIÓN: Ctra. Tentegorra, s/n, 30205-Cartagena
TELEFONO: 968.327.400 (Centralita)- 968.327.487 (Psiquiatría)

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA

PROGRAMAS: ADULTOS, INFANTO-JUVENIL, DROGODEPENDENCIAS

DIRECCION : C/ Real, 8, 30201-Cartagena
TELEFONO: 968.326.727-968.326.728

UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y HOSPITAL DE DIA DE CARTAGENA

PROGRAMA REHABILITACIÓN.

DIRECCIÓN: Ingeniero de la Cierva, 26, 30203 Cartagena
CENTRALITA: 968 52 02 25

AREA SANITARIA III (Lorca)

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ. (LORCA)

UNIDAD HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

DIRECCIÓN: Ctra. Granada, s/n, 30800-Lorca
TELEFONO: 968.445.500- 968.445.552

CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA

PROGRAMAS: ADULTOS, INF.-JUVENIL, DROGAS, y REHABILITACIÓN.

DIRECCION: C/ Abad de los Arcos, s/n, 30800-Lorca
TELEFONO: 968.469.179, 968.468.308

CENTRO DE SALUD MENTAL DE AGUILAS

PROGRAMAS: ADULTOS, INFANTO-JUVENIL, DROGODEPENDENCIAS

DIRECCION: Centro de Salud Aguilas-Norte, Avda. C/ Democracia, s/n,
Urb. Las Majadas, 30880-Águilas
TELEFONO: 968.493.360

AREA SANITARIA IV (NOROESTE)

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARAVACA

PROGRAMAS: ADULTOS, INF.-JUVENIL, DROGAS, y REHABILITACIÓN

DIRECCION: C/ Junquico, s/n (Recinto Hosp Comarcal Noroeste) 30400-Caravaca.
TELEFONO: 968.708.322

AREA SANITARIA V (ALTIPLANO)

CENTRO DE SALUD MENTAL DE YECLA

PROGRAMAS ADULTOS, INFANTO-JUVENIL, DROGODEPENDENCIAS

DIRECCION: Prolongación c/Águilas (junto C.Salud Herratilla), 30510-Yecla

TELEFONO: 968.751.650, 968.750.000

CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA

PROGRAMA ADULTOS, INFANTO-JUVENIL, DROGODEPENDENCIAS

DIRECCION: C/ Barón del Solar, s/n, 30520-Jumilla

TELEFONO: 968.782.261

AREA SANITARIA VI (VEGA DEL SEGURA)

CENTRO DE SALUD MENTAL DE MOLINA DE SEGURA

PROGRAMAS: ADULTOS, INFANTO-JUVENIL

DIRECCION: (En Centro Salud "Antonio García García),

Avda. de Levante, s/n, 30500-MOLINA DE SEGURA

TELEFONO: 968.641.326

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CIEZA (HOSPITAL FUNDACIÓN CIEZA)

PROGRAMA ADULTOS, HOSPITAL FUNDACIÓN CIEZA

DIRECCION: Hospital de Cieza, Ctra. Abarán, s/n, 30530-CIEZA

TELEFONO: 968.775.550

**CENTRO ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS DE CIEZA
(CENTRO DE SALUD DE CIEZA)**

PROGRAMA DROGODEPENDENCIAS.

DIRECCION: Avda. Italia, s/n, 30530-CIEZA

TELEFONO: 968.453.508

RECURSOS DE SALUD MENTAL CONCERTADOS Y/O CONVENIADOS CON EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

AREA SANITARIA I (MURCIA)

CLINICA SAN FELIPE DEL MEDITERRÁNEO (CONCIERTO)

HOSPITALIZACION MEDIA-LARGA ESTANCIA
DIRECCIÓN: Quinta del Mayayo. El Palmar-Murcia
TELEFONO: 968.88.90.96

CENTRO DE DIA DROGODEPENDIENTES HELIOTROPOS(CONVENIO)

DIRECCIÓN: Carril del Chispeao 69, La Puebla de Soto
TELÉFONO 968 80 00 12, 968 80 00 51

CENTRO ENCUENTRO Y ACOGIDA DROGODEPENDENCIAS (CONVENIO)

DIRECCIÓN: C/ Navarra, 3 , 30005 MURCIA
TELÉFONO: 968 29 76 00

AREMUPD (DROGODEPENDENCIAS) (CONVENIO)

Asociación Regional Murciana para la Prevención de las Drogodependencias
DIRECCIÓN: C/ Cortés, 2 - 1º C . 30004 MURCIA
TELÉFONO: 968 210991

COMUNIDAD TERAPUEUTICA DROGODEPENDENCIAS “PROYECTO HOMBRE” (El Palmar-Murcia, Sangonera) (CONVENIO)

“PROYECTO HOMBRE-MURCIA” (Fundación Solidaridad y Reinserción)
DIRECCIÓN: C/ San Martín de Porres 7 . 30.001 Murcia
TELÉFONO: P.H.:968 28 00 34, Com.Terap.: 968.882.119

COMUNIDAD TERAPEUTICA “LAS FLOTAS”. (CONVENIO) (DROGODEPENDENCIAS. ALHAMA)

FUNDACIÓN SAUCE. COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ALCOHOLISMO
DIRECCIÓN: c/ Las Flotas,23, 30.840 Alhama
TELÉFONO: 968 431208

PROGRAMA DROGAS EN: COMISARIAS Y JUZGADOS DE MURCIA (CONVENIO CON CRUZ ROJA)

TELEFONO: 968 35 52 39

PROGRAMA DROGAS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (Cárcel de Sangonera) (CONVENIO CON CRUZ ROJA)

TELEFONO: 968 35 52 39
CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN MURCIA
DIRECCIÓN: General Sanmartín, 3. 30003 MURCIA
TELÉFONO: 968 355330

AREA SANITARIA II (CARTAGENA)

PROGRAMA DROGAS EN: COMISARIA Y JUZGADOS DE CARTAGENA. (CONVENIO CON CRUZ ROJA)

TELEFONO: 968 35 52 39

CENTRO DE PATOLOGÍA DUAL. (CONVENIO) (HOSPITAL DE LA CARIDAD-LOS PINOS-CARTAGENA)

PROGRAMA DROGODEPENDENCIAS
DIRECCIÓN: Camino viejo de B ° Peral, s/n. Los Barreros (Cartagena)
TELÉFONO: 968 08 83 00

CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA “LA HUERTECICA” CARTAGENA. (CONVENIO)

COLECTIVO “LA HUERTECICA”
DIRECCIÓN: C/ Cuatro Santo, 9, 30310 Cartagena
TELÉFONO: 968 12 34 14

CENTRO DIA DROGODEPENDENCIAS “LA HUERTECICA” CARTAGENA. (CONVENIO)

COLECTIVO “LA HUERTECICA”
DIRECCIÓN: Molino Derribao. Santa Ana, Cartagena
TELÉFONO: 968 53 00 11

COMUNIDAD TERAPEUTICA DROGODEPENDENCIAS “LA HUERTECICA”. (CONVENIO)

COLECTIVO “LA HUERTECICA”
DIRECCIÓN: Escuelas Viejas s/n. “Finca Los Álamos”. Santa Ana, Cartagena
TELÉFONO: 968 16 90 52

PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL CON DROGODEPENDIENTES Y ENFERMOS MENTALES CARTAGENA (ISOL-CARTAGENA).(CONVENIO)

ASOCIACIÓN MURCIANA DE REHABILITACIÓN
TELÉFONO: 868.951.775

AREA SANITARIA III (LORCA)

PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL CON DROGODEPENDIENTES Y ENFERMOS MENTALES DE LORCA (ISOL-LORCA). (CONVENIO)

ASOCIACIÓN MURCIANA DE REHABILITACIÓN
TELÉFONO: 868 95 17 75

AREA SANITARIA IV (NOROESTE)

COMUNIDAD TERAPEUTICA DROGODEPEND. “BETANIA” CEHEGIN. (CONVENIO)

DIRECCIÓN: Camino de la Torrecilla s/n 30.430 Cehegin
TELÉFONO: 968.74.26.47

PROGRAMA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL DE CARAVACA. (ISOL-CARAVACA) (CONVENIO)

ASOCIACIÓN MURCIANA DE REHABILITACIÓN
TELÉFONO: 868.951.775

AREA SANITARIA VI (VEGA DEL SEGURA)

PROGRAMA REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL DE MOLINA DE SEGURA. (ISOL-MOLINA) (CONVENIO)

ASOCIACIÓN MURCIANA DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN: Ctra. El Chorrizo, s/n., Parque de Ocio “Los Juncos”. 30550 Molina de Segura
TELÉFONO: 868.951.775

